#1_2003 19.08.03 13:28 Side 1

August 2003 #1

Overlegen

INNHOLD #1, 2003

2 ET ANNET LYS?
Redaktør av Espen Huldt-Nystrøm

4 DEN SOM TIER...
Leder av Lars Eikvar

7 SEMINAR

6 TRENGER LEGEFORENINGEN ET IT-UTVALG?
intervju med Knut Lande

8 NORDÖL - SETT FRA REDAKTØRENS OBSERVATØRPLASS
av Espen Huldt-Nystrøm

10 ETTER NORDÖL
av Espen Huldt-Nystrøm

12 LEGEFORENINGEN, SPESIALITETSSTRUKTUREN OG SAMFUNNET
av Lars Eikvar

16 FORDYPNINGSTID FOR OVERLEGER
av Espen Huldt-Nystrøm

18 KODESKANDALENS TO ANSIKTER
av Espen Huldt-Nystrøm

19 ØKONIMISTYRING, VERDISTYRING OG FOLKESKIKK
av Espen Huldt-Nystrøm

UTGIVER: Norsk overlegeforening,Pb 1152 Sentrum, 0107 Oslo.
TLF: 23 10 90 00 / Fax: 23 10 91 50
REDAKTØR: Espen Huldt-Nystrøm
E-POST: ehuldt-n@frisurf.no
FOTO: Espen Huldt-Nystrøm, Jon A. Gjerløw, ukjente kilder.
LAYOUT: Johanne Hjorthol / FEBER
TRYKK: Merkur-Trykk AS, pb 25 Kalbakken, 0901 Oslo
OPPLAG: 6000
FORSIDE: Kvinneportrett (privat eie). Ronald Jacobsen f. 1956 er en moderne impresjonist med et mesterlig forhold til sommerlys.

Et annet lys?

Den nye redaktør hilser foreningen og leserne. Horisonten er likevel den samme, skyene også. Natten over Røros kirke som skinner i stram komposisjon fra Overlegens forrige forside avløses på flere måter av et annet lys. Nytt lys fra flere kanter er trolig betimelig for vår yrkesgruppe.

Synet på Leger og ledelse fikk en viss medfart i fjor, og deretter en rundere profil i Legeforeningens offisielle versjon. Innad er vi fortsatt enige om at *gode* legeledere er de beste ledere. Edelt nok har mange kolleger tatt konsekvensen av dette. Av dem lengter flere tilbake til klinikken; de sliter med fallende motivasjon fordi oppgavene omfatter alt en kliniker opplever som sekundært i pasientbehandlingen. Og støtten fra høyere hold kan være så som så.

Økonomistyring har definitivt overtatt for fylkeskommunal vankelmodighet. Mange av oss er lite forbauset over å befinne oss under en hårdere himmel. Prosessene rundt den nye overenskomst har gitt arbeidsgiveren anledning til å vise sitt sanne ansikt, noen steder i form av en nesten uanstendig styringsbrunst.

Mange av overlegers problemer indikerer at vi fortsatt ikke ser oss selv i en større ramme enn et innadvendt fagteknisk perspektiv. Dette gir effekter som vi nok føler, men kanskje ikke analyserer godt nok. «Min kone forstår meg ikke» er en sjablon til ettertanke. En konkret side av saken er evnen til å se pasienten som en del av sitt system. Nye ledere og nye helselover har begynt å hale og dra i oss. Men agerer vi ikke fortsatt tregt og tilbakeskuende? Noen har likevel begynt å hoppe markedsliberalt omkring og produsere DRG av full hals, enkelte mener det er et fremskritt.

Dette antyder at vi som gruppe er eksistensielt uføre og derfor muligens utryddingstruet - hvilket fortsatt er et stykke fra sannheten. Men profesjonen står under økende press fra flere kanter. Over mange matpakker etterlyses den klokskap som kreves for best mulig å anvende vår intelligensbaserte kompetanse.

Oppfattelsen av egen rolle former både vår virksomhet og vår egen forståelse av den - utover det rent anatomisk/fysiologiske perspektiv. Rolleoppfattelsen avgjør hvordan vi kommuniserer og samhandler. Den påvirker vår evne til etisk refleksjon. Og viktigst; den er avgjørende for at vi kan opprettholde vår verdighet som fagpersoner og mennesker; det vil vi sårt trenge for å tåle det helsevesen som tegner seg stadig tydeligere. Profesjonens evne til å velge sitt kulturelle ståsted, og til å eksponere det, er kanskje den viktigste strategiske utfordringen vi har.

Redaktøren nøler på denne bakgrunn ikke med å bruke dette nummer av OVERLEGEN til å drodle over perspektiver som ikke griper direkte inn i fagligheten, men som likevel kan være avgjørende for oss. Intensjonen er ikke å trekke svulmende konklusjoner ut av selvfølgeligheter. Derimot må vi undre oss mer, spørre mer. I den grad herværende redaksjon gjentar seg selv, er det ikke for å etablere noen sannhet, men for at en eller annen kanskje skal komme på de forløsende spørsmål. Overlegestanden er fortsatt et fellesskap, som styrkes ved at vi kjenner oss igjen i hverandre. Hver gang vi får dialog og engasjement ut av dette har vi tatt et skritt fremover.

Nei, jeg vet ikke hvordan vi lykkes med det. Og hadde jeg visst det ville jeg ikke sagt det nå, men heller publisert det i små porsjoner i senere nummer av OVERLEGEN … Ja vel, da, det er i hvert fall nødvendig at Overlegeforeningen har innsikt, horisont og kapasitet til et godt grensesnitt mot medlemmene – at vi har en forening som ser våre problemstillinger og deltar i løsningen av dem. Men det er altså den lille haken ved det: I nødvendigheten inngår at vi, medlemmene, spiller inn tankene og initiativene.

MED KOLLEGIAL HILSEN
Espen Huldt-Nystrøm

«DEN SOM TIER …

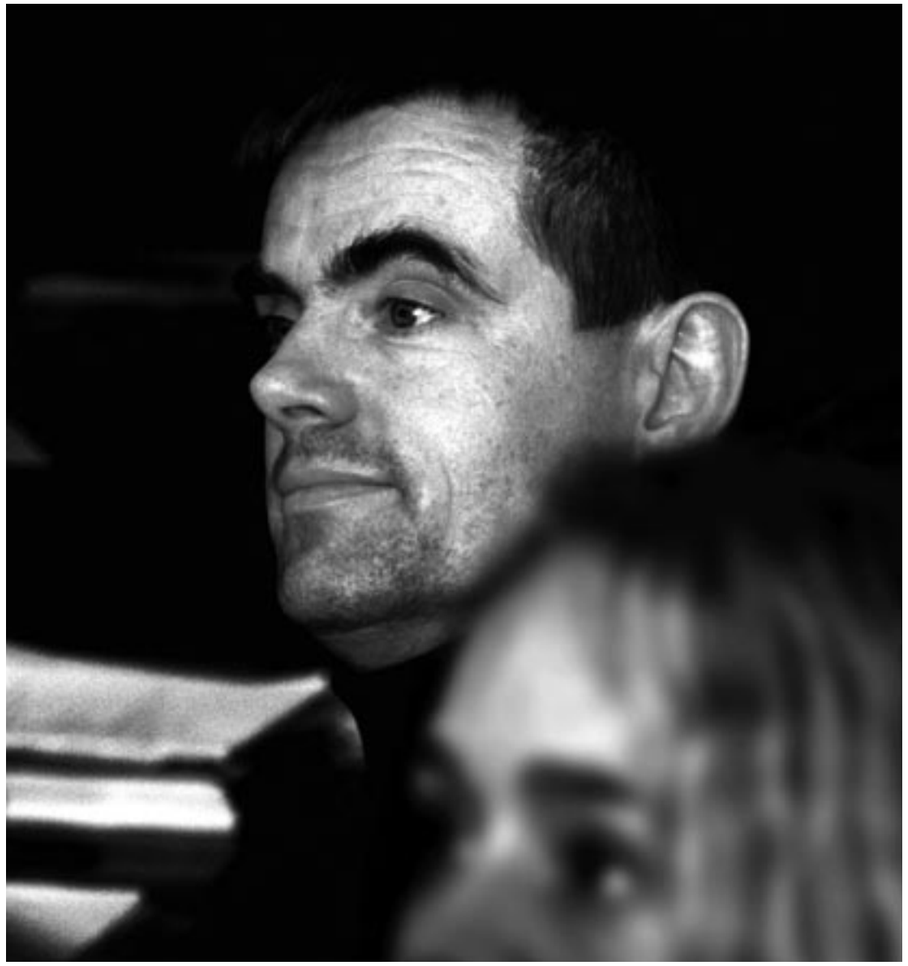
… samtykker», sies det ofte. Det er et godt argument for å være engasjert og tale sine omgivelser i mot, når de altfor bastant går inn i motpartens rolle. Det har vært litt stille fra Overlegeforeningen siste halve året. Men omsider er vi da tilbake med ny redaktør og nytt nummer av vårt «menighetsblad». En hjertelig takk til vår kollega Espen Huldt-Nystrøm som har tatt på seg dette oppdraget. Espen har vært aktiv for overlegene som hovedtillitsvalgt ved sykehuset i Arendal, og er «en av de mange, tålmodige og hardt prøvede» som har forhandlet B-delsavtaler for oss.

Helt taust har det dog ikke vært. Våre hjemmesider blir jevnlig oppdatert av vår uoppslitelige og trofaste sekretær, Edith Stenberg. Hun legger inn alle referater fra våre styremøter, høringsuttalelser og informasjon om våre kurs og møter for øvrig. Jeg vil spesielt minne om våre fire avdelingsledersseminarer, som avholdes til høsten. Se eget oppslag om dette. Vi har også etablert et diskusjonsforum, men ser at dette foreløpig har en mindre hensiktsmessig funksjonalitet. Dette vil vi ta opp med Legeforeningens sekretariat. Jeg anbefaler dere å besøke sidene våre jevnlig, da dette er den raskeste måten vi kan få ut informasjon på.

Overlegeforeningen er fortsatt den største yrkesforeningen i Legeforeningen, og har nettopp passert 6.000 medlemmer! Men Overlegeforeningen er også minst i enkelte sammenhenger. Foretaksreformen endret en del på bildet når det gjelder antallet medlemmer i de ulike forhandlingsområdene. Fra å være den største gruppen i både KS, Oslo kommune og Staten, sitter overlegegruppen nå igjen med fra 10 – 100 medlemmer i disse sektorene. Det er viktig at Of fortsatt følger opp alle tariffområder hvor vi har medlemmer, og styret vil måtte ha spesielt fokus på dette i neste periode.

Den nye overenskomsten med NAVO og foretakene kom omsider på plass sent i januar i år, etter en formidabel innsats fra tillitsvalgte og de ansatte i forhandlingsavdelingen. Grunnlønnselementet er betydelig styrket og vaktkompensasjonen har blitt klart bedre. Kolleger med hyppig vakt og kolleger med lite utvidet arbeidstid (tidligere FUA) har fått klart bedre lønn. Lønnsnedgangen ved eventuell reduksjon av tjenesteplaner vil på grunn av dette ikke bli like dramatisk som tidligere. Men tjenesteplanen for den enkelte skal fortsatt være realistisk. Planlagt arbeidsinnsats utover alminnelig arbeidstid skal ikke dekkes gjennom «personlig tillegg», men ved kjøp av UTA. Og aktivt arbeid på vakt skal dekkes gjennom overtidsbetaling, dersom ikke det gamle vaktklasseprinsippet er særskilt videreført i B-delsavtalene.

Omleggingen medførte en merkbar lønnsutjevning innen overlegegruppen, som riktignok ble noe motvirket gjennom de relativt gode resultatene våre lokale tillitsvalgte oppnådde i B-dels-forhandlingene. Det har også blitt et betydelig press på «vakansvaktforvaltningen»; det er derfor grunn til å minne om at vernebestemmelsene er skjerpet i den nye overenskomsten, også for å dempe på belastningen for den enkelte lege. Det er knapt mulig å konstruere et sentralt eller, på foretaksnivå lokalt, avtaleverk som vil være tilpasset situasjonen og arbeidsbelastningen ved en hver sykehusavdeling. Derfor gjelder vernebestemmelsene i A2 § 3.5.3., hvis partene ikke avtaler annet lokalt. Men det kan partene gjøre. Våre arbeidsplaner og vaktordninger kan bare avvike fra Arbeidsmiljølovens



kapittel om arbeidstidsbestemmelser fordi Legeforeningen som organisasjon har anledning til å inngå avtale om dette med arbeidsgiverorganisasjonene. Forvaltningen av arbeidstiden er på denne måten avhengig av avtaler vi har inngått sentralt, og tjenesteplaner Legeforeningen godkjenner lokalt. Derfor er lokale tillitvalgte fortsatt nøkkelpersoner i fastsettelsen av tjenesteplanene, selv om de kan tilpasses den enkelte, avhengig av arbeidsgivers behov for kjøp av ekstra arbeidstid og den enkeltes ønske om å selge en slik utvidelse. Nøl ikke med å ta kontakt, hvis arbeidsgiver ikke vil forholde seg til overenskomsten på dette punktet!

Den samlede lønnsutviklingen for overlegegruppen er det for tidlig å estimere. Selv om tendensen i forhandlingene skulle peke på en økning på 5-10 % for de fleste over de siste to år, er det mange lokale forhold lokalt som kan trekke dette ned. Derfor må Legeforeningen gå grundigere til verks og skaffe seg tilstrekkelig oversikt før neste forhandlingsrunde. Men det er i hvert fall blitt slik at legene nå kan forhandle sin lønn i egen overenskomst med utgangspunkt i egen samlet lønnsmasse, og med fokus på eget reelt lønnsnivå. I neste runde må vårt mål være å utbedre de mest uheldige effektene av avtaleendringene, og få prøvd ut

#1_2003 19.08.03 13:28 Side 6

arbeidsgivers evne til å bruke det nye avtalesystemet til å belønne kompetanse, ansvar og innsats!

Våre ledere er en gruppe vi må søke å ivareta spesielt i tiden framover. De fleste av dem forhandler sin lønn direkte med arbeidsgiver, men har fortsatt krav på bistand fra Legeforeningen. Overlegeforeningen har sendt ut et eget brev med råd om dette til de medlemmer vi har hatt oversikt over. Ta kontakt med Signe Gerd Blindheim i forhandlingsavdelingen, hvis du som leder ikke har mottatt dette brevet. Vi trenger opplysninger om hvordan lønnsoppgjøret har falt ut for denne gruppen.

Vi ser at utviklingen i foretakstrukturen begynner å skyte fart enkelte steder. Nye, geografisk overgripende foretak blir opprettet, og nye problemstillinger knyttet til oppgavefordeling og arbeidsstedstilknytning oppstår. Etter Legeforeningens syn har alle ansatte krav på en fast geografisk tilknytning, og kan kun tilpliktes tjeneste på ett arbeidssted. Andre ordninger skal være gjenstand for avtale mellom partene. Slike avtaler må inneholde elementer for plassering av vaktansvar, kompensasjon for utvidelse av ansvar og oppgaver, og ordninger som ivaretar den enkelte i forhold til forflytning mellom arbeidssteder m.v. Dette er imidlertid ikke til hinder for at mange av oss vil kunne foretrekke å kunne arbeide på flere sykehus, og på denne måten få en mer givende arbeidssituasjon både rent faglig og sosialt. En bedre organisert spesialisthelsetjeneste i foretakstrukturen må avgjort være en målsetting for vår yrkesgruppe.

Spesialitetstrukturen er også oppe til revisjon, først og fremst som resultat av den medisinsk teknologiske utviklingen. Flere ytre forhold spiller også inn. Det arbeides for en mer enhetlig struktur på de medisinske spesialitetene i EU, og dette har også overslagseffekter for Norge. Samtidig har det vært en målsetting at spesialitetstrukturen i Norge skal være tilpasset de særlige utfordringer som utgjøres av det å tilby spesialisthelsetjenester i vårt land. I denne sammenheng står behovet for beredskap på våre små sykehus sentralt. Det finnes to tilnærminger, som begge har sine sterke talsmenn. Vi har særlig sett en tendens til polarisering i diskusjonen om de kirurgiske fag. Den ene tilnærmingen, representert ved Nasjonalt Råd, tar utgangspunkt i de faglige framtidsperspektivene og ønsker allerede nå en omlegging til rene organspesifikke hovedspesialiteter uten en felles generell kirurgisk spesialitet som basis. Den andre tilnærmingen, representert ved et eget utvalgsarbeid initiert av Sentralstyret i fjor høst, konkluderer med at man bør beholde den generelle kirurgi som egen spesialitet. Dette begrunnes med behovet for å styrke den felles faglige base for de kirurgiske fag, og hensynet til driften ved de små sykehus. Vi ser nå at de første tiltakene for å legge om driften av de små sykehusene i Nord-Norge og på Vestlandet gjennom bl.a. funksjonsfordeling av akuttberedskapen innen kirurgi og fødselshjelp blir mindre omfattende enn først signalisert. Det kan derfor være god grunn til å avvente utviklingen innen foretakstrukturen noe, før man konkluderer med hvilke særlige krav som må stilles til spesialitetstrukturen i Norge framover.

Denne våren har også inneholdt et meget vellykket årsmøte og årsmøtekurs i på Hotel Norge i Bergen i slutten av april. En hjertelig takk til vår kurskomité for et interessant og engasjerende program med mange spennende foredragsholdere. Mange takk også til våre lokale engasjerte, som hjalp oss med å tilrettelagt og gjennomført et flott arrangement. Jeg vil også få ønske våre nye styremedlemmer Siri Tau Ursin og Helge Haarstad velkommen!

Overlegeforeningen var også samlet i forbindelse med Landsstyremøtet i Legeforeningen i Molde. Etter min vurdering ble dette et meget godt møte for Legeforeningen som helhet, og møteaktiviteten viste tydelig bredden i vårt engasjement som medisinsk faglig forening, fagforening og helsepolitisk aktør. Overlegene har fått to nye flotte kolleger i Sentralstyret gjennom Torunn Janbu og Terje Keyn. Gratulerer til dere begge!

Til slutt vil jeg få takke dere for tilliten dere har vist meg og styret i Of, og håper vi kan lykkes i å oppfylle så mange som mulig av de forventinger dere har til oss for de neste to årene. Og en hjertelig takk til Anne Larsen og Brynjulf Ystgaard som nå går ut av styret etter lang og tro tjeneste.

LARS

SYKEHUSLEDELSE

Legeforeningens seminar for sykehusdirektører og leger med lederansvar.

22. – 23. september 2003, Soria Moria, Oslo.

• TEAMORGANISERING OG MATRISEMODELLER – KEISERENS NYE KLÆR?
Innledere:
Johannes Kolnes, adm.direktør, Helse Fonna, Haugesund
Bjarte Stubhaug, leder, Norsk psykiatrisk forening og overlege Haugesund sjukehus.
Per Kristian Vareide, Forskningssjef, Sintef Unimed, Trondheim
Sigrid Askum, divisjonsdirektør, medisinsk divisjon, Ullevål universitetssykehus

•KVALITETSREGISTRE – ET NØDVENDIG VERKTØY FOR KVALITETSFORBEDRINGSARBEIDET.
Innledere:
Tor Flage, seniorrådgiver, avd. for retningslinjer og prioriteringer, Sosial- og helsedirektoratet.
Knut Rasmussen, professor I, Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Tromsø
Leif Havelin, klinikkoverlege, ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssykehus

•TANKER I TIDEN – AKTUELLE TEMAER.
President i Den norske lægeforening, Hans Kristian Bakke.

•STATLIG OVERTAKELSE AV SYKEHUS - REFORMEN SOM BØR EVALUERES
Hvor lenge skal fredningstiden være for den nye reformen? Er de regionale foretakene blitt seg selv nok? Reformen skulle få de gode initiativ til å blomstre - har den klart det?
Innledere:
Siri Hatlen, styreleder, Helse Øst.
Britt Eide, klinikkleder, Kvinneklinikken, Haukeland universitetssykehus
Stein Evensen, dekan, professor I, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo
Tore Hansen, professor, Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo
Vidar Oma Steine, ekspedisjonssjef, Eieravdelingen, Helsedepartementet

SEMINARER I AVDELINGSLEDELSE

Overlegeforeningen vil også denne høsten arrangere seminarer i avdelingsledelse med støtte fra Kvalitetssikringsfond II. Foreningen ser seminarene som viktige tiltak for å utvikle kvalitet på avdelingsledelse og for å bygge opp kontaktnett for avdelingsoverleger.

Et mål for seminarene er også å utvikle og rekruttere leger som ledere i denne typen stillinger.

Seminarene starter om kvelden kl. 18.00, og fortsetter følgende dag 08.30 – 15.30:

6. - 7. oktober i Oslo, 14. – 15. oktober i Bergen, 4. – 5. november i Drammen og 18.-19. november i Trondheim.

Invitasjon med fullstendig program til seminarene blir sendt til avdelingsoverlegene og andre leger som i henhold til våre registre har lederstillinger på avdelingsnivå i de enkelte helseregionene, se også Of's hjemmeside http://www.legeforeningen.no/overlegeforeningen.
Påmelding og evt. spørsmål vedr. begge seminarene kan sendes Of's sekretariat v/ Edith Stenberg, Postboks 1152 sentrum, O107 Oslo eller e-post: edith.stenberg@legeforeningen.no

Trenger Legeforeningen et IT-utvalg?

Sist høst fikk Legeforeningen et nytt IT-utvalg. Fra mandatet for det nye utvalget sakser vi: «IT-utvalget skal bidra til at Legeforeningen, gjennom å delta med initiativ, kompetanse og erfaringer fra helsetjeneste og forskning, kan påvirke utviklingen og anvendelsen av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) i helsesektoren.» Utvalget har representanter fra alle spesialistforeningene. Vi har intervjuet Knut Lande som representerer Overlegeforeningen.

LEGEFORENINGENS FORRIGE IT-UTVALG LED EN STILLE DØD ETTER FLERE ÅR MED LITEN AKTIVITET. HVORFOR TRENGER VI ET NYTT UTVALG NÅ?

– Det skjer en rivende og svært viktig utvikling innen IT i helsesektoren. Nedleggelsen av det forrige utvalget uttrykker etter min mening en feilaktig nedprioritering av IT-utviklingen fra vår side. Vi må nå ta igjen det tapte og legge mye arbeid i det nye utvalget.

HVA ER DE VIKTIGSTE TINGENE UTVALGET SKAL ENGASJERE SEG I?

– Hvis dette utvalget skal bli levedyktig og styrke legenes innflytelse på IT, er det en forutsetning at utvalget bidrar til å aktivisere medlemmene til å delta i debatten om hva slags IT vi trenger. Den største oppgave – tror jeg – er å engasjere seg i utvikling av den Elektroniske PasientJournalen (EPJ). Dernest er det viktig å markere seg i forbindelse med oppbyggingen av et Nasjonalt Helsenett som bl.a. skal muliggjøre overgang fra papir til elektronisk kommunikasjon mellom aktørene i helsevesenet. Dette dreier seg om epikriser, sykemeldinger, henvisninger og rekvirering av ulike tjenester som røntgen, laboratorieprøver, fysioterapi etc. ELIN (ELektronisk INformasjon) prosjektet er en viktig aktør for dette arbeidet. Jeg ser at særlig overlegene på sykehus har vært lite aktive i denne prosessen sammenliknet med leger i primærhelsetjenesten.

HVORFOR TROR DU OVERLEGENE HAR ENGASJERT SEG MINDRE I IT-SPØRSMÅL?

– Jeg har vanskelig for å tro at dette i noen særlig grad skyldes av vi overleger er mindre opptatt av IT-spørsmål og i mindre grad enn andre leger ser betydningen av IT-utviklingen i helsevesenet. Poenget er heller at mens primærleger og spesialister utenfor sykehus er nøkkelpersoner også administrativt i arbeidet de utfører, er vi som arbeider på sykehus redusert til vanlige ansatte med IT-avdelinger og administrasjon som tar over det meste av kontakten med eksterne leverandører av IT-tjenester. Ofte opplever vi også at samarbeidsforholdene mellom enkeltleger på sykehusene og IT-avdelingene er mangelfulle. Våre IT-avdelinger må forstå nødvendigheten av å engasjere ansatte utenfor IT-avdelingene i utviklingen av IT-løsninger som er gode for sykehuset.

Overlege Knut Lande, Klinisk Kjemisk Avdeling Ullevål Universitetssykehus, representerer Overlegeforeningen i Legeforeningens nyopprettede IT-utvalg. Han ønsker at IT-interesserte overleger skal kontakte han på e-mail: knut.lande@labmed.uio.no

DU FRAMHOLDT BETYDNINGEN AV DEN ELEKTRONISKE PASIENTJOURNALEN. KAN DU SI LITT MER OM DET?

– I Norge har vi i dag tre leverandører av EPJ for sykehus: Regionssykehusene har gått sammen om Doculive, i tillegg har vi DIPS og Infomedix. Mange steder er EPJ tatt i bruk. Dette har i seg selv krevd mye arbeid, men de største utfordringene blir å utvikle en særegen norsk forskning rundt EPJ. EPJ blir et meget sentralt verktøy for hele organiseringen av vårt fremtidige helsevesen. Produktet må gjenspeile vår tradisjon og kultur i helsevesenet. Det må forskning til, derunder systematisk oppsummering av erfaringer, for å sikre en kontinuerlig utvikling av den EPJ vi trenger. Vi kan ikke kjøpe hyllevare som er utviklet for verdensmarket. Vi ser kimen til slik forskning i Norge i dag. I Trondheim har de en organisasjon som heter KVALIS (kvalitetssikring av elektronisk pasientjournal i sykehus, http://www.kvalis.ntnu.no/) som skal stimulere debatten om EPJ. Norsk forskningsråd har utarbeidet en rapport som innstiller på opprettelse av et kompetansesenter for EPJ. Dette er støttet av Sentralstyret i Legeforeningen og er under behandling i Sosial- og Helsedirektoratet. Vi trenger en slik institusjon. Den er igjen avhengig av å knytte nære bånd til brukerne i helsevesenet derunder overlegene på sykehus.

DU NEVNTE ELIN-PROSJEKTET OVENFOR. HVA GÅR DET UT PÅ?

– ELIN-prosjektet skal virkeliggjøre elektronisk informasjonsutveksling i helsevesenet. Utgangspunktet har vært privatpraktiserende spesialisters og almenpraktikerens behov for å kommunisere elektronisk. Standardene for elektronisk kommunikasjon er stort sett utviklet, bl.a. av Kompetansesenter for IT i helsesektoren (KITH, http://www.kith.no) Problemet nå er å få leverandørene til å etterleve standardene. Med støtte av prosjektmidler fra Statens nærings- og distriktsutviklingsfond (SND) inviterer ELIN prosjektet aktuelle leverandører til å utvikles sine produkter i henhold til standardene. De som oppfyller kravene vil bli anbefalt av yrkesforeningene som deltar i ELIN. ELIN omfatter rekvirering og svar, henvisninger og epikriser, sykemeldinger og legeattester, resepter og dialog mellom lege og pasient.

Selv om ELIN tok utgangspunkt i almenpraktiserende leger er prosjektet viktig for alle i helsevesenet, også overleger. Vi kommuniserer mye med almenpraktikeren, særlig gjennom henvisninger fra dem og epikriser fra oss. Elektroniske sykemeldinger og resepter trenger vi også.

KAN DU TIL SLUTT SI LITT OM HVORDAN DU VIL ARBEIDE I LEGEFORENINGENS IT-UTVALG.

– Det avgjørende for mitt arbeid er i hvilken grad jeg klarer å utvikle kontakt med overlegene rundt om på våre sykehus. Jeg trenger innspill og informasjon fra mine kolleger for å informere tilbake til medlemmene av Overlegeforeningen. Gjennom e-mail kan vi kanskje opprette et felles diskusjonsforum hvor de som ønsker det kan være med. •

#1_2003 19.08.03 13:29 Side 10

NORDÖL

TRONDHEIM 14.-16. JUNI 2003

– Sett fra redaktørens observatørplass

Det dreier seg nok ikke om pilsner, men *Nordisk Överläkarförening*. I alt 27 delegater fra overlegeforeningene i Norge, Sverige, Danmark og Finland møttes i Trondheim 13.-14.06. til et seminar som utvidet vår horisont ved en åpen og berikende dialog. Sant nok var det et sosialt vellykket arrangement, men det er flere og viktigere årsaker til at dette er et interessant forum med et stort potensiale.

Sykehusspesialister i Europa som helhet er en temmelig heterogen masse. Europeiske sammenslutninger av leger og legespesialister skal forholde seg til sprikende problemfelter og interesser; disse fora er store, formelle organer som knapt egner seg til å arbeide konkret gjennom. Annerledes er det innen Norden; vi er nokså like i kultursyn, økonomi, teknologi, politikk, levestandard og krav til kvalitet. Årets Nordöl viste dessuten at vi strever med de samme utfordringer og problemfelter, dog litt faseforskjøvet i tid.

Nordöls perspektiv er den fagforeningsmessige delen av profesjonsbyggingen. Nordöls virkemidler er informasjonsflyt, og bør i økende grad omfatte praktisk samarbeid og felles helsepolitisk opinionsdannelse. Det er verd å referere hva Nordöl-delegatene la vekt på.

NORGE

Gjennomført statlig overtakelse og ny overenskomst.

Vi har i løpet av et par år innført statlig sykehusovertakelse, med skifte av arbeidsgiverorganisasjon og inntreden i en helt ny overenskomst. Lars Eikvar poengterte at styrking av grunnlønnselementet er vårt store økonomiske og strategiske fremskritt, mens styrking av arbeidsgivers styringsrett er vår viktigste utfordring. Økt individualitet som et prinsipp i den nye overenskomst kan være en fordel hvis vi vet å utnytte den, men i verste fall kan veien åpnes for en vellykket splitt-og-hersk taktikk fra arbeidsgiversiden. Utallige tolkningsproblemer og uenigheter med arbeidsgiver vil kreve mye tid og ressurser; denne jungel lot seg ikke rydde innenfor møtets disponible tid. Det henvises ellers til Eikvars leder i dette nummer.

DANMARK

Noen punkter.

- Også danskene har i år innført et sentralt fremforhandlet grunnlønnsprinsipp med mulighet for lokale lønnstillegg begrunnet i funksjon, kompetanse og resultater.
- Ulikt våre hjemlige forhold er partene enige om å innføre begrepet «beredskapsvakt». En er enige om hovedretningslinjer for når slik vakt kan anvendes, men helt uproblematisk i forhold til etablerte vaktordninger er det ikke.
- Arbeidsgiversiden har opprettet en egen nettbasert portal for stillingsutlysning. Ugeskrift for læger får slik et inntektstap på rundt 20 millioner kroner årlig!
- Administrativ etterutdannelse videreføres ved et revidert OLAU-kurs, bygget opp rundt 5 ledelsesroller. Kurset består i alt av 11 moduler.

Regional omorganisering av sykehusvesenet er på trappene.

På møtet var omstrukturering av sykehusvesenet mest fokusert. Den danske oppsummering var et dejà vu fra Tønne-tiden med sammenhengende pasientforløp, effektiv ressursbruk, utgiftsstyring, aktivitetsbasert finansiering, større disposisjonsfrihet, demokratisk kontroll, adskilt bestiller- og leverandørfunksjon.

Ulikt vår egen sykehusorganisering synes dan-

Erik Kristensen og Mogens Hüttel

skene å kunne akseptere en «mangfoldighetsmodell» der offentlig og privat drift kan integreres, for eksempel i form av «private wings» i offentlige sykehus.

Det noteres også at «demokratisk kontroll» er en eksplisitt målsetting for den danske fremtid. En undrer på om dette er skuebrød eller en reell politisk intensjon. I Norge var det viktig å unndra sykehusdriften fra politisk kontroll; dette har vært vellykket, og vi opplever nå at økonomer i større og større grad legger premisser for pasienttilbudet. Men var det helseregionenes økonomer som i utgangspunktet var tiltenkt bestillerrollen?

Hva angår «større disposisjonsfrihet» føles det betimelig å minne danskene om den norske medaljens bakside: Kvalitet og forsvarlighet skal ivaretas med de ressurser som mer eller mindre tilfeldigvis foreligger; med svak økonomi kan det bli omtrent umulig å få skjegget ut av postkassen. Sykehusfinansiering er en avansert disiplin. Etter å ha opplevd det norske statsbudsjetts håndtering av utgifter til lønnsoppgjør i 2002/2003, eller vårt DRG-paradis, bør vi sende våre danske kolleger heftige ønsker om at deres sykehusfinansiering blir mer forutsigbar enn vår.

Danskene har naturligvis sett alt dette selv. På sitt eget retoriske spørsmål hvorvidt det medisinskfaglige perspektiv var tydelig, svarte de tja. Nordöl sluttet sterkt og klart opp om de danske delegaters skepsis til markedsøkonomisk analyse som grunnlag for sykehusdrift. Diskusjonen endte med å ønske medisinskfaglig innsikt inn i offentlig forvaltning, og inn i samfunnsdebatten som opinionsdannende kraft. Hvordan sykehuslegene skal kommunisere sin rolle og sitt budskap er imidlertid ikke enkelt besvart. Flere av oss sitter igjen med følelsen av at vi står foran et formidabelt kulturarbeid i egne rekker.

FINLAND

Utilslørte politiske angrep på legeprofesjonen.

De finske delegater melder om regulære angrep på legeprofesjonen. Alt i høst startes en treårig utdanning der man kan oppnå sertifisering som lege etter påbygging på annen grunnutdannelse enn medisinsk, for eksempel sykepleierfaglig. Dette får i sin tur konsekvenser for kvaliteten på medisinske spesialister.

Tross nært forstående endringer er det fortsatt flere spørsmål enn svar i det finske landskapet. Hvilken instans som skal sertifisere slike «leger» er uavklart. Det samme gjelder hvilke kriterier de skal godkjennes etter, og hvilke funksjoner de egentlig skal godkjennes for. Om de skal ansees som faglig likeverdige med de leger vi hittil kjenner, eller om det skal bli et skikt av «B-leger» vites ikke.

Mens «lege-light»-varianten iverksettes oppleves det at nedskjæring av sjukeforsikring i Finland begrenser fritt legevalg, at arbeidsmuligheter for cand.med. begrenses i økende grad, og at utdanningstid for leger forlenges. Begrunnelsen for «lege-light» konseptet kan knapt være annet enn bedriftsøkonomisk, her gis åpenbare muligheter for lønnsbudsjettene. Det skimtes en ugrei allianse mellom økonomistyring og medisinsk innsiktsløshet, eller

mellom sykehusvesenets driftsansvarlige og de profesjoner som puster legene i nakken, det være seg sykepleiere eller paramedisinere.

Det ble eksplisitt sagt at man opplever en legefientlig atmosfære i Finland. Slike holdninger er kanskje mer uttalte i forvaltning og styrende organer enn i befolkningen - en antagelse bygget på diverse uttalelser fra ulike hold i forbindelse med 8 måneders legestreik i Finland i 2002.

Finnene har gjort et dypdykk i profesjonsholdninger – både innad, og i forhold til samfunnet. Man ønsker seg en «sosial kontrakt» mellom profesjonen og samfunnet, der legen tilbyr samfunnet etikk, service, knowhow og altruisme, mens samfunnet lover legene autonomi, yrkesmonopol, selvregulering. Den praktiske delen av dette arbeidet er knapt startet og forkludres av tillitskrisen som nevnt.

Kari Pylkkänen

Fra et velrenomert amerikansk tidsskrift hadde finnene sakset en liste over adekvate profesjonsholdninger som alle Nordöl møtets delegater ville ha, og som kan leses som status presens for erkjennelser på dette område:

THE PROFESSIONAL …

- … IS ENGAGED IN A SOCIAL SERVICE THAT IS ESSENTIAL AND UNIQUE.
- … IS ONE WHO HAS DEVELOPED A HIGH DEGREE OF KNOWLEDGE.
- … MUST DEVELOP THE ABILITY TO APPLY THE SPECIAL BODY OF KNOWLEDGE THAT IS UNIQUE TO THE PROFESSION
- … IS PART OF A GROUP THAT IS AUTONOMOUS AND CLAIMS THE RIGHT TO REGULATE ITSELF.
- … RECOGNIZES AND AFFIRMS A CODE OF ETHICS.
- … EXHIBITS A STRONG SELF DISCIPLINE AND ACCEPTS PERSONAL RESPONSIBILITY FOR ACTIONS AND DECISIONS.
- … HAS PRIMARY CONCERN AND COMMITMENT TO COMMUNAL INTEREST RATHER THAN MERELY TO THE SELF.
- … MORE CONCERNED WITH SERVICES RENDERED, THAN WHITH FINANCIAL REWARDS.

I den påfølgende diskusjon var det interessant å høre at Polens system med «A» og «B»-spesialister måtte endres til ett nivå ved inntreden i EU. Det danske sykepleierforbund har imidlertid samme tanker som finske myndigheter; sykepleierutdannelse utgjør en bachelorgrad som bør

Til venstre: Gunilla Burénius
Under: Marie Wedin og Anders Dahlqvist

kunne utbygges til cand. med. Fra Sverige fortelles det at enkelte sykepleiere i 10 års tid har hatt rett til å reiterere visse resepter, og å nyutstede i visse situasjoner. Disse sykepleierne har ingen tittel som henspeiler på medisinsk kompetanse, de kalles «kvalifisert sykepleier».

SVERIGE

SYSTEMATISK STRUKTUR PÅ VIDERE- OG ETTERUTDANNING.

Svenskene viser for tiden styrke ved systematisk organisering av et konsept for vedlikehold av profesjonell kompetanse. Bakgrunnen er blant annet en undersøkelse i 2002 som viste at bare 5% av spesialitetsforeningene i Sverige hadde strukturplan for etterutdanning.

I samarbeid med Landstingsförbundet har Svenska läkarförbundet og Svenska Läkaresällskapet opprettet IPULS, Institutt för professionell utvecking av läkare i Sverige. IPULS eies og drives av arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene i fellesskap og er et forretningsmessig konsept der brukere skal betale for tjenester. Målet er å gi autorisert godkjennelse av videre- og etterutdanning etter vurdering av standardiserte og høye krav til slik virksomhet. Ved dette oppnås både en strategisk fokusering på kompetanseheving, og en kvalitetssikring. Forhåpentligvis initieres en god sirkel ved at godkjenning i IPULS vil gi høy prestisje. IPULS har vært oppegående siden november -02. Det første godkjente kursopplegg var innen akuttmedisin. Instituttet har informative nettsider på www.IPULS.se. Potensielle brukere er svenske sykehusavdelinger.

I den påfølgende debatt fremgikk det at danskenes opplegg for etterutdanning står og faller med den enkelte avdelingssjef. En undersøkelse for et par år siden viste at øremerkede midler til etterutdanning ble anvendt i skuffende liten grad. Konsekvensen var uunngåelig; det følgende års budsjettpost til formålet ble redusert til rundt en tredjedel. Dette sier ikke bare noe om danske myndigheters prioritering av kompetanseheving, men også om overlegenes.

I Norge skal det finnes et LEIF-prosjekt som herværende referent ikke har hørt om. Det dreier seg om et aktivitetsbasert utdanningsprogram som verifiseres kollegialt. Prosjektet synes å savne så vel utbredelse som arbeidsgiverengasjement.

Det samme kruttet behøver ikke å bli oppfunnet hele tiden; en nærliggende tanke burde derfor være et konkret nordisk samarbeid om kompetanseheving. Nordøl sukket samstemt over at det i alle andre bedrifter er i arbeidsgivers interesse å oppdatere sine medarbeidere. Sykehusvesenet er blant våre mest avanserte kunnskapsbedrifter, det investeres systematisk i bygninger og utstyr. Men med unntak av Sverige savnes planene for, og viljen til investeringer i kompetanse .

–RED.

#1_2003 19.08.03 13:29 Side 14

ETTER NORDÖL
– inntrykk og refleksjoner

Vår profesjon er åpenbart gjenstand for økende press. Går vi vingeklippet inn i fremtiden, eller deltar vi med selvtillit, rak rygg og åpne øyne? Hvordan legges rammene og hvem gjør det? Slike prosesser er betydningsfulle. I skjæringen mellom vår historiske arv og et samfunn i endring møter vi konkrete problemer som uttrykker standens indre spenninger. Det dreier seg ikke om problemstillinger med enkle svar. Snarere gjelder det vår egen og samfunnets fremtidige livsform, der veien blir til mens vi går. Da kan det være lurt å vite hvor vi skal; for å vite det må vi vite hvem vi er. Gjør vi det?

Legeprofesjonens mål er pasientenes mål. Det forutsetter faglig fokus og tyngde. Faglighet kan bare implementeres i en legegjerning ved hjelp av adekvat yrkesetikk. Faglig autonomi er en logisk konsekvens av adekvat legeetikk som i sitt vesen blant annet krever å kunne overstyre driftshensyn når pasienthensynet tilsier det.

Et økonomisk styrt helsevesen vil før eller siden konfrontere oss med vår lojalitet. Særlig sitter avdelingsoverlegene i klemme, de kan verken løpe fra sitt gamle pasientansvar eller sitt nye budsjettansvar. Tør vi løpe en personlig risiko ved å hevde pasientenes rett og vår egen integritet, eller nikker vi taust til myndighetenes styringsbrunst? Denne konfliktfylte balansegang blir ikke enklere når gjensidig tillit mellom samfunn og profesjon svekkes. Trolig gjør vi det enklere for oss selv ved å innta et gjennomtenkt standpunkt før vi står midt i en konkret situasjon.

Vår identitet og våre valg påvirker hverandre gjensidig. Intuitivt definerer vi oss i grensesnittet mellom faglig kompetanse og pasientbehov; de fleste av oss har en sterk oppfatning av hvordan legegjerning påvirker sykdom. Uten at vi har detaljkunnskaper om sosiologien vi virker innenfor, må vår identitet næres av refleksjoner rundt etiske og samfunnsmessige perspektiver i vår virksomhet. Utad må vi naturligvis kommunisere gode standpunkter; men forutsetningen for dette er de spørsmål vi stiller oss selv om vår rolle.

Utdypende lister over utfordringene ved å lede klinisk virksomhet er opplest i repriser og applaudert hver gang. Erfaringsmessig er likevel oppgavene vanskelige å gripe. Vi må trolig innse at vi har et kulturproblem, kanskje profesjonens viktigste strategiske problem overhodet, som dreier seg om vår identitet. Kan det tenkes at evnen til å stille lure spørsmål om oss selv i et vidt perspektiv ikke er godt utviklet? I så fall er vår navigasjonsevne faretruende svekket og kan føre til havari hvis vi ikke makter den tredobbelte oppgave å konsolidere og markedsføre faglig spisskompetanse, tydeliggjøre vår identitet – samt for det tredje å videreføre dette som gode rolleforbilder for kommende generasjoner spesialister.

– RED.

Legeforeningen, spesialitetsstrukturen og samfunnet.

av Lars Eikvar

Arbeidet innen de medisinske spesialiteter er avgjørende for å sikre og utvikle kompetanse og kvalitet på de helsetjenestene som tilbys i Norge. Legeforeningens faglige organer, spesielt spesialitetskomiteene, spiller en avgjørende rolle ved å forvalte den nødvendige struktur innenfor spesialitetene. Dette har vært mulig på grunn av foreningens helt spesielle forhold til spesialisthelsetjenestene, og særlig på grunn av sammensetningen av Legeforeningens organer, der så vel aktører fra akademiske institusjoner som utøvende avdelinger har deltatt. Både geografiske og faglige elementer blir integrert og avstemt når Legeforeningens syn utvikles.

Det vil bli stilt økende krav til endringer av spesialitetsstrukturen i Norge. Både medisinsk utvikling, teknologiske framskritt og uunngåelige organisatoriske endringer av offentlig spesialisthelsetjeneste i foretak, er viktige årsaker til dette. Også ytre forhold som endret bosettingsmønster, bedre infrastruktur med utbygging av veier, og spesielle transporttjenester er av stor betydning.

Historisk har Legeforeningen spilt en sentral rolle i arbeidet med å tilpasse medisinske spesialiteter til samfunnets behov. Denne rollen har i de senere år blitt utfordret, bl.a. gjennom etableringen av Nasjonalt Råd. Det er grunn til å frykte at Legeforeningens argumentasjon ikke vil bli vektlagt i samme grad som før, når endringer i spesialitetstrukturen skal drøftes og vedtas. En særlig trussel er de rent driftsmessige og økonomiske premisser foretakene og regionsforetakene kan tenkes å legge.

Hvis endringer i Legeforeningens innflytelse medfører at spesialitetskomiteer og spesialforeninger innsnevrer sitt fokus til et fagteknisk perspektiv på bekostning av samfunnsmessig innsikt, blir det et tap for både spesialisthelsetjenesten, deres pasienter og for samfunnet som helhet.

Legeforeningens rolle i utvikling av spesialitetsstrukturen og i forvaltningen av spesialitetsordningen for leger, må bygge på tillit. Den må ha røtter både i forvaltningen, hos politikere, hos foretaksledelsen og i samfunnet. Vi må som yrkesgruppe vise at vi fortsatt er en slik tillit verdig. Men tillitsforholdet må være gjensidig, noe som forutsetter løpende og åpen dialog mellom Legeforeningen og de berørte organer i offentlig forvaltning. Det forutsetter også at den offentlige forvaltningen fortsatt forventer at Legeforeningen engasjerer seg i mer enn rent fagforeningsmessige eller egennyttige synspunkter. Vi må fortsatt være leverandører av et totalkonsept, nemlig en spisskompetent faglig tjeneste med en gjennomtenkt plass i samfunnet. Bare slik kan samfunnet beholde Legeforeningens unike utøvermedvirkning i forvaltningen av spesialitetsstrukturen i Norge.

#1_2003 19.08.03 13:29 Side 16

FORDYPNINGSTID FOR OVERLEGER

A2-avtalen er en betalingsbestemmelse

Mange foretak har ikke avtalt fordypningstid for overleger i B-delsoverenskomsten. De må da forholde seg til A2-avtalen. I merknad til overenskomstens A2-del presiseres det at kompensasjon for tid til fordypning er innbakt i minimumslønnen. Formulering har skapt hodebry, siden den ikke beskriver hvordan tid til fordypning skal tas ut.

Dnlf's forhandlingsavdeling kom i mai med en avklaring. A2-avtalen skal forstås som en betalingsbestemmelse. Assistentleger har tariffestet rett til fordypning, og skal ha den lagt inn i arbeidstiden. Overleger har ingen slik rettighet, plassering av medgått tid blir derfor gjenstand for lokal forhandling. Overlegers plikt til å holde seg oppdatert etter helsepersonelloven kommer da i tillegg til overenskomstdefinert arbeidsplikt; og vi har altså fått kompensasjon for det.

Hva med de foretak der overleger hadde avtalefestet rett til fordypningstid i arbeidstiden etter gammel avtale?

I noen foretak som hadde avtalefestet fordypningstid for overleger, har overgang til ny ordning skapt irritasjon blant overlegene. Enkelte arbeidsgivere har uten varsel redusert overlegelønnen svarende til fordypningstimene i tjenesteplanen – enkelte steder med tilbakevirkende kraft fra avtalens virkedato. Ekstra frustrerende ble det for de overleger som ikke fikk tjenesteplanen redusert med de timer det ble trukket lønn for.

Legeforeningen ønsker at uenigheter om dette skal avklares lokalt så langt som mulig. Det blir et utfordrende opprydningsarbeid for lokale tillitsvalgte på avdelings- og foretaksnivå.

I avdelinger som, tross avtale om det, ikke har hatt fordypningstid implementert i tjenesteplanen, må vi hevde at lønnstrekk skal refunderes eller avspaseres. I motsatt ende av skalaen fins avdelinger som i den nye overenskomst fortsatt gir fordypningstid innbakt i arbeidstiden; her er muligheten for refusjon av lønnstrekket liten.

Mellom disse ytterpunkter ligger de som formelt sett hadde avtalefestet rett til fordypning i arbeidstiden, men der tiden var mer eller mindre utydelig implementert i tjenesteplanen – eller der anledning til å ta ut rettigheten var mangelfull fordi produksjonshensyn fikk prioritet. En situasjonsbeskrivelse partene kan enes om ligger sikkert ikke snublende nær.

Arbeidsgiver vil vente at enhver overlege sier at fordypningstiden var umulig å få gjennomført. Overleger vil på sin side neppe stole på arbeidsgivers versjon av kartet. Prosessen på lokalt nivå må ha to trinn. Først må våre tillitsvalgte i foretakene bli enige med motparten om en prosedyre for kartlegging av fordypningstiden på hver enkelt avdeling. Deretter må dialogen være så åpen at det blir meningsfullt å drøfte videre på grunnlag av en slik kartlegging. Slik kan vi forhåpentligvis løfte fram fakta og skape klima for å vurdere rimelighet på en slik måte at flest mulig overleger får erstatning for de tapte timer.

-RED

#1_2003 19.08.03 13:29 Side 18

KODESKANDALENS TO ANSIKTER

Når samfunnets uryddige sider eksponeres, skal det ringe noen varselklokker. Denne gang har media holdt en hel dommedag.

Uansett finansieringsprinsipp utvikles det metoder for å bedre sykehusenes inntjening. Den gang kurdøgn betalte sykehusvirksomhet ble innleggelsene lange. Metode følger kultur; for tiden synes det opportunt å optimalisere inntjeningen med håp om at ingen undersøker om man står på den ene eller andre siden av den diffuse grense for hederlighet. Media tror de har sett lyset, og har hengt ut personer ettertrykkelig, mens systemfeil i beskjeden grad er kommet i fokus. Tidsskrift for Den norske lægeforening har gitt redaksjonell støtte til pressens reaksjoner.

Reglene for bruk av diagnoser i virksomhetsregistrering er utydelige. DRG-systemet er ikke konstruert for å ivareta både økonomiske og medisinske behov. Medisinsk personell er som regel mangelfullt opplært i standardisert kodebruk, men arbeidsgivere minner stadig om å kode «riktig» av hensyn til inntjeningen - hvem blir flinkest i klassen? Noen av oss pålegges tvilsom koding, for eksempel å ta med det ti år gamle hjerteinfarktet, selv om aktuell innleggelsesårsak var diaré uten andre symptomer. Er det svindel, eller systemlojal diagnosekoding? Regionssykehus trakeotomerer intensivpasienter kort tid før tilbakeflytting til lokalsykehus, og tjener over 100 000 kroner ekstra. Er det manipulering eller god medisinsk praksis? Naturligvis er det umulig å svare. En snorkeoperasjon gjøres i et 15 minutters inngrep med lokalbedøvelse. Inngrepet koster 18 000 kroner. Å fjerne et pleomorft adenom i glandula parotis krever full narkose og et helt operasjonsteam, det tar 3 – 7 timer og honoreres med samme beløp. Dette er tilfeldige eksempler på at stykkprisfinansieringens rette element like gjerne kunne vært revyscenen.

Økende internasjonal kunnskap om søvnapnoe hos barn ga forventning om at diagnosen ville stilles oftere. Avdelingsoverlegene ved landets ørenese-hals-avdelinger fant det urimelig at taksten var tre ganger så høy for å ta mandlene hos pasienter med søvnapnoe, som hos dem med tonsillehypertrofi uten snorking. De henvendte seg derfor til departementet i 2001 med et forslag om nedjustering av førstnevnte. De ble takket for sitt engasjement, men å foreta justeringer ble nok for komplisert. Presisering av riktig diagnosepraksis ble ikke gitt. Saken ble av mange forstått slik at legen på egenhånd fortsatt stiller diagnosene.

Pressen har i repriser hengt ut en assistentlege; han ble for ivrig på vegne av sin pengelense arbeidsgiver - som for øvrig støttet hans resonnement basert på en moderne diagnostisk tanke.
I ettertid erkjenner vi at uønsket koding er avdekket. Men arbeidsgiverinstansene har krøpet sammen på sine taburetter, toet sine hender, og ellers ikke drevet det lenger enn til sanksjoner mot enkeltpersoner. Legeforeningen har en klar plikt til også å se dette perspektiv og trekke noen konsekvenser av det.

-RED

ØKONIMISTYRING, VERDISTYRING OG FOLKESKIKK

Overleger har lang erfaring som part i arbeidslivet, både sentralt og lokalt, vår partsrolle er knapt endret etter overgang til ny overenskomst. I fylkeskommunene lå tyngden av arbeidsgivermyndighet høyt i organisasjonen. Selv ubetydelige disposisjoner måtte godkjennes av rådmannen - hva man mente på sykehusnivå kunne overstyres uten videre.

Etter statlig overtakelse og ny overenskomst har helseforetakene kastet av seg det fylkeskommunale forvaltningsåk; myndighet er brått flyttet langt nedover i systemet fordi det bør være økonomisk fleksibilitet der virksomheten foregår. En kan forstå hvilken befrielse arbeidsgiver føler mens de styrer av gårde. Likevel opplever mange av oss at denne såkalte «verdistyring» er vanskelig å forholde seg til – både i form og innhold. Medaljens bakside er naturligvis at når økonomien blir vanskelig sitter vi alene igjen med ansvaret, muligheten for hjelp er fjernere enn noen gang¸ fagmiljøene har fått ansvaret for å oppfylle kvalitet og forsvarlighet innen de rammer som tilfeldigvis utdeles. Særlig avdelingsoverlegene sitter særdeles ubekvemt til, med sitt gamle fagansvar i tillegg til et sterkt innskjerpet ansvar for budsjettkontroll.

Å håndtere konkrete lønns- og arbeidstidsbestemmelser er kanskje det enkleste i dette landskapet. Værre kan det være med overordnede føringer på hovedavtalenivå. Særlig avdelingstillitsvalgte må kjenne til at folkeskikk i arbeidslivet kan kreves med hjemmel i hovedavtale og arbeidsmiljølov. Åpenbart har vi selv en plikt til å overholde folkeskikk, noe som ikke alltid er enkelt når frustrasjonene veller fram. Personalavdelingene er nok kjent i dette terrenget, men ved omorganisering skolerer de erfaringsmessig ikke sine løytnanter nedover i systemet, de nye klinikk- og avdelingssjefer. Det kan dreie seg om plikt til å svare på henvendelser, plikt til å drøfte alle endringer vedrørende arbeidsforhold, og ivaretakelse ved omstillinger. At småbarnsforeldre har krav på redusert arbeidstid er ikke selvfølgelig for de nye sjefer, hvis horisont nylig var begrenset av omkretsen på gastroskopets synsfelt. At ferien tilpasses vikartilgangen er en ting, alvorligere blir det når sist ankomne kolleger pålegges å ta ut mer ferie enn det er feriepengedekning for. Også medlemmer i andre forbund møter slik inkompetanse når den lokale arbeidsgiver i pengenød forsøker å ta snarveier.

Med arbeidsgivermyndigheten så nært vårt eget nivå, og med økt individualitet som prinsipp i overenskomstene, blir det problematisk å se sykehusspesialistene som en enhetlig masse. Avdelingen blir en hovedarena for meningsfull håndtering av tariffmessige forhold. Dette medfører for det første at avdelingstillitsvalgtes betydning øker. Funksjonen burde derfor oppgraderes i kompetanse og anseelse - mer enn noen gang trengs det bredde på dette nivå i foreningen. For det andre minnes vi om at den eneste arbeidsgivermyndighet som har forutsetning for å se saker fra pasientenes og vår side, er avdelingsoverlegene. Disse bør derfor være en naturlig taktisk allianse som alle tillitsvalgte bør prioritere å ha et godt forhold til. Uanstrengt og ryddig anvendelse av overenskomst og lovverk er et godt utgangspunkt. Moralsk og formell støtte hentes gratis hos kollegene i tillitsvalgtapparatet, og hos foreningens jurister sentralt.

-RED

#1_2003 19.08.03 13:29 Side 20

C-POST
Returadresse:
Norsk overlegeforening
postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo

Johnson & Johnson

Din samarbeidspartner

Johnson & Johnson er et av verdens ledende konsern innen utvikling, produksjon og markedsføring av produkter tilknyttet medisin, sykehus, optikk og helse. Konsernet omsetter produkter i mer enn 175 land og har 108.000 ansatte. Selskapet er meget forskningsintensivt, med et budsjett for FOU på rundt 4 milliarder USD pr. år. Total omsetning for 2002 var på USD 36,3 milliarder.

På verdensbasis er vi delt inn i 3 sektorer:
- **Professional** (sykehusprodukter, medisinsk-teknisk utstyr)
- **Pharmaceutical** (legemidler)
- **Consumer** (konsumentprodukter)

Cordis a Johnson & Johnson company	Integra Dermal Regeneration Template	Codman a Johnson & Johnson company
LIFESCAN	Mitek	Natusan INSTITUTION
ETHICON ENDO-SURGERY a Johnson & Johnson company	ETHICON a Johnson & Johnson company	GYNECARE A Division of ETHICON a Johnson & Johnson company
ADVANCED STERILIZATION PRODUCTS a Johnson & Johnson company	Ortho-Clinical Diagnostics a Johnson & Johnson company	DePuy AcroMed a Johnson & Johnson company