

OVERLEGEN

APRIL 2011 - 10 ÅR

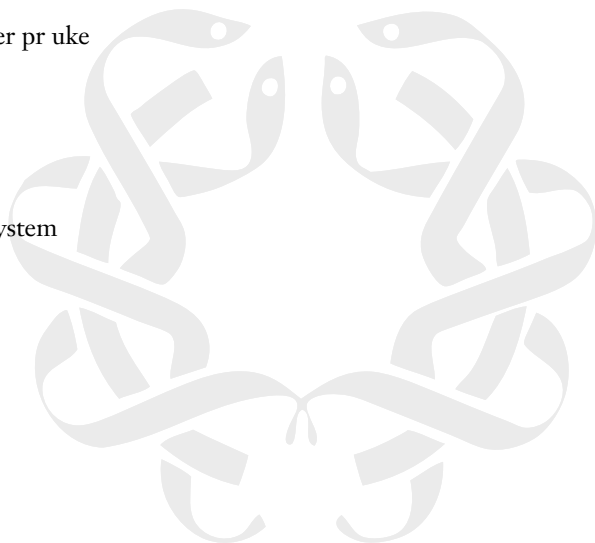
1

JUBILEUMSNUMMER
- OF 50 ÅR

MILEPÆLER FOR

Overordnede sykehuslægers forening/Norsk overlegeforening

- 1956 - Overlægerådet ved Oslo Kommunale sykehus ønsker å danne en forening, og får støtte fra Norsk Kirurgisk Forening og Norsk Internistforbund
- 1957 - Søknad til sentralstyret om å bli avdelig i Dnlf avslått
- Statsansatte lægers ervervsgruppe (med Ylf, Offentlige lægers Landsforening og Norsk Militærmedisinsk Forening) etablert av sentralstyret, denne får forhandlingsrett i Kgl statsråd fra 1960, meldes inn i Embedsmennenes Landsforbund, som igjen er medlem av Norsk Akademikersamband
- 1961 - Søknad til sentralstyret om å bli avdeling, blir spesialforening. Forholdet til sykehuseierne på den ene side og lægestaben på den annen side viktig begrunnelse
- 1963 - Medlemstallet 375
- 1974 - Dannelsen av Akademikernes fellesorganisasjon
- 1977 - Endring av Normaltilsettingsvilkårene (rett til poliklinikk med privat inntekt)
- 1986 - Stillingsstrukturavtalen vedtatt
- 1988 - Navnebytte til Norsk overlegeforening
- 1990 - Delt ledelse (Tromsø-saken) og 1992 Sogn og Fjordane (Bioingenør lab.leder)
- 1992 - Overtidsbetaling
- 1992 - Ikke legepraksis utenom sykehus uten avtale
- 1993 - Yrkesforening med obligatorisk medlemsskap
- 1994 - Medlemstallet 4.000
- 1996 - Streik, fritt å velge arbeidstid ut over 38/40 timer pr uke
- 1996 - AF sprekker, dannelsen av Akademikerne
- 2002 - Statlig overtagelse av sykehusene
- 2007 - Streik Spekter, og endelig enighet forhandlingssystem
- 2007 - Fullt frikjøpt leder
- 2008 - Streik Lovisenberg
- 2011 - Medlemstallet 8.000





1961–2011 – 50 år

Norsk overlegeforening

DEN NORSKE LEGEFORENING

LEDERE I NORSK OVERLEGEFORENING – 50 års jubileum 2011

1.9.2007 -	Arne Laudal Refsum	
1.9.2006 - 1.9.2007	Siri Tau Ursin	
1.1.2002 - 1.9.2006	Lars Eikvar	
1.1.2001 - 31.12.2001	Bente Mikkelsen	
1.1.1998 - 31.12.2000	Einar S. Hysing	
1.1.1996 - 31.12.1997	Olav Mjølunes	
1.1.1992 - 31.12.1995	Tone Sparr	
30.6.1987 - 31.12.1991	Rolf Schøyen	
1.1.1986 - 14.6.1987	Rasmus Svihus	
7.6.1982 - 31.12.1985	Odd J. Frisvold	
1.1.1978 - 2.6.1982	W. Rolf Stinessen	død 1982
1.1.1974 - 31.12.1977	Hans K. Dahl	død 1996
1.1.1972 - 31.12.1973	Trygve Kahrs	død 1996
1.1.1970 - 31.12.1971	Åke Mellbye	død 1975
1.1.1964 - 31.12.1969	Sven Hjort	død 1990
15.2.1961 - 31.12.1963	Johan Haffner	død 1989



KJÆRE 50 ÅRS JUBILANT – *til lykke med dagen!*

Gode helse- og omsorgstjenester er et av fundamentene i velferdsstaten. Når vi blir syke skal vi være sikker på at du får god hjelp, og det skal være et likeverdig tilbud – uavhengig av økonomi og geografi. Vi skal ha et helsevesen med høy kvalitet, som ligger i front både medisinsk og teknologisk. Vi skal ha omsorgstjenester hvor den enkelte blir sett og møtt med respekt. Særlig må vi sørge for et helsevesen der de som opplever svikt og langvarig sykdom blir bedre ivaretatt. Terskelen for å be om hjelp er ulik i befolkningen, og en viktig oppgave er å skape et helsevesen som strekker ut en hånd til de som trenger eller kanskje ikke blir sett. I disse tider kan det være nødvendig å minne om at vi har et særlig ansvar også for de som ikke har aksjonsgrupper eller noen som går i fakkeltog for seg. De kroniske og ikke smittsomme sykdommene representerer langsomme kriser. Fordi årsak og virkning ligger så langt fra hverandre, og fordi de derfor utvikler seg sakte er de vanskeligere å se og peke på. De lar seg ikke materialisere og illustrere i et 2 minutters tv-innslag. Som viktige meningsbærere trenger vi Overlegeforeningen for å synliggjøre de langsomme krisene. Med samhandlingsreformen vil vi styrke arbeidet for å forebygge nettopp de langsomme krisene og styrke det forebyggende arbeidet.

I årene som kommer vil samarbeid og samhandling være viktige stikkord. Sykehuslegenes virksomhet vil i økende grad være preget av samarbeid med flere profesjoner. Nye metoder fører til økt spesialisering, og teknologisk avansert behandling gjør sykehusene mer avhengige av kostbart og kompetansekrevede utstyr og av sterke fagmiljøer. Men den teknologiske utviklingen åpner samtidig for at en del diagnostikk og behandling kan desentraliseres og tilbys på mindre sykehus. Utfordringen blir å organisere samarbeid og kompetanseoverføring på en måte som sikrer kvalitet både ved store og små behandlingssenheter.

I et land der helsetjenestene tilføres så mye ressurser som i Norge, skal vi som pasienter og brukere kunne forvente høy kvalitet og ikke behøve å være bekymret for om behandlingen påfører oss unødige skader. Allikevel har vi eksempler på uønskede hendelser der pasienter har blitt utsatt for unødige og uakseptabel risiko. Internasjonale undersøkelser anslår at om lag 10 prosent av



alle som blir innlagt i sykehus, skades unødige av den behandlingen som blir gitt. Uønskede hendelser er selvfølgelig først og fremst tragisk for dem som rammes, men vil også bidra til å svekke omdømmet og befolkningens tillit til sykehusene våre. Selv om vi aldri vil komme dit at det ikke skjer feil, vil arbeidet med å gjøre tjenestene trygge, tilgjengelige og av god kvalitet være en av de viktigste oppgavene i tiden som kommer.

Jeg ønsker å legge til rette for en enda sterkere satsing på kvalitet og pasientsikkerhet. Jeg har derfor lansert ti tiltak for å styrke arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Blant disse er en presisering av lovkrav knyttet til arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, utvikling av flere nasjonale kvalitetsindikatorer, flere og bedre medisinske kvalitetsregistre, og den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen *I trygge bender* som ble lansert i januar i år. Mitt inntrykk er at kampanjen er mottatt med entusiasme mange steder, noe jeg er svært glad for.

Jeg ser frem til et fortsatt godt samarbeid om de viktige oppgavene som ligger foran oss!

Anne-Grete Strøm-Erichsen
Helse- og omsorgsminister

Gratulerer

NORSK OVERLEGEFORENING!

Overlegeforeningen er en sprek yrkesforening på 50 år med kompetente og aktive medlemmer - i ledelsen av norsk spesialisthelsetjeneste. I de neste 50 årene vil Of uten tvil fortsatt være en sterk yrkesforening, som i godt samarbeid med Legeforeningen vil arbeide målrettet for gode arbeidsbetingelser og lønnsutvikling for medlemmene. Of markerer seg i tillegg tydelig i frontlinjen i arbeidet for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Takk til Of for et omfattende og sterkt engasjement - som en viktig organisasjon i Legeforeningen!

En rekke Of-medlemmer har lederstilling i norske sykehus. Har ledelsen betydning for kvalitet og produktivitet på sykehus? En stor internasjonal studie som inkluderte over 1100 sykehus i mange land, konkluderer med at det er en sterk sammenheng (1). Godt lederskap gir vesentlig lavere pasientdødelighet og bedre økonomiske resultater. Rapporten beskriver at sykehus med ledere med medisinsk kompetanse, scorer mye høyere på godt lederskap. De fant også at sykehus som oppnår høy score på lederskap, lar ledere jobbe mer selvstendig. Norge var ikke med i studien, men det er ingen grunn til å tro at situasjonen er annerledes her. Det betyr at vi som leger har en viktig jobb å gjøre i ledelsen av sykehusene.

Overlegen var ved stiftelsen av Overlegeforeningen, den selvskrevne sjef på sykehuset. At legen er sjef, er ikke lenger den selvfølgen det var. Vi erkjenner fullt ut at en god leder også må være kompetent i faget ledelse.

"Medisinsk ledelse skal ivaretas av lege som er spesialist i relevant fagområde" står det i Of's Prinsipp- og arbeidsprogram. Det innebærer både et krav til oss som leger om å kvalifisere oss i faget ledelse og et krav til sykehusene om stillinger med myndighet til å ta ansvaret. Vi må ta ledelsen og gjøre det godt – det gir god kvalitet i helsetjenesten.

Overlegeforeningen – en yrkesforening å være stolt av!
Overordnede sykehuslægers forening ble stiftet i 1961, etter flere års arbeid for å få aksept for behovet for foreningen. Den første formannen, Johan Haffner, vektla i program-

erklæringen at foreningen skulle engasjere seg i administrasjon og oppbygging av sykehusvesenet, revisjon av sykehuslegenes lønns- og arbeidsforhold og interessant nok, arbeid for opprettelsen av flere faste stillinger. Vi kan i dag nikke gjenkjennende til arbeidsoppgavene. Foreningen fikk et løft gjennom utviklingen av tillitsvalgtapparatet. Det viser hvor avgjørende det er å ha et godt utbygget tillitsvalgtapparat, at medlemmene påtar seg verv og kollegene støtter opp om sine tillitsvalgte. Overlegeforeningen har dyktige tillitsvalgte og engasjerte medlemmer - takk til dere alle!

Overleger skal ha god lønn og gode arbeidsbetingelser. Lang utdannelse, stort ansvar og lange dager gjør at det er en selvfølge. Lange dager inkluderer mye uregistrert overtid. Jeg har et sterkt ønske: skriv opp all overtid – om du ikke får betalt, informer i hvertfall din tillitsvalgte, om det så er på en lapp. Det vil synliggjøre den omfattende usynlige innsats for pasientene som sykehusleger legger ned hver dag. Registrering av all overtid vil gi dokumentasjon som er nødvendig for gode forhandlingsresultater, rom for kvalitetsarbeid, forskning og pasientsikkerhet de neste 50 årene!

Gratulerer med de første 50 år – og lykke til videre!

*Torunn Janbu,
President, Legeforeningen*



Foto: Legeforeningen/Mark Cabot

Referanser

<http://www.mckinsey.com/client-service/payor-provider/Management-Matters-in-Healthcare-FINAL.pdf>

Innhold:



3	Kjære kolleger
4	Utfordringer i 2011
5	Ole Berg: Overlegen: En fortelling i tre avsnitt
20	Historikk - Ofs ledere: <i>Odd J. Frisvold, første 25 år – 1961-1986</i> <i>Rasmus Svibus, 1986-1987</i> <i>Rolf Schøyen, 1987-1991</i> <i>Tone Sparr, 1992-1995</i> <i>Olav Mjøltnes, 1996-1997</i> <i>Einar S. Hysing, 1998-2000</i> <i>Bente Mikkelsen, 2001</i> <i>Lars Eikvar, 2002-2006</i> <i>Siri Tau Ursin, 2006-2007</i> <i>Arne Laudal Refsum, 2007-</i>
38	Historikk – Ofs sekretariat: <i>Øivind Christensen, første 25 år - 1961-1986</i> <i>Odvar Brænden, 1987-1996</i> <i>Signe Gerd Blindheim, 1997-</i>
47	Hvordan har overlegene det?
56	Of passerer 8.000 medlemmer.
61	Policynotater om ledelse og om ledelsesavtaler
61	Holmenkollstafetten 2011
62	Ferie og vakt
64	Våre to sentrale medarbeidere
66	Kjernejournal – hvor omfattende må den være?
68	Pasientsikkerhet foran personvern
70	Veiledning av leger i spesialisering
71	Gratis nettkurs for faglig oppdatering
72	Legeforeningens øvrige lederstipend.
73	Utlysning – Ofs lederstipend 2011

Forsidebilde: Istapper

Copyright - Gjengivelse av innhold er kun tillatt med skriftlig tillatelse fra forfatter(e) og redaksjon.



Norsk overlegeforening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Utgiver:

Norsk overlegeforening
Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo
Telefon 23 10 90 00 /
Fax 23 10 91 50
www.legeforeningen.no /
overlegeforeningen

Redaktør:

Arild Egge
E-post: arild.egge@rikshospitalet.no

Redaksjonskomité:

Arne Laudal Refsum
og Edith Stenberg.

Annonser:

Media-Aa Marketing
Postboks 240, 1401 Ski
T: 64 87 67 90/ 900 43 282
arne@aamedia.not

Foto:

Legeforeningen/Mark Cabot,
Jon Helle, Edith Stenberg, privat,
Scanpix, Shutterstock, Forsvarsbygg
ved HOD, Ukjent fotograf. Utlånt
av Oslo Byarkiv, Torgeir Haugaard,
Forsvarets mediesenter

Forsiden:

Fotograf Wenche Rennan

Opplag:

8.900 eks.

Grafisk produksjon:

Merkur-Trykk AS
Postboks 25, Kalbakken,
0901 Oslo



**Frist for innlegg til
neste utgave 01.05.2011**

Bladet foreligger i nettutgave
på foreningens nettside der alle
lenker er direkte tilgjengelige.

Kjære kolleger



Dette nummer kommer ut samtidig med Overlegeforeningens 50 års-jubileum. Innholdet er i samsvar med det og fortjener betegnelsen "Jubileumsnummer". Det er morsomt å få være med å utgi et slikt nummer, man lærer mye om foreningens historie og til en viss grad kan det bli til en referanse for senere bruk.

Det blir tilbakeblikk på epoker og personer som har satt sitt preg på foreningens historie. Mange av våre tidligere ledere har tatt for seg sin periode – det går frem av disse artiklene at *utfordringer* ikke er noe som er bare av vår tid! Kunnskap om historien er nødvendig for å kunne forstå samtiden, og for å kunne sette "egne kamper" i et riktigere perspektiv. Derfor bruker vi mye plass på dette i et slikt nummer – det var ikke vanskelig å finne bidragsyttere fra hele perioden.

Et rent historisk tilbakeblikk med gratulasjoner ville heller ikke være så interessant og derfor bringer vi også noe annet, og først blant dette er Ole Bergs artikkel "Overlegen: en historie i tre avsnitt". De store linjer i helsepolitikken og sykehusvesenets utvikling fram til i dag med vekt på overlegerollens forandring i takt med denne, er en sjelden og fagvennlig synsvinkel. Den *fremmedgjøring* mange kjenner på, settes her inn i relasjon til en samfunnsutvikling, og man får øye på "de tunge trender". Det er interessant å følge en beskrivelse og analyse

som bygger på så omfattende kunnskap – og som fokuserer eksklusivt på spesialistrollens utvikling frem til i dag. Tilslutt kaster han blikket fremover på basis av utviklingslinjene og nå-situasjonen. Det bildet han beskriver ansporer til refleksjon og er det vi kanskje skal ta med oss videre. Den er omfattende, grundig – og spesialbestilt til jubileumsutgaven og må derfor leses. Enkelte i redaksjonen mente den var for lang, – jeg har full tillit til at kollegene er leseføre. Det er sjelden vi får anledning til å bringe et så grundig arbeid i vårt blad!

I et jubileumsnummer tenker jeg å la de mest aktuelle frustrasjoner hvile. Det er naturlig å heve seg litt over det mest trivielle i ett nummer og feire et foreningsarbeid i utvikling. Det kan vi også glede oss over – fordi vi vil komme til å trenge en sterk og aktiv forening som kan hjelpe i forhandlinger der både arbeidsbetingelser og det medisinske faglige står på spill. EU's arbeidstidsbestemmelser kommer og skiftarbeiderstatus er tema ved forhandlinger, legen er snart mer byråkrat og må bruke sin tid stadig mer på dokumentasjon og "ryggdekning" i en hverdag der jussen oftere kommer opp på siden av medisinen og snuser på lederposisjonen – som en annen Northug. Vi kan resignere og si at dette er *uavvendelig*, men vi kan også velge å holde fanen høyt og hevde det medisinske-faglige sin plass. Naivt? Ja, kanskje det – men man har integriteten i behold og kan-

skje kan man her og der korrigere utviklingen litt, – og det er dessuten verdt å arbeide for det man tror på.

Resignasjon er kanskje et ord som dessverre i noen grad er riktig å trekke frem for å beskrive stemningen blant kolleger når Of er 50 år. Det er mye uro pga budsjetter og omorganiseringer, men mest tenker jeg på kollegenes erkjennelse av at det faglige i overraskende grad kommer mer i -bakgrunnen; en profesjonell ledelse avgjør på tvers av faglige råd i økende grad. Det er overraskende mange som bærer på dyp frustrasjon over denne utviklingen, og det kan medføre motivasjonsproblemer og tap av initiativ, selv i en entusiastisk gruppe som vår. Undersøkelsen Aasland og Rosta gjør rede for, støtter denne påstanden langt på vei, – den har fanget opp at omorganiseringer av det omfang som skjer innen mange helseforetak nå oppleves som svært stressende. Vi får arbeidstagere som gjør det de må og slutter når de kan. Er arbeidsgiver klar over dette? – De er ikke tjent med det, og pasientene er definitivt ikke tjent med det.

Redaktøren er glad for sin naive tro på fagets muligheter til å betvinge jussen og "det målstyrte helsevesen". Det er til god hjelp i hverdagen – for tiden.





Foto: Legeforeningen/Mark Cabot

UTFORDRINGER I 2011

Dette nummeret er preget av jubileumsstoff og historiebeskrivelse for Norsk overlegeforenings 50 første år. Les beretningene fra våre tidligere formenn/ledere og sekreteriatsledere. Noe har endret seg, men mye er likt. Det som er helt sikkert er at foreningen har vært, og er opptatt av veldig mye annet enn medlemmenes egne lønns- og arbeidsbetingelser. Vi har hele tiden jobbet for et godt sykehusvesen og høy kvalitet på de helsetjenestene som tilbys pasientene. Det vil vi gjøre i fremtiden også.

Jeg deltok på en høring i Stortingets helse- og omsorgskomite 17. februar om fremtiden for de regionale helseforetakene. Det er fremmet et "privat lovforslag" om at disse skal legges ned, og at alle omstillingsprosesser skal stanses opp. Legeforeningen har ikke tatt endelig standpunkt i denne saken. RHF-ene har vært nyttige verktøy for å administrere den statlige overtagelsen av sykehusene i 2002, men ettersom antall foretak er betydelig redusert, er det jo ikke sikkert at dette nivået trengs videre.

Samtidig må det innrømmes at nettopp RHF-nivået utsettes for nærmest umulige krav fra eieren, Helseministeren. Etter betydelige underskudd i sektoren fra 1970-tallet har fokus de siste 6-7 årene vært ensidig på budsjettbalanse. Når foretakene etter en voldsom effektivisering nå endelig får bevilget nok midler i forhold til bestilt

aktivitet, og dermed klarer å gå med overskudd, så møtes de i årets foretaksmøte med krav som er umulige å innfri, så vidt jeg kan forstå.

Aktiviteten skal økes, men det bevilges bare 80% av kostnaden, resten regner man med at kan tas på den såkalte marginalen.

Fristbrudd er uakseptabelt. Greit nok, det er en lovhemlet rettighet, og den skal innfris. Dette betyr tydeligere prioriteringer av de som innrømmes rett til behandling, de vi må regne som de mest trengende.

Den generelle ventetiden for spesialisthelsetjenester skal ned til 65 dager. Dette er en formidabel utfordring som ikke er mulig innenfor den aktivitetssøkningen som det er bevilget midler til.

Korridorpasienter er uakseptabelt. Dette er en påstand vi er helt enige i, men det utgjør nesten 190.000 liggedøgn i sykehusene, det er et problem vi har hatt i mange, mange år, og lar seg ikke trylle bort med bare å stille kravet. Her kreves gode samarbeidsforhold med sykehjem og hjemmesykepleie, men nok også at vi internt på sykehusene vektlegger opprettholdelse av eller rehabilitering til tidligere funksjonsnivå mens pasienten ligger inne i avdelingen. Servere mat ved et bord. Hjelpepersonell nok til å gå turer i korridoren. Ministeren krever at det

ikke skal være korridorpasienter på en post mens det er ledige senger på en annen post så er det forståelig, men såkalte satelittpasienter eller uteliggere får på den måten ofte dårligere kvalitet på behandlingen. Det blir å velge mellom pest og kolera.

Faste stillinger som hovedprinsipp er flott, og antagelig kostnadsbesparende sammenlignet med stadig nye vikarer. **Jeg legger merke til at psykiatrien ikke er nevnt med ett eneste ord!**

Mindre deltid, miljøvennlig drift, implementering av profilprogram, økonomistyring, overskudd, IKT, permisjoner for å jobbe på Svalbard eller internasjonalt, pris på parkering, bruk av konsulenter osv. I Storkomiteen ble det bemerket at det var 99 forskjellige krav. Mange av kravene er gode, vi er absolutt enige i målsettingene, men de lar seg ikke gjennomføre samtidig med overskuddskravet. Og overskudd trengs, for slik systemet er, så er det dette overskuddet som skal finansiere nye bygninger, IKT-systemer, medisinsk-teknisk utstyr og kompetanse. Det er jo ikke overskudd for overskuddets egen del. Som den viktige premissgivende gruppen overlegene er i sykehusene må vi fortsatt holde hensynet til pasientene øverst, og vi må kreve rammebetingelser for vårt virke som gjør at vi kan fylle lege-rollen på en riktig og god måte.

Link til McKinsey-rapporten om investeringer i spesialisthelsetjenesten:
<http://www.legeforeningen.no/id/168249.0>

Link til foretaksprotokollene for 2011:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/sok.html?querystring=protokoll+foretaksm%C3%B8te&id=86900>

OVERLEGEN: En fortelling i tre avsnitt¹

Vi skal fortelle en historie i tre avsnitt, en historie om fremveksten og omdannelsen av rollen som overlege. Det er ikke bare en historie om overlegen, men også om legen: Overlegerollen springer jo ut av legerollen og den omdannelse den nå står overfor kan komme til å bety legerollens oppløsning. Vi skal begynne med å se på forhistorien, altså på hvordan overlegerollen vokser frem av legerollen. Så skal vi, og det blir første avsnitt i vår overlegehistorie, se på den "klassiske", frie overlegerollen, en rolle som i hovedsak fungerte fra slutten av det 19. århundre til slutten av 1970-årene. Deretter skal vi redegjøre for fremveksten og institusjonaliseringen av den nåtidige overlegerolle, rollen som arbeidstageroverlege. Til slutt skal vi, i avsnitt nummer tre, diskutere noen perspektiver for rollen som overlege, eller snarere, spesiallege. Vi skal se at vi kan tale om potensielt dramatiske perspektiver.



OLE BERG

Institutt for helse og samfunn,
Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo

Forhistorien

Da den moderne vestlige medisin vokste frem, altså fra ca. 1500 (Renessansen), var der to legeroller, rollen som lege, eller medisinere, og rollen som (barber)kirurg. Legen var en akademiker, kirurgen en håndverker. De tilhørte slik ulike klasser. Men i løpet av det 18. århundre begynte kirurgen tydelig å nærme seg legen. Opplæringen ble mer spesialisert og teoriinspirert. I Danmark-Norge ble kirurgen nesten satt på linje med legen da utdannelsen av ham i 1785 ble lagt til det nye Chirurgiske Akademie. Da Det Kongelige Frederiks Universitet ble opprettet i 1811 ble fra starten av den medisinske og kirurgiske utdanning i Norge integrert. Samlingen av medisinen og kirurgien skjedde først to tiår senere i Danmark (1842) og Sverige. Samlingen, som nå skjedde overalt i Vesten, reflekterte det forhold at vitenskapens utvikling var iferd med å få konsekvenser for klinisk praksis. Det viste seg blant annet ved at somatiske sykehus ble knyttet til de medisinske fakulteter og begynte å presentere seg som behandlingsinstitusjoner, i tillegg til å være undervisningsinstitusjoner og institusjoner for en begynnende klinisk forskning. I Sverige ble slik Kungliga Serafimerlasaretet opprettet som undervisningssykehus i 1852. I Danmark-Norge kom, for det samme formål, det Kongelige Frederiks Hospital i 1757. Det første norske undervisningssykehuset, Rigshospitalet, stod ferdig i 1826. Teorien, vitenskapen, erobret imidlertid ikke for alvor praksis, altså klinikken, før i siste halvdel av det 19. århundre: Anestesi kom i 1846. Den bakteriologiske revolusjon, og det avgjørende gjennombrudd for den reduksjonistiske medisin, kom i siste fjerdedel av århundret. Fra nå av skjøt kunnskapsutviklingen fart og vi gikk inn i den periode vi nå befinner oss i, en periode hvor praksis mer og mer erobres av teorien. Praksis blir det

som i dag ofte omtales som kunnskapsbasert. Vi skal legge til: kunnskapsbasert betyr nå "basert på systematiske eksperimenter og kontrollerte, randomiserte forsøk", ikke også "basert på refleksiv praksis, eller klinisk erfaring".

Med samlingen av medisinen og kirurgien i begynnelsen av det 19. århundre fikk vi i prinsippet én legerolle, selv om de to roller skulle fortsette å være litt forskjellige: Alle ble først "hele" leger, så ble de, i tillegg, medisinere og kirurger. Men den vitenskapelige revolusjon i siste del av det 19. århundre gjorde noe mer med legerollen. Den satte i gang en ny form for differensiering, en form for differensiering som godt kan føre til at mye av enheten igjen går tapt, og nå går mye mer radikalt tapt enn den gjorde da den antikke medisin ble splittet opp.

Kunnskapsrevolusjonen gjorde spesialisering, ja, tiltagende spesialisering, nødvendig: Den enkelte lege kunne bare beherske en stadig mindre andel av den samlede kunnskapsmengde. Det betydde at den "helhetlig" orienterte lege forsvant. Han ble *igjen* som en slags almenlege, men måtte i stigende grad samarbeide med mer spesialiserte kolleger for å kunne hjelpe sine pasienter på beste måte. Med dette startet for så vidt også en form for avpersonliggjøring av legerollen. Legen ble etter hvert, for mange pasienter, et mer eller mindre godt samarbeidende og samhandlende *system*. Det er ikke uten grunn den organiserte medisin, som Den norske lægeforening, lenge forsøkte å stanse utviklingen av "spesialistuvæsenet".² Den var dømt til å måtte gi seg. Spesialiseringen var jo "selvforskyldt"; den var en følge av kunnskapsveksten. Foreningen gav formelt etter i 1918.

Kunnskapsrevolusjonen gjorde også en viss institusjonalisering nødvendig. Den nye kunnskap, men ikke minst produktene av den nye teknologiske kunnskap, gjorde det nød-

vendig å henlegge mer og mer av den nye, spesialiserte behandling til institusjoner, en slags medisinske fabrikker. Vi får dermed også, omtrent samtidig med spesialiseringen, hospitaliseringen, av medisinen. Hospitaliseringen begynte, som vi har sett, i annen halvdel av det 18. århundre, men fikk for alvor kraft hundre år senere. Gamle "sosiale" sykehus for fattige ble omgjort til nye behandlingsykehus for alle, eller helt nye sykehus ble opprettet. Til å begynne med var det særlig de "nye" kirurgene som trengte dem, og de ble også de dominerende figurer ved disse sykehus, ja, var det helt frem til Den annen verdenskrig. Men gradvis kom også de andre nye spesialister til, først (indre)medisinere, så de nye diagnostikere, røntgenlegene, og siden, i mellomkrigstiden, organspesialistene. Den organiserte medisin forsøkte ikke direkte å bremse institusjonaliseringen, men den så jo at institusjonaliseringen førte til at den gamle legeorganisasjonen, praksisen, ble utfordret og etter hvert kunne bli truet. Den forsøkte imidlertid å begrense farene forbundet med det å bli en del av en større organisasjon, altså farene for fremmedstyre. Den gjorde det delvis ved å sørge for at sykehusene ble organisert som én eller flere overlegepraksiser og delvis ved at så mye som mulig av praksisen kunne foregå på en praksispreget, altså uavhengig, måte. Det siste skjedde blant annet ved at ambulant praksis ble gjort privat. Denne ordningen ble i stor grad også den ordningen som ble tatt i bruk i det øvrige Norden og på Kontinentet, særlig i de tyske og tyskpåvirkede land. Her hadde organisasjoner og hierarki en viss status, og titelen overlege (*Oberarzt*) klang godt. I USA, og delvis i Storbritannia, var legene reddere for organisasjonen og valgte i stor grad å fortsette som private praktikere, men gjerne med "hospital privileges" (USA), slik at de kunne behandle sine pasienter også institusjonelt. De britiske overordnede sykehusleger ble "consultants".

Første avsnitt: Den klassiske, frie overlege

Dagens overlege er en funksjon av begge de to følger av kunnskapsrevolusjonen, altså spesialiseringen og institusjonaliseringen. Han eller hun er imidlertid ikke en umiddelbar følge av disse fenomener. De leger som først ble sykehusleger, ble snart kalt overleger. De bestyrte sykehuset eller sin avdeling, som en utvidet praksis. Men for så vidt som de ikke var alene, men også hadde leger under opplæring, samt pleiersker, var de også ledere av andre. Men de var overleger, ikke for eksempel avdelingsledere. De var først og fremst fagmenn, og ledet som sådanne. Fagligheten lå i det medisinske. Det som måtte fordres av ren ledelsesinnsikt, var et spørsmål om praktisk skjønnsutøvelse. Indirekte kan man slik si at de ikke anerkjente eksistensen av, eller muligheten for, en teoretisk basert ledelse.

Etter hvert som der ble flere avdelinger kom legene sammen og ledet hele sykehuset som et kollegium. Kollegiets formann, gjerne kirurgen, ble etter hvert en administrerende overlege. Han var primært en *primus inter pares*. Han

kunne ikke utøve ledelse over noen av sine kolleger; dertil var han jo, på deres områder, mer ukyndig enn dem. Han trengte imidlertid en viss merkantil bistand, og fikk det av en person som ble kalt administrator, økonom og etter hvert særlig forvalter.

Det sykehuset er det "klassiske" overlegesykehuset. Den første overlegen er den fremste spesialist på sitt felt ved det sykehus han arbeider. Ingen andre leger kan være overleger; de er på vei til å bli det, men er det altså ikke ennå. De er under opplæring og til hjelp for overlegen. De er kandidater og, nettopp, reserveleger.

Etter Den annen verdenskrig skjøt spesialiseringen og teknologiutviklingen fart, og de gamle, stort sett tredelte sykehus, ble i stigende grad erstattet av stadig større sykehus, sentralsykehus og siden regionsykehus. For så vidt som "overlegepraksisene" skulle reflektere hver sin spesialitet, og det skulle de, hvis hver av dem skulle kunne ledes av én lege-spesialist, måtte praksisene, altså avdelingene, bli stadig flere. Det ble de også, gjennom 1970-årene og inn i 1980-årene. Men denne, medisinsk og teknologisk drevne, utviklingen, utsatte det gamle "medikratiske" system i sykehusene for et stort press. Da avdelingene var forholdsvis autonome, kunne samarbeid mellom avdelingene ordnes på grunnlag av tradisjoner og løpende tilpasning, altså nokså enkelt. Når de nå ble mange og mer gjensidig avhengige av hverandre, ble samordningen og samarbeidet en stor utfordring, en utfordring som ikke alltid kunne håndteres praktisk, men krevde en mer profesjonell, altså mer teoribasert, samordning: Den krevde profesjonell ledelse. De gamle administrerende overleger var ikke opplært til å stå for slik ledelse, og selv om de brukte stadig mer av sin tid på ledelse, ble det ikke spesielt profesjonelt. Dertil kom at det i stigende grad fjernet dem fra klinikken og deres fag. Det var frustrerende nok. Det gjorde det enda verre at denne fagfremmedgjørelse også svekket deres autoritet blant dem som identitets- og statusmessig betydde mest for dem, deres (over)legekolleger. Samordningsproblemene ble større ikke bare fordi spesialitetene og avdelingene ble flere og ble mer gjensidig avhengige av hverandre, men også fordi de gamle autonomiholdninger fulgte med inn i den tiltagende spesialiseringen. De mer spesialiserte overlegene var ikke mer tilpasningsorientert enn de gamle, men nå krevdes det en større grad av tilpasningsevne og -vilje. For mange (for)ble samordning et spørsmål om de andres tilpasning til dem.

Avdelingsspesialiseringen ble stor sett hengende litt etter fagspesialiseringen. Det førte til at der ble ansatt stadig flere leger på avdelingene, leger som egentlig burde vært overleger (i egne avdelinger), men altså ikke ble det. Dette gjorde at også de vanlige overleger fikk en del av de samordningsproblemer de administrerende overleger fikk, men særlig at de fikk almene autoritetsproblemer overfor en økende andel av sine underordnede leger: de stod egentlig faglig ved siden av, istedenfor over, stadig flere av dem. De som ikke "slapp



til", begynte nå, fra 1960- og 1970-årene av, å bli mer utålmodige. I noen grad "lærte" de av dem som ikke var kommet så langt, de underordnede leger. De hadde, som utdannelseskandidater – og en slags "preprofesjonelle", vært nok så mye overlatt til overlegenes forgodtbefinnende. Allerede rett etter krigen gjorde de "opprør", og sa at de i grunnen heller ville være arbeidstagere enn preprofesjonelle. Nå, et par tiår senere, var deres eldre kolleger, i noen grad åpne for det samme. De ville ikke forbli "preprofesjonelle"; arbeidstagerstatusen var da kanskje å foretrekke. Gradvis hadde de for så vidt også allerede latt normalansettelsesvilkårene ender status fra å være legeföreningsdiktat til å bli forhandlingsgjensstand.³

Legene, det vil si overlegene, var ikke istand til selv å løse samordningsproblemene. De ble det også mindre og mindre. Det gjorde at arbeidsgiverne etter hvert, skjønt lenge forsiktig og nølende, begynte å gå inn i lederrollen, det vil si, de begynte å skape nye, "sekulære" lederroller i sykehusene. Det henger imidlertid ikke alene sammen med det behov for å skape en sentrifugal kraft som den medisinske "sentrifugale" utvikling skapte. Det henger også sammen med en annen virkning av den medisinsk-teknologiske tilbudsutvikling: De nye tilbud drev opp prisen på sykehusene. De drev dem så raskt opp at det skapte betydelig bekymring, en bekymring som ble uttalt fra 1970-årene av, ja, særlig fra høsten 1973, da Yom Kippur-krigen førte til de første "oljesjokk" og disse igjen skapte økonomisk krise i Vesten. Heller enn å la pasientene ta (noe av) ansvaret for omkostningsøkningen, valgte de norske, som alle andre vestlige myndigheter, kontinentaleuropeiske sykekasser og amerikanske forsikringselskaper og sykehuseiere, å lansere effektiviseringsprogrammer, eller, integrerte samordnings- og effektiviseringsprogrammer.⁴

Fra gammelt av hadde myndighetene, dog ofte noe nølende, i Norge som i de fleste andre vestlige land – USA er den store unntagelsen – gjennom lovgivning og andre offentlige tiltak beskyttet medisinenes kontroll over klinikken, eller om man vil, medisinenes rolle som autonom yrkesstand. Da medisinen trengte sykehusene som behandlingssteder, godtok myndighetene at de ble medikratisk organisert. Da myndighetene innførte sykeforsikring, i Norge fra

1909 (i kraft fra 1911), i de fleste andre vestlige land (bortsett fra USA) mellom 1883 (Tyskland) og Den første verdenskrig, gikk de med på, eller sørget de for, at ordningene ble medikratisk akseptable, altså at ordningene ikke skulle brukes til å styre legene. Nå, i 1970-årene, begynte denne holdningen å endre seg. Fra å ha vært medikratibeskyttende, ble den nå medikratiutfordrende. Statene og klinikkeierne, altså betalerne, også de private amerikanske, inntok nå mer og mer rollen som virkelig overordnede og styrende instanser. De "sosialiserte", kan man nesten si, den overordnede styring, og gjennom en stadig mer nærgående, ovenfrautløst ledelse, ble også de gamle medikrater, overlegene, gjort til arbeidstagere. Vi kan føye til at de leger som fortsatt arbeidet ved praksiser enten ble gjort til arbeidstagere de også, nemlig noen almenleger, eller de ble gjort til forholdsvis nært styrte kontraktører, altså semiarbeidstagere.⁵

Annet avsnitt: overlegen som arbeidstager

Strukturelt viser det nye styret seg slik, sett ovenfra: Helsedepartementet og Helsedirektøren, som, med utgangspunkt i Sykehuskontoret og dets overlege, og via fylkeslegene, i viktige henseender hadde styrt sykehusene, gjennom deres (administrerende) overleger og uansett hvem deres eiere formelt var, hadde gjort det på en *støttende* måte, ble nå plassert utenfor styringslinjen og nok så vingestekket. Styringslinjen gikk fra Sosialdepartementets helseavdeling til sykehuseierne. Fra 1970, og spesielt fra 1976, var sykehuseierne først og fremst fylkeskommunene.⁶ Derfra gikk den nå videre, via en fylkeshelsesjef (eller lignende) til de nye, fylkeskommuneutnevnte sykehuslederne. Disse siste kom i løpet av 1970-årene til å bli sykehusdirektører. Typisk nok var det ikke de gamle administrerende overleger som nå fikk ny tittel og en mer iverksettende rolle. Det var de gamle forvaltere, eller økonomisjefer, som nå (stort sett) ble direktører: Tjenerrollen ble gjort om til herrerolle. De gamle herrers fremste herre, den administrerende overlege, ble satt på sidelinjen og kalt sjeflege. Han, eller hun, forsvant med sykehusreformen i 2001-02. Videre nedover ble nå den gamle overlegen etter hvert kalt avdelingsoverlege. Han eller hun skulle heretter rapportere oppover til direktøren, en "sekulær" leder, ikke lenger til støttende fagkolleger, som fylkeslegen, syke-

huskontoroverlegen og Helsedirektøren. Han eller hun skulle dermed også lojalt sette ut i livet direktiver som kom gjennom den nye, sekulære linjen ovenfra.

Men skulle avdelingsoverlegen spille en slik rolle, måtte han eller hun gjøres til en ren arbeidstager. Det måtte for så vidt også den voksende gruppen av ferdige spesialister på nivå nr. to innen avdelingene, altså avdelingslegene, spesiallegene og de assisterende overleger (som noen nå ble benevnt). Det innebar at de måtte miste adgangen til vanlig privat praksis på sykehuset, altså privat poliklinisk praksis, og at de måtte få fast arbeidstid og ellers avtaler som regulerte vaktpraksis, overtidsarbeid etc. Normalansettelsesvilkårene måtte erstattes av tariffavtaler.⁷ Alt dette skjedde i løpet av årene 1978 til 1981. At de yngre leger i 1977 hadde "solgt" den private polikliniske praksis gjennom den såkalte "portøravtale", skapte noe av grunnlaget for å gjøre også de overordnede leger til arbeidstagere.⁸ Noen år senere, i 1986, fikk alle spesiallegene den noe misvisende, men attraktive, tittelen overlege.⁹ Den gamle overlegen, altså han eller hun som nå ble kalt avdelingsoverlege, ble dermed hengende litt imellom nivåene. Vedkommende var i praksis i stor grad en overlege, som de nye overlegene, men var også i noen grad en formell leder for disse. Det siste var han eller hun imidlertid i praksis først og fremst hva angikk ressursbruken, det "administrative" ellers, samt personalforvaltningen. Avdelingsoverlegen ble altså delvis en legelig leder og delvis en byråkratisk leder; sykehusene fikk en en todelt ledelse gjennom den samme person.¹⁰

I løpet av 1980-årene kom altså den nye overlegerollen i norske sykehus, en rolle som var preget av at innehaverne ble stadig mer spesialisert, kunne praktisere selvstendig innen sitt speciale, men ikke hadde noe formelt lederansvar. De hadde en uformell plikt til å lede horisontalt, altså gjennom samordning til siden, men i stigende grad skulle samordningsansvaret legges til nivået over: De nye overlegene skulle ledes mer. De skulle være mindre autonome, og mindre ledelsesutøvende, enn de gamle overleger hadde vært. Ledelsesoppgaven, inkludert samordningsoppgaven, ble i større grad flyttet opp til nivået, eller nivåene, over overlegene. Det skjedde formelt gjennom stortingsanmodningen i november 1995 om at der skulle innføres enhetlig, i praksis énpersonlig og kombinert klinisk og økonomisk, ledelse,¹¹ gjennom NOU 1997: 2, "Pasienten først!" og gjennom Spesialisthelsetjenesteloven av 1999 (§3-9) (med forskrifter). Bestemmelsene var ikke tydelige, men representerte prinsippet om at ledelse, inkludert samordning, skulle sees på som en, allfall delvis, selvstendig profesjonell oppgave.

Funksjonelt viser det nye styret og den nye ledelsen seg ved at en privat-industriell filosofi i stigende grad legges til grunn for innholdet i styret og ledelsen. På den ene siden blir ledelsen mer mål- eller resultatorientert og på den annen side blir den mer prosessprogrammerende. Målstyringen, som erstatter den implisitte og tradisjonelt medikratiske

verdistyringen, gir, isolert sett, klinikkens kvinner og menn en viss frihet til å bestemme hvordan målene best kan nås. Jo mer den kombineres med prosessstyring, jo mindre blir denne praktisk baserte, og tradisjonelle, friheten, og jo mer blir klinikerne rene iverksettere. Til å begynne med, altså fra 1970-årene av, og gjennom mesteparten av 1980-årene, var innholdsstyringen lite utviklet. Målene var grove volummål (antall behandlede, ventetider etc.), grove effektivitetsmål og generelle omkostningsmål (budsjettresultater). Prosessstyringen var vagt makropreget: Etter industriell tankegang ble ideen om stordriftsfordeler, og indirekte om standardisering, lagt til grunn. Sykehusutbyggingsplanen av 1975, planen som munnet ut i forslaget om å fordele de kliniske oppgaver etter prinsippet om Laveste Effektive OmsorgsNivå (LEON), var preget av denne ideen.¹²

Dette nye styret, det privat-industrielle styre, var et styre som nå kom "overalt" i Vesten, og som gjaldt mesteparten av offentlig virksomhet. Der ble talt om en Ny offentlig ledelse ("New Public Management"). Styret ble "teknisk" særlig utviklet i Storbritannia og USA, og ble utviklet i to versjoner, en høyreliberal og en venstreliberal. Etter den høyreliberale versjon skulle målstyringen dominere og lederne ha stor frihet hva angikk prosesser. For å sikre den utøvende frihet ble det anbefalt å fristille og, helst, helfristille (privatisere), de utøvende institusjoner. Etter den venstreliberale versjon skulle den øverste ledelse, i siste instans eierne (politikkerne), stå for målbestemmelsene og ellers først og fremst styre prosessprogrammerende. Slik ledelse ville derfor, i prinsippet, bli mer nærstyrende enn den høyreliberale. Ja, den hadde nesten noe sosialistisk planstyrende over seg. I USA, under Ronald Reagan (1911-2004), og i Storbritannia, under Margaret Thatcher (f. 1925), kom den høyreliberale tenkningen til å dominere. Den fikk også en viss tilslutning i Europa ellers, blant annet i Sverige (interne markeder), men også i Norge: På de mer næringsindustrielle områder ble fristillelse og til dels privatisering stikkord for politikken, delvis til regjeringen Willoch (1981-86), men særlig for regjeringene Brundtland II (1986-89), Syse (1989-90) og Brundtland III (1990-96). Innslag av denne høyreliberale tenkning kom etter hvert også til å prege sykehuspolitikken. Det begynte for alvor da Gudmund Hernes (f. 1941) sent på året 1995 ble helseminister, og begynte arbeidet med å bedriftsliggjøre, og fristille, sykehusene (dog i første omgang under fylkeskommunene). Denne utviklingen nådde et slags høydepunkt under regjeringen Stoltenberg I (2000-2001), som, med Tore Tønne (1948-2002) som helseminister, fikk gjort sykehusene om til halvt fristilte helseforetagender. Men allerede i 1980-årene fikk den venstreliberale tenkningen innpass, for så vidt på et vis også i USA. Selv de private sykehusene tydde i økende grad til prosessorientert styring innad. Den ble, karakteristisk nok, omtalt som "managed care", styrt omsorg – og ble snart sterkt mislikt av store deler av legemiljøet.¹³ Det samme skjedde i Storbritannia, hvor

I hine hårde



Tegner: Tore Strand Olsen

Thatcher-regjeringen innførte mer prosessorienterte ledelsesteknikker i NHS-sykehusene (Griffiths-rapporten 1983).¹⁴

Selv om målstyringen er beholdt, er det i stigende grad prosesstyringen som preger sykehusene, i de fleste vestlige land. Minst preger den sykehusene i de tysk-influerte landene på Kontinentet (de såkalte Bismarck-landene). Prosesstyringen ble forsterket i løpet av 1990-årene. Det henger også sammen med medisinen egen utvikling. Det startet med fremveksten av den selvkritiske helsetjenesteforskningen i 1960-, men særlig 1970-årene, altså de år da så mange grunnleggende endringsprosesser kom i gang, nesten globalt. Det skjedde ved at folkehelsefolkene, medisinen tidligere perifere menn og kvinner, tok med seg sine metoder, de epidemiologisk-biostatistiske, og begynte å anvende dem på den kliniske adferd. Også mange klinikere har fra gammelt av tenkt statistisk, eller komparativt.¹⁵ Etter at de moderne hospitaler begynte å vokse frem ved overgangen fra det 18. til det 19. århundre, fikk den statistisk baserte, kliniske forskningen et voksende omfang. Men med fremveksten av den kliniske epidemiologi, og de randomiserte kliniske forsøk, ble denne utviklingen dominerende. Denne forskningen kombinerte det resultatorienterte (den var "outcomes-oriented"), og prosessorienterte (den var prosedyreorientert).

Den nye helsetjenesteforskningen førte til at det ble stilt spørsmål ved nytten av mye medisinsk behandling, ja, endog ved omfanget av nytten av den medisinske virksomhet generelt.¹⁶ Den viste også at der var store variasjoner i måten leger behandlet "like" tilstander på.¹⁷ Medisinen gav slik selv nyttige, men "skumle", data til dem som nå skulle drive både målstyring og prosesstyring av klinikken.

Denne "nye" forskningen bidro til å endre medisinen, til å gjøre den enda mer teoriorientert, særlig i betydningen statistikkorientert, og til å svekke troen på praktisk læring, og på det venererte, erfaringsbaserte kliniske skjønn.¹⁸ Legen ble slik gjort mindre til et individ og en personlighet og i stigende grad lært opp til å oppføre seg som den statistisk dokumenterte teorien foreskrev. Den mindre systematisk erfaringsbaserte eminensmedisinen ble gradvis erstattet av den mer systematisk erfaringsbaserte evidensmedisinen.

Som dominerende selvforståelse slo denne form for medisin igjennom i løpet av 1990-årene; starten kom tidlig i 1990-årene.¹⁹ Den bidro til gjøre legene langt mer mottagelige for den kvalitetsbølge som fra 1880-årene av slo innover klinikken, fra industrien,²⁰ og gjorde at industrielle mål- og prosesstyringsteknikker som total kvalitetsledelse,²¹ balansert score-kort-styring,²² "business process reengineering",²³ "Just in time"-ledelse,²⁴ forsyningskjedeledelse²⁵ og "mager" ledelse ("Lean")²⁶ ble tatt imot med en viss forståelse. Sykehusene, og sykehustenkerne, har etter hvert også bidratt med egne styringsteknikker, altså teknikker som ikke bare representerer tilpasninger av de alment industrielle. DRG (DiagnoseRelaterte Grupper) er ett uttrykk for dette. Den er en styringsform, utviklet av sykepleieren m.m. John D. Thompson (1917-1992) og administrasjonsviteren Robert B. Fetter (f. 1924), begge ved Yale University, som nesten kombinerer det målorienterte, det gjelder pengeelementet (incentiv), og (delvis) det prosessorienterte, det gjelder aktivitetselementet.²⁷ En mer almen "helseledelsesteknikk" er den britiske "clinical governance", som kom da de såkalte "hospital trusts" (de delvis fristilte sykehusene) i 1999 også ble ansvarlige for kvaliteten av tjenestene, ikke bare for ressursbruken.²⁸ Teknikken er for så vidt også en del av utviklingen mot integrert og profesjonalisert ledelse.

Det nye styret, eller forsøket på, gjennom profesjonalisert ledelse, å gjøre blant annet legene til lydige, velkoordinerte og effektive "produsenter", kom ikke over natten. Fortiden, den gamle, gjennommedikratiserte kultur fortsatte å virke, og gjør det stadig. De nye norske sykehusdirektørene ble langt fra reelle direktører. Mange forble lenge halvt impotente "administrative" ledere. Overlegene kunne samtidig fortsette som nesten gammeldagse overleger. I noen grad skyldtes det også at sykehusdirektørenes endelige overordnede, de fylkeskommunale organer, var splidaktige. Ofte kunne grupper i fylkestingene alliere seg med leger, og gjerne også høytstående pasientgrupper og lokalsamfunn, mot den fjernere "fiende", den "knuslete" stat, og vinne frem. Den ledelsesprofesjonalisering som kom fra midt i 1990-årene, og den sykehusnasjonalisering og fristillelse som kom i 2001-02, kan sees på som forsøk på å redusere



Foto: Fra Svein Carstens

sannsynligheten for en uhellig allianse av lokalmotiverte politikere og leger, andre helsefagfolk og pasientgrupper. Disse reformene fikk også en virkning. De bidro til å styrke lederne og til å gi klinikkens industrialisering mer trykk. Styrkelsen startet på toppen og har siden forplantet seg nedover. Det er blitt langt vanskeligere for mellomlederne (og nå på flere nivåer: klinikk eller lignende, avdeling, og til dels seksjon eller enhet) å fungere som interessenter oppover. Nå skal de gjennomføre politikken nedover og gjennom det disiplinere klinikkens kvinner og menn. Det er et talende uttrykk for utviklingen at svært mange legelige mellomledere og også mange av de "vanlige" overleger nå er blitt langt mer dosile enn de var, endog i de sykehus hvor det inntil forholdsvis nylig var en særlig stor andel svært lite underdanige leger, de akademiske Oslo-sykehusene. Vi ser det i forbindelse med samlingen av de offentlige sykehus i hovedstaden.

Det går altså i en bestemt retning, men ikke raskt. Og fortsatt lever fortiden i sykehusene. Den gjør det spesielt som kultur, men den gjør det også på mer formelle måter. Selv om det fra slutten av 1990-årene ble innført enhetlig ledelse på alle "egentlige" nivåer i norske sykehus, fortsatte fagstyret, eller snarere de parallelle fagstyrer som hadde utviklet seg fra 1980-årene av, det legelige og det pleiemessige, i stor grad å spille en tydelig rolle, særlig på de kliniske nivåer. Det kom til uttrykk ved at det på mange finurlige måter ble laget egne lege- og sykepleieenheter, men også ved at mange økonomisk-administrative oppgaver ble tatt ut av de klinikk-nære nivåer og i større eller mindre grad sentralisert. Det siste førte til en saklig, om ikke en personlig, todeling av ledelsen. Men også "urfagstyret" fikk på ulike vis leve videre, blant annet ved at det i Spesialisthelsetjeneloven (§ 3-9) kom til å hete at hvis den "enhetlige" leder ikke var lege, og hensynet til forsvarlighet krever det, kan det (altså skal det) utpekes en "medisinskfaglig rådgiver". I den samme loven står det også (§ 3-7) at det kan gies bestemmelser om at det skal være en pasientansvarlig lege, altså en lege som har et slags samordningsansvar for den enkelte pasient. Det føyes dog til at andre grupper kan få sin egen pasientansvarlige person. Ellers fremgår det av Helsepersonelloven at legen, altså overlegen, i noen henseender vil ha en spesiell posisjon, altså en videre klinisk beslutningsmyndighet enn medlemmer av andre grupper. Den felles helsepersonelloven var i noen grad et uttrykk for et ønske om å fjerne legenes særstilling, men helt ble den altså ikke fjernet. Samtidig var lovens bestemmelser om alle helsetjenesteyteres personlige ansvar, et uttrykk for at ledelsesprofesjonaliseringen og linjens forrang ikke helt hadde fjernet profesjonstenkningen. Ja, Helsepersonelloven innebar at et element av todelt, eller flerdelt, styring og ledelse i noen henseender ble beholdt: Loven gav helsepersonell rett til å "sette ned foten" (når forsvarlighet var truet). Ellers kan man si det er et uttrykk for at fortiden fortsatt gjør seg gjeldende, at "gamle" fagtitler,

blant annet titelen avdelingsoverlege, en del steder er beholdt, og at legene, veksten i legeantallet til tross, har beholdt et forholdsvis høyt lønnsnivå.

Tredje avsnitt:

Fra arbeidstageroverlege til klinikkarbeider?

Hvis vi forutsetter at utviklingen mot mer styrt omsorg fortsetter, og at denne styringen baseres på en industriell forståelse av klinisk praksis, kan vi få se at også den overlegerolle vi nå har, rollen som arbeidstageroverlege, vil forvitte. Dagens overlegerolle blir i så fall en overgangsrolle mellom den opprinnelige, ekte medikratiske, overlegerollen og en slags klinikkarbeiderrolle. Her er det ikke plass til mer enn å antyde hvordan dette kan skje.

Mye av utgangspunktet er det kunnskapsutviklingen gjør med legearbeidet. Grunnlaget for den gamle legeautonomi var at leger flest så på kunnskapen på en almen måte. Det innebar at praksis krevde oversikt over og innsikt i "alt". Leger måtte etter hvert spesialisere seg, men de skulle først få den helhetlige oversikt. De skulle være almene medisinere før de, i tillegg, ble spesialister. Selv om de ble spesialister skulle almenkunnskapen fortsette å spille en rolle. Dette innebar at spesialkunnskapen ikke kunne bli helt spesiell, og for eksempel konkretiseres som helt standardiserte prosedyrer. Der kom selvsagt etter hvert prosedyrer, endog stadig mer spesifiserte prosedyrer. De skulle allikevel anvendes med skjønn; legen måtte bruke dem også på grunnlag av en mer almen, ikkestandardisert, vurdering. Til sammen innebar dette at klinisk praksis ikke kunne reduseres til noe rent teknisk. Men mer kom til, som også bidro til å sikre legeautonomien. Selv om teorien etter hvert nærmet seg praksis, og i økende grad kom til å erobre den, var det slik at praksis ikke bare var et spørsmål om en mekanisk utførelse av prosedyrer. De praktiske ferdigheter ble tilegnet, og personliggjort, gjennom refleksiv praksis, ikke bare gjennom mekanisk trening. Den gode kliniker var en som behersket ferdighetene som en kunstner. Evnen til å "treffe", til å få det til, krevde lang tids øvelse og erfaring, og alle utviklet ikke i samme grad den samme "teft". Peter F. Hjort (1924-2011) pleide å si, som den gamle "gammeldagse" indremedisiner han også var, at noen leger har "grepet", mens andre aldri helt får det. Hjort hadde det. Han krydret stadig sine emnente foredrag med eksempler som "satt", og som viste at han hadde grepet, både som lege og som formidler. Hans eksempler viste også at det å lykkes praktisk ofte også var et spørsmål om å treffe pasienten i et partnerskap. Prosedyrene kan derfor ikke bare, ikke engang i teorien, utledes fra teorien: De må delvis formes gjennom refleksiv, og ofte interaktiv, praksis. Misjonslegen Albert Schweitzer (1875-1965) understreket dette poenget da han engang bemerket overfor noen nordvestlige besøkende ved hans afrikanske klinikk, at skal legen, eller for den saks skyld heksedoktoren, lykkes må han få frem legen i pasienten, den sterke i den svake.²⁹ Han

må, som de "gamle" sa, mobilisere *vis medicatrix naturae*. Sir William Osler (1849-1919), kanskje den engelsktalende medisins mest respekterte lege for et droyt sekel siden, moret seg i en artikkel han skrev i 1910, "The Faith that Heals", med å erklære: "Our results at Johns Hopkins Hospital were most gratifying. Faith in *Saint Johns Hopkins*, as we used to call him, an atmosphere of optimism, and cheerful nurses, worked just the same sort of cures as did Aesculapius at Epidaurus".³⁰

Det var altså dette, det å bruke hele lærdommen, og det praktisk å "skreddersy", og mobilisere (pasienten) som gjorde at legen måtte ha en betydelig grad av frihet i praktiseringen, og i noen grad også i styringen, av sin profesjon. Det var dette "kunstneriske" element, mer enn vitenskapen som sådan, altså som teori og prosedyrer, som legitimerte legens frihetskrav. Det er vitenskapens nyere utvikling som truer dette element, og dermed legens frihet. Kunnskapen konkretiseres stadig mer og blir, som teori, mer og mer praksisstyrende. Praksis brytes opp i stadig flere, og stadig mer spesifikke, forutsetningsspesifiserte, prosedyrer. Prosedyreutviklingen baseres ikke, som den inntil begynnelsen av 1990-årene gjorde, på konsensus blant klinikere, men på statistisk baserte undersøkelser utført av forskere og kunnskapsoppsummerere, altså teoretikere, som i stigende grad har spesialisert seg som sådanne, altså som har forlatt klinikken. Prosedyrene formuleres, forvaltes og formidles også på en stadig mer kontekstkontrollert måte: Klinikkerne trenger dermed ikke benytte så meget generell kunnskap, altså utøve teoretisk skjønn. Ferdighetsutviklingen krever nok stadig praktisk-personlig trening, men innslaget av refleksiv praksis snevres inn. Kunsten, og den personliggjorte, men også delvis personlige, kunnskap, skal ut. Den fremstår mer og mer som idiosynkratisk.

Utviklingen i standardiserende retning har vært voldsom siden slutten av 1980-årene, og særlig siden etableringen av den såkalte evidensbaserte medisin i begynnelsen av 1990-årene. Vi taler om en tung, det vil si stadig mer institusjonalisert, tendens. Den oppstod i Canada og Storbritannia, men har siden spredt seg raskt, først til resten av den engelsktalende verden, til Norden og til dels til Frankrike. Den ble til å begynne med møtt med noe større grad av nølen i de land der den korporative og medikratiske ordningen av klinikken tradisjonelt har stått sterkest, altså i de tysktalende land, Sveits medregnet, og i Benelux-landene, men også her faller etter hvert motstanden. "Teoribølgen", eller prosedyrebølgen, er iferd med å bli global.

Som vi har påpekt har de stadig mer offensivt styrende organer, de nordvesteuropiske stater, de canadiske provinser, i noen henseender de offentlige amerikanske klinikkbetalere (for Medicare og Medicaid) og de private amerikanske klinikkeiere, tatt imot den nye, standardiserte medisinen med åpne armer. Den gir et langt bedre, både faglig legitimt og praktisk mulig, grunnlag for å nærstyre medisinen. Utvik-



lingen av informasjonsteknologien bidrar på avgjørende måter til at dette nærstyre lar seg sette ut i livet: Denne teknologi gjør en kontinuerlig overvåkning av, og dermed kontroll med, ikke bare pasientene, men også legene, mulig. Trykket for å føye seg blir slik stort. Fristelsen til å utøve skjønn, altså utfordre standarder, synker: Den som føyer seg kan ikke "taes", selv om det går galt, mens den som utøver skjønn blir personlig ansvarlig, hvis det går galt. Det nye regime skaper altså mer defensive leger, eller man vil, mer underdanige leger. Det var i sin tid, altså for ca. halvannet sekel siden, at mange av de tidligere frie og stolte håndverkere ble gjort til styrte proletarer. Det er ikke uten grunn at der innen profesjonssosiologien en tid har vært tale om en slags proletarisering av legeyrket, særlig spesiallegeyrket.³¹

I en kommentar uttaler en tidligere britisk fengselslege og psykiater, Anthony Daniels (f. 1949) seg på denne måten om utviklingen:

"Junior doctors, and increasingly senior doctors also, are now shift workers. Of course, this has meant that there is no continuity of care, or very little, in our hospitals: but there is no better way to ensure that young doctors do not believe themselves to be members of a profession with a glorious tradition than to turn them into clock-watchers, and the patients into parcels to be handed on to the next person once the music stops. Doctors are now in essence production line workers, no different from people who work in car factories".³²

Så langt har industrialiseringen av medisinen i første rekke gitt seg utslag i standardisering av praksis gjennom prosedyreutvikling. Nå ser vi at neste skritt taes: Virkningsfull praksis er jo ikke bare et spørsmål om hvordan hver og en i den ofte lange kliniske "kjeden" oppfører seg, men også om hvordan kjeden som sådan fungerer, altså hvor faglig godt, og ressursmessig effektivt, hver og én oppfører seg, og hvor godt integrert alles aktivitet er. Vi er forsåvidt derfor allerede litt inne i neste fase av industrialiseringen. I Norge tales det om behandlingsforløp. På engelsk ble det først talt om "clinical pathways", men nå tales det heller, og mer ambisi-

øst, om "integrated care pathways".³³ Først var det tale om å skape slike innad på sykehusene. Nå tales det mer om et forløp som gjelder på tvers av behandlingsinstanser, og der pasientene og deres pårørende inngår. Vi ser en parallell til industrien: I de integrerte fabrikkene ble samordningen ordnet gjennom samlebandet. Med dagens mer "virtuelle" organisasjoner må man tale om forsyningskjeder, altså kjeder som går på tvers av mange produsenter og helt frem til kunden. Denne utviklingen er fortsatt i sin vorden, men tendensen er ikke til å ta feil av. Den vil vesentlig forsterke styringen av klinikerne, i prinsippet for såvidt også pasientene: Vi aner konturene av "livsledelsen", eller "the management of lives", en vidtdreven medikalisering, for å bruke Ivan Illich uttrykk.

I en kronikk i Aftenposten i februar (2011) pekte Per Fugelli på at han, som pasient, erfarte at "kjeden" ikke fungerte for ham.³⁴ Han etterlyste ikke en mer teknisk preget forsyningskjedeledelse, men en gammel-kunstnerisk, personlig legeledelse. Men det han etterlyste er hverken det arbeidsgiverne egentlig tilstreber, eller, for den saks skyld, leger lenger føler seg tiltrukket av.

Den utvikling vi er inne i, "overalt", er altså en utvikling som vil forsterke overlegenes rolle som spesialiserte arbeidstagere. Titelen overlege vil bli tiltagende misvisende. En bedre tittel hadde allerede nå vært spesiallege. Men den kan også bli avlegs før den blir innført. Den kunnskapsutvikling vi ovenfor har beskrevet svekker argumentasjonen for at spesiallegeutdannelsen skal komme på toppen av almenlegeutdannelsen. Det blir mer og mer naturlig å starte den første spesialiseringen allerede i grunnutdannelsen, for eksempel midt i den. Siden kan den så starte med én gang, og samtidig forkortes – også i forhold til dagens almenutdanning. I dette perspektiv er den nært forestående fjernelse av den almen-dannende turnustjenesten bare et lite skritt på veien mot legerkretsens oppdeling. Innsnevringen av spesialitetsutdannelsene, som da ortopedien ble en "ren" spesialitet (og ble løst fra generell kirurgi), er lignende, små skritt.

Da den vanlige industrialiseringen kom i gang, ble treningen, eller programmeringen, av arbeiderne redusert drastisk sammenlignet med opplæringstiden for håndverkere. Man har lenge sagt og trodd at kunnskapsbasert praksis krevde lang utdanning og stor frihet i yrkesutøvelsen. Det er ikke uten videre slik: Industrien er en funksjon av teoretisk kunnskap, og arbeideren er et typisk eksempel på en kunnskapsarbeider, eller kunnskapsanvender. Spesiallegen kan derfor godt etter hvert bli en klinikkarbeider.

Kunnskapsutviklingen kan altså gjøre det mulig ikke bare å få spesialleger ut i praksis langt tidligere, og billigere, men altså også å bryte opp legerkretsen som et iallfall delvis integrert yrke. Men i den grad det skjer, og legene sendes "nedover", vil de også kunne møtes av andre, på vei "oppover", nemlig teknisk-medisinsk arbeidende sykepleiere, bioingeniører, radiografer etc. Den utviklingen har for såvidt lenge vært i

gang, også i Norge. I den engelsktalende verden blir denne utviklingen nå fremmet på en stadig mer bestemt måte; der tales om "jobbglidning". Det går raskere å få sykepleiere "opp" enn leger "ned". Det er også økonomisk mer fristende: Dyre mennesker erstattes av billigere mennesker. Samtidig vil konkurransen drive de dyres pris nedover. I denne sammenheng vil den aktuelle, meget raske, vekst i legebefolkningen i stadig flere land, spille en rolle, en prisnedsettende rolle.

Denne utviklingen innebærer ikke bare at overlegen blir en slags klinikkarbeider, men også at skillet mellom denne legen, på vei "nedover", og "klinikkteknikerne", på vei "oppover" blir mer og mer utydelig. Den amerikanske psykiateren Jerrold Maxmen (1942-1992) så allerede i 1976 for seg at legen ville forsvinne i løpet av 2020-årene og bli erstattet av det vi har kalt klinikkarbeidere, men som han kalte "medics".³⁵

Etter den gamle medikratiske ordningen var det legene selv som definerte legerollene, den almene og de spesielle. De gjorde det gjennom fakulteter de dominerte og dominerer og de gjorde det gjennom sine foreninger. Dette året (2011) blir denne defineringsrollen, hva spesiallegerollene angår, helt overtatt av myndighetsorganer (Helsedirektoratet) i Norge. Dermed vil også myndighetene ha et godt utgangspunkt for etter hvert å begynne å se på rolleutformingen for spesialleger som et organisatorisk virkemiddel. De vil knapt kaste seg over oppgaven raskt, men vil etter hvert kunne gjøre det. I neste omgang kan turen komme til grunnutdannelsen. Det var slik de industrialiserende arbeidsgivere så på den arbeidskraft de trengte, instrumentelt, altså på samme måten som de så på maskinene: Om man skulle bruke mennesker eller maskiner til oppgaver var et kalkulasjonsspørsmål.

Dette perspektivet kan utvides. Ettersom den industrielle logikk i stigende grad innføres også innen de akademisk baserte tjenesteytende, administrerende og endog kunnskapsutviklende yrker, vil disse yrkene, på måter som ligner på den de vareskapende håndverksyrkene ble utsatt for, bli mer preget av utførelse og iverksettelse. De får et tydelig arbeidstagerpreg. Etter hvert vil stadig flere av dem også oppleve at en økende andel av oppgavene vil bli overført til maskiner og kunder (pasienter), gjerne sammen (som selvbetjening). Det er derfor den kjente amerikanske økonomen Paul Krugman (f. 1953) i en artikkel i *The New York Times* nylig (mars 2011) bemerket at "It's no longer true that having a college degree guarantees that you'll get a good job, and it's becoming less true with each passing decade".³⁶ Det som kan skje med ikke bare overlegen, men legen, er uttrykk for at den akademiske middelklasse er iferd med å komme på defensiven. Det spesielle med det er at det er den selv som sørger for at det går slik. Industrialiseringen av åndsarbeidet kommer innenfra, ikke utenfra, som den gjorde for (det skapende) kroppsarbeidet. Kunnskapsutviklerne, klinikkens

sivilingeniører, gjør, i samarbeid med de styrende instanser, ledende leger inkludert, klinikerne til klinikkarbeidere. Slik skapes der også spenninger mellom teoretikere og praktiskere innad i det som var en profesjon.

I dette perspektivet blir veksten i akademikerbefolkningen generelt, og legebefolkningen spesielt, alvorlig. I Norge var en halv promille av befolkningen leger i 1920. Andelen var steget til én promille i 1950 og til 3,4 promille i 2000; i det siste tilfelle gjelder tallet yrkesaktive leger som er 67 år eller mindre. Nå, i 1911, er legeandelen (yrkesaktive leger) 4,4 promille.³⁷ Ganske snart er altså en halv prosent av befolkningen yrkesaktive leger. Hvis utviklingen fortsetter som nå, skal den andelen i løpet av en droy generasjon tredobles. Slik vil det ikke gå, men når, eller hvis, den industrielle revolusjon for alvor slår inn i klinikken, vil nedturen for legene kunne bli dramatisk. Vi merker oss også at nedturen vil ramme spesiallegene, altså overlegene, først.

Vi har i det ovenstående forutsatt at klinikken vil bli mer og mer preget av den industrielle logikk. Den *må* ikke bli det, men over lang tid nå er den blitt det, og motkreftene er svake. Kreftene som arbeider for en fortsatt industrialisering er sterke og blir sterkere, ettersom klinikkens eiere og ledere på den ene siden, og klinikkens fagutviklere på den annen side, i stigende grad finner hverandre.

Mange vil påpeke at det er grenser for hvor langt det lar seg gjøre å industrialisere klinisk virksomhet, og derfor at de perspektiver vi har tegnet, er urealistiske. Det er også åpenbart at det er noe annet å standardisere og prosessorganisere undersøkelse og behandling av syke eller skadede mennesker enn å gjøre slikt med varefremstilling. Vi ser jo også at reparativ virksomhet på tekniske områder er langt mindre industrialisert enn nyproduktiv virksomhet. Dessuten, den sykdom og de skader mennesker utsettes for, er mer varierte enn de skader biler, husholdningsmaskiner og datamaskiner utsettes for. Ja, de menneskelige problemer kan i prinsippet sies som regel å ha noe enestående ved seg, både biologisk og psykologisk. De "industrielle" råd klinikerne får av kunnskapsutviklerne og -forvalterne er derfor også alltid basert på statistikk; de må, eller bør, altså anvendes med skjønn, eller "gammeldags" (tilnærming). Man kan også legge vekt på det forhold som kunstnerisk er så viktig, nemlig at legepasient-kontakt i noen grad er interaktiv: Industrialiseringen vil jo omdanne samarbeidende tjenesteytelse til utvendig produksjon. Mange pasienter, særlig selvbevisste sådanne, reagerer negativt på å bli behandlet slik, altså industrielt. De vil at legen skal se mer enn deres "standardiserte" lidelse, altså at denne lidelsen har rammet dem som reagerende og agerende personer. Vi kan endelig legge til at i et land med en liten og spredt befolkning, vil grunnlaget for å drive særlig industrielt være lite.

Jo lenger industrialiseringen drives, jo sterkere vil antagelig motforestillingerne mot sider ved den, bli. Men skal motforestillingerne bli mer enn det, må de omfatte konstruk-

tive alternativer, eller snarere tillegg, tillegg som peker i retning av en viss medisinsk nyprofesjonalisering.

Forutsetningen for at man kan få en slik betinget nyprofesjonalisering av medisinen er at det faglige grunnlag for skjønnsutøvelse i konkrete beslutnings- og handlungssituasjoner er til stede: Det er bare slik man kan legitimere at legen kan kreve å få, og kan gies, en viss grad av klinisk autonomi. I den grad legen får et slikt grunnlag for klinisk skjønnsutøvelse vil det også styrke hans eller hennes grunnlag for å spille en viktig rolle i den skjønnsutøvelse som legges til grunn når rammebetingelsene for hans eller hennes kliniske virksomhet bestemmes.

At skjønnsutøvelsen i noen grad bringes tilbake, eller føres videre, i klinikken, betyr også at medisinen rehabiliteres som kunst. Skal det skje kreves det at teorien også betoner det kontekstuelle eller systemiske: Jo mer man aksepterer at sykdom, og helseproblemer ellers, i noen grad må forståes også som systemiske problemer, og derfor må behandles som sådanne, jo mer må legen i sin praksis utøve skjønn. I prinsippet kan man tenke seg at et program tok "alle" hensyn, altså at der i de kliniske retningslinjer ble kontrollert for det meste, men i praksis virker det i dag urealistisk: Systemer er i sin natur åpne og dynamiske. Og noe er det i alle tilfeller vanskelig å ta hensyn til slik, nemlig legen og pasienten som "subjektive" personer, og som skapere av et "subjektivt" forhold. Den teoretiske forutsetningen for at kunsten skal få vekstvilkår, er altså at leger trenes opp til, og oppmuntres til, å resonnere kontekstualiserende. Det vil bidra til det at medisinen holdes samlet, gjerne også gjennom en felles praksis etter almenutdannelsen (turnustjeneste eller lignende), at spesialiseringen skjer innen en ramme som gjør at dens plass i helheten betones, at der i fagdiskusjonene på sykehus legges vekt på å se ting mer "på tvers" og at den integrerende medisinske tenkningen får større plass og høyere anseelse i den medisinske litteratur.

Skal medisinen rehabiliteres som kunst, krever det videre at praksis forstås som noe som også må utvikles gjennom refleksiv praksis, altså gjennom prøving og feiling det reflekteres over, og ikke bare som teknisk trening. Den store kunstneren behersker de standardiserte teknikkene, men så godt at han eller hun kan anvende dem på en naturlig, sikker og skreddersyende, altså "ekstrastandardisert", måte. Når man iakttar leger i praksis, eller blir "utsatt" for dem som pasienter, ser man som regel forholdsvis raskt at ikke alle har "grepet" i samme grad, selv om de kanskje teknisk "kan" like mye. I tabell 1 har vi, med utgangspunkt i teori- og praksisdimensjonene, skjematisk illustrert hva teknisk og industriell og kunstnerisk (og humanistisk) medisin går ut på.

Skal medisinen rehabiliteres som kunst, og profesjonen igjen bli mer av en profesjon, må altså disse kunstneriske elementer i den medisinske måte å tenke og handle på gies fornyet oppmerksomhet. Kanskje kan man si medisinen tar et lite skritt i denne retning når noen av de nye kunnskaps-

forvalterne vil bytte ut ”basert” med ”informert” i uttrykket ”evidensbasert medisin”? Men fortsatt ligger der antagelig en erkjennelsesteoretiske slagside i forståelsen av hva som gir evidens. Kanskje er det faktisk også en viss eminens, altså personlig dyktighet? Nå er ”eminens” rangert sist som evidensgrunnlag blant EBM-skaperne; den skal etter hvert erstattes av en mer virkelig evidens. David Sackett, en av skaperne av EBM-foretagendet, skriver imidlertid, sammen med fire andre, allerede i 1996:

”Good doctors use both individual clinical expertise and the best external evidence, and neither alone is enough. Without clinical expertise, practice risks becoming tyrannised by evidence, for even excellent external evidence may be inapplicable to or inappropriate for an individual patient. Without current best evidence, practice risks becoming rapidly out of date, to the detriment of patients”.³⁸

Tabell 1: En skjematisk karakteristikk av teknisk (industriell) og kunstnerisk medisin

		Teori	
		Spesialiserende	Generaliserende/ systemisk
Praksis	Rent teoretisk og eksplisitt	Teknisk/industriell medisin	Semiteknisk medisin
	Også erfaringsbasert, taus og personlig	Semikunstnerisk medisin	Kunstnerisk (humanistisk) medisin

Men skal ikke den “eksterne evidens” fortrenge den ”interne”, altså den individuelle kliniske ekspertise, må den få mer systematisk oppmerksomhet og forholdet mellom de to former for evidens må avklares.

Man kan si at utviklingen i industriell retning startet da spesiallegene begynte løsrivelsen fra den helt systemiske medisin, altså den almene. Mange av spesiallegenes alment orienterte kolleger var skeptiske, men hadde lite å stille opp med for å stanse den tunge utviklingen kunnskapsveksten skapte. Spesialistene kunne imidlertid berolige de urolige for så vidt som de tok med seg en god del av det kunstneriske inn i spesialmedisinen. De ble like meget medikrater som sine kolleger utenfor murene. Men gradvis har de gitt opp kunsten og blitt mer og mer lydige spesialister og arbeidstagere. Skal kunsten få en renessanse, og forsåvidt medisinen reddes fra oppløsning, kan det nok være at meget vil stå, eller falle, med spesiallegene, med dem vi ennå, om enn litt misvisende, omtaler som overleger.



FOTNOTER

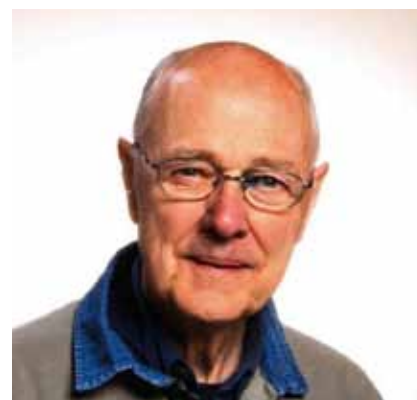
- 1 Jeg takker Jan Frich for verdifulle kommentarer til et tidligere utkast.
- 2 Kfr. Ole Berg, "Verdier og interesser – Den norske lægeforenings fremvekst og utvikling", i Øivind Larsen m.fl., *Legene og samfunnet*, Oslo: Den norske lægeforening, 1986, s. 242-243.
- 3 Normalansettelsesvilkårene var legenes egen (medikratiske) fastsettelse av på hvilke lønns- og arbeidsvilkår de skulle arbeide. Utviklingen mot at både disse og andre vilkår blir forhandlingsjenstand er grundig redegjort for i Maren Skaset, *I gode og onde dager... De norske legene og staten 1945-2000*, Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo (dr. avhandling), 2006, s. 80-90.
- 4 Kfr. Ole Berg, *Fra politikk til økonomikk*. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel, Oslo: Tidsskrift for Den norske lægeforening/skriftserie, 2005, del III.
- 5 De nynstitusjonalistiske organisasjonsteoretikere taler om at det medikratiske sykehus var preget av en "løs kobling", eller endog en "dekobling" mellom eiernivået og den utøvende klinikk. Vi har pekt på at det er litt misvisende: Den gamle styringen var støttende og tilretteleggende, ikke mer eller mindre "frakoblet". Under den nye styringen slutter den å være primært støttende og blir mer direkte-styrende.
- 6 Gjennom Sykehusloven (1970) fikk fylkeskommunene hovedansvaret for (de offentlige) sykehusene. Fra 1976 kom den nye fylkeskommunen, med egne direkte valgte politiske organer og egen administrasjon. Det gjorde at styringen av sykehusene ble mer nærgående.
- 7 Denne utviklingen påvirket også av en viktig ytre utvikling som for alvor kom i 1970-årene, kvinnes marsj ut i arbeidslivet og endringen av kjønnsrollene: Den nye arbeidstagerrollen passet bedre til den nye familiesituasjonen enn den gamle, "grenseløs" profesjonelle (over)legerollen.
- 8 Kfr. Skaset, op. cit., s. 181-183 og 267-269.
- 9 Lægeforeningen og Yngre Legers forening inngikk senhøstes 1985 en avtale om dette med arbeidsgiverne ("Rammeavtale om spesialistutdanningen"), Norske Kommuners Sentralforbund, Staten ved Sosialdepartementet og Oslo kommune. Avtalen ble i 1986, ikke uten motstand (den gjaldt den såkalte stillingsstruktur, det som før ble kalt legeordningen), godkjent av Lægeforeningens landsstyre. Kfr. Skaset, op. cit., s. 269-275.
- 10 I tillegg kom den helsefaglige todeling som utviklet seg fra slutten av 1970-årene, men særlig fra begynnelsen av 1980-årene ved at sykepleierne og "ekssykepleierne" (radiografer, bioingeniører særlig) delvis brøt ut av legestyret og fikk lede seg selv.
- 11 Stortingets sosialkomite kom med denne anmodningen i forbindelse med behandlingen av St. meld. nr. 50 (1993-94), *Samarbeid og styring*; kfr. Innst. S. nr. 165 (1994-1995). Anmodningen, som var enstemmig, hadde denne ordlyd: "Stortinget ber Regjeringen sørge for at ledelse i sykehus legger til grunn et enhetlig ledelsesansvar på alle nivåer. Administrativ ledelseskompetanse skal være et krav. Det må være klare ansvarslinjer, slik at den som innehar det medisinskfaglige ansvaret også har nødvendig myndighet". Denne endringen i synet på sykehusledelse er nærmere redegjort for i Malin Jørgensen og Anne Gina S. Berntsen, *Ledelse i sykehus – en studie av utviklingen fra fagledelse til profesjonell ledelse*, Oslo: Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo (mastergradsoppgave), 2009,.
- 12 St.meld. nr. 9 (1974-75), *Sykebusutbygging m.v. i et regionalisert helsevesen*.
- 13 "Managed care" utviklet seg etter at den amerikanske kongress i 1973 vedtok "The Health Maintenance Organization Act".
- 14 NHS var inntil Griffiths-reformen, som trådte i kraft i 1984, preget av såkalt "consensus management", en ledelsesform hvor de to fagledere, den medisinske og pleiemessige, ledet NHS-institusjonene sammen med en administrator og en økonomisjef (treasurer), og hvor alle hadde vetorett. Griffiths-kommisjonen, ledet av en supermarkedsdirektør, Roy Griffiths, foreslo å plassere en "general manager" i spissen for alle institusjoner. Griffiths-kommisjonen mente de nå delvis utvannede fagstyrene formelig bad om en uavhengig, enhetlig, profesjonell ledelse. I rapporten skriver Griffiths blant annet: "If Florence Nightingale were carrying her lamp through the corridors of the NHS today she would almost certainly be searching for the people in charge." Kfr. Roy Griffiths, *National Health Service Management Inquiry*, London: Department of Health and Social Security, 1983.
- 15 Kfr. Jeffrey A. Claridge og Timothy C. Fabian, "History and Development of Evidence-based Medicine", *World Journal of Surgery*, bind 29, 2005, s. 547-553. (DOI: 10.1007/s00268-005-7910-1)
- 16 Kfr. pionerarbeidene til epidemiologen og forskningsdirektøren Archibald L. Cochrane (1909-1988), *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services* (London: Nuffield Provincial Hospitals Trust, 1972) og professor i sosialmedisin ved Birmingham University, Thomas McKeown (1912-1988), *The Role of Medicine* (Oxford: Blackwell, 1979). Cochrane var en av foregangsmennene innen utviklingen av randomiserte og kontrollerte forsøk. Hans navn ble knyttet til den mest kjente frivillige organisasjon for utvikling av den nyere kunnskapsbaserte medisin: *The Cochrane Collaboration* (1993). McKeown mente å kunne påvise at det ikke var medisinsk innsats som hadde redusert barne- og mor dødeligheten siden slutten av det 19. århundre, men sosiale faktorer, vidt forstått. Han gikk også videre og sa at mye av den ambisiøse behandling som nå ble gitt, særlig ved sykehus, hadde begrenset betydning for helse-tilstanden. Skulle man få resultater burde man satse forebyggende, og spesielt ved å forebygge "Diseases of Poverty" (bl.a. en del infeksjonssykdommer), som skyldtes omgivelsesforhold, og "Diseases of Affluence" (kreft, slag, hjertesykdom), som skyldtes uheldig personlig adferd.
- 17 Kfr. bl.a. John E. Wennberg, "Dealing with Medical Practice Variation", *Health Affairs*, bind 3, s. 6-32.
- 18 Med teori mener vi her og ellers i artikkelen alt fra grunnleggende årsakslover til praktiske retningslinjer enten utledet fra de grunnleggende lover eller basert på statistisk evidens. Den evidensbaserte medisinerbevegelsen er i stor grad mer statistikk- enn basalteoriorientert. Dens representanter "distrust claims based on expertise (eminens) or pathophysiological models (lover)". Kfr. Stefan Timmermans & Marc Berg, *The Gold Standard. The Challenge of Evidence-Based Medicine and Standardization in Health Care*, Philadelphia, PA: Temple University Press, 2003, s. 3.

- 19 Den som først og fremst skapte navnet og bevegelsen "evidence-based medicine" (1990) er amerikaneren (siden canadier) David Sackett (f. 1934), grunnleggeren, i 1967, av et institutt for klinisk epidemiologi ved McMaster University i Toronto i Canada.
- 20 Den gamle industrienkningen fra Frederick Taylors (1856-1915) tid hadde først og fremst vært produktivitetsoptatt. Etter krigen kom kvalitet mer i søkelyset, spesielt i Japan, og bidro sterkt til fornyelsen av industrienkningen. Denne fornyelsen gjorde også industritekningen mer relevant for klinikken.
- 21 Kfr. F.eks. Stephen George og Arnold Weimerskirch, *Total Quality Management*, New York: Wiley, 1994.
- 22 Denne resultatorienterte styringsteknikken ble først utviklet av rådgiveren Art Schneiderman, da han arbeidet for et halvlederfirma, Analog Devices, i 1987. Teknikken er siden utviklet og forbindes ikke minst med Robert S. Kaplan og David Norton; kfr. deres kjente artikkel «The balanced scorecard: measures that drive performance», *Harvard Business Review*, januar-februar, 1992, s. 71–80.
- 23 Ideen om "reengineering" ble lansert av Michael Hammer, en tidligere informatikkprofessor, i 1990, i artikkelen: «Reengineering Work: Don't Automate, Obliterate», *Harvard Business Review*, juli-august, 1990, s. 104–112. Hans poeng var at mange bedrifter automatiserte aktiviteter uten å spørre om de var nødvendige. Man burde, sa han, først fjerne det som var unødvendig, så kunne man automatisere det nødvendige. Hammers tenkning er altså en form for slankingstenkning.
- 24 Taiichi Ohno, *Just-In-Time for Today and Tomorrow*, Productivity Press, 1988.
- 25 "Supply chain management", som teknikken kalles på engelsk ble lansert av en konsulent tidlig i 1980-årene og er siden videreutviklet, bl.a. parallelt med magringsteknikken og "reengineeringsteknikken". Teknikken er en videreføring, kan man si, av samlebandsideen. Samlebandet er nå en lang kjede av aktiviteter, men en kjede som strekker seg over mange bedrifter, både produksjons- og salgsbedrifter og helt frem til kundene. Om teknikken, se bl.a. J. T. Mentzer, m. fl., "Defining Supply Chain Management", *Journal of Business Logistics*, bind 22, nr. 2, 2001, s. 1–25.
- 26 Ideen bak den magre ledelse er den gamle taylorske ide om å fjerne all aktivitet som ikke er verdiskapende, altså som kunder er villige til å betale for; kfr. Frederick Taylor's opptatthet av tids- og bevegelsesstudier. Ideen er altså gammel (industriell), men ble fornyet av bilfabrikken Toyota og eksportert fra den til annen industrialiserende næringsvirksomhet. Magerhetsideen omfatter også ideen om "Just in time": lager er sløsing! Kfr. John F. Krafcik, "Triumph of the lean production system", *Sloan Management Review*, bind 30, nr. 1, 1988, s. 41–52; J.P. Womack, D.T. Jones and D. Roos, *The Machine That Changed the World*, New York: Rawson Associates, 1990.
- 27 Kfr. Rick Mayes, "The Origins, Development, and Passage of Medicare's Revolutionary Prospective Payment System", *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, bind 62, nr. , 2007, s. 21-55
- 28 Kfr. Nigel Starey, "What is Clinical Governance?", *Evidence-Based Medicine*, bind 1, nr. 12, 2001, s. 1-8, Hayward Medical Communications: www.evidence-based-medicine.co.uk. For en bredere, og tildels mer kritisk, diskusjon av "clinical governance" se flere av bidragene i boken *Governing Medicine. Theory and Practice*, Maidenhead, UK: Open University Press, 2004.
- 29 Norman Cousins (1915-1990), en amerikansk journalist, forfatter og fredsaktivist, forteller i sin bok *Anatomy of an Illness* (Toronto: Bantam Books, 1981 (1979)), om et besøk hos Albert Schweitzer i Lambaréné, Gabon. Cousins spurte blant annet Schweitzer om hvordan og hvorfor han samarbeidet med naturlegene (heksedoktorene). Schweitzer svarte: "The witch doctor succeeds for the same reason all the rest of us succeed. Each patient carries his own doctor inside him. They come to us knowing that truth. We are at our best when we give the doctor who resides within each patient a chance to go to work" (s. 69).
- 30 Kursivringen er Oslers. Canadieren Osler, én av "de fire store" skaperne av den skole som fornyet amerikansk medisin ved det forrige århundreskifte, Johns Hopkins School of Medicine, er her sitert etter René Dubos, "Introduction", i Norman Cousins, *op. cit.*, s. 17.
- 31 Allerede i 1985 argumenterte John B. McKinlay og Joan Arches for "proletariseringstesen"; kfr. deres artikkel "Towards the Proletarianization of Physicians", *International Journal of Health Services*, bind 15, nr. 2, s. 161-195.
- 32 Daniels, som også har vært og er en ivrig og polemisk skribent, med en konservativ-pessimistisk snert, skriver ofte under pseudonym, som her: Theodore Dalrymple, "Doctors are being stripped of their autonomy – in short they are being proletarianized", *The Social Affairs Unit*, 8. Mars 2007: <http://www.socialaffairsunit.org.uk/blog/archives/001435.php>.
- 33 Kfr. Sue Middleton, Jane Barnett og David Reeves, "What is an integrated care pathway?", Hayward Medical Communications, 3, nr. 3, 2001: http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/whatis/What_is_an_ICP.pdf
- 34 Per Fugelli, "Engangsleger", *Aftenposten*, kronikk, 3. februar 2011, s. 4.
- 35 Jerrold Maxmen, *The Post-Physician Era: Medicine in the Twenty-First Century*, New York: Wiley, 1976.
- 36 Paul Krugman, "Degrees and Dollars", *New York Times*. 6. Mars 2011. Utgangspunktet for Krugmans artikkel var en tale president Barack Obama nylig holdt og hvor han sa det "alle vet", nemlig at "If we want more good news on the jobs front then we've got to make more investments in education". Professor Krugman starter sin kommentar slik: "But what everyone knows is wrong".
- 37 Den norske legeforening, historisk statistikk: <http://www.legeforening.no/id/1458>.
- 38 David L. Sackett, William M. C. Rosenberg, J. A. Muir Gray, R. Brian Haynes og W. Scott Richardson, "Evidence based medicine: what it is and what it isn't", *British Medical Journal*, bind 312, 1996, s. 71 (leder).

Overordnede sykehuslægers forenings første 25 år **1961 – 1986**

Da jeg som tidligere formann i Osf ble anmodet om å skrive et innlegg om min formannsperiode, måtte vi konstatere at jeg nå er den eneste gjenlevende formann fra Osfs første 25 år. Hva vi gjorde, hvor vi mislyktes, og alt vi tross dårlige odds oppnådde i våre bestrebelsers for å utvikle en effektiv forening for gruppen. Dette er noe av årsaken til at jeg tok på meg å skildre utviklingen av foreningen, og ikke minst hvordan sykehusvesenet og Dnlf var organisert den gangen.

AV TIDLIGERE LEDER
ODD JOHAN FRISVOLD



1961 – 1977 Trang fødsel og søk etter samlende identitet

Kamp for å bli synlig

Den kronologiske framveksten av Overordnede sykehuslægers forening, er utmerket beskrevet av foreningens mangeårige sekretær Øivind Christensen i hans skriv: «Kort historikk om Norsk overlegeforening. Han var pinlig nøyaktig med å holde seg til sekretærens rolle, nemlig å referere og dokumentere vår aktivitet. Hans vurdering i ettertid vil på grunn av dette kunne avvike noe fra vurderingene til dem som stod midt opp i kampens hete i avveining av kryssende interesser.

Min oppgave vil være å presentere en mer samfunnsmessig preget analyse, fra en som selv opplevde de store omveltningene i helsevesenet i første halvdel av foreningens 50 årige historie. Christensen forteller at overlegerådet ved Oslo kommunale sykehus allerede i 1956 foreslo å danne en forening av fast tilsatte sykehusleger. Han gjennomfører et fyldig resonnement over de mest sannsynlige årsakene til

Innlegget er vesentlig forkortet.

Frisvolds originalbidrag med vedlegg er publisert på Ofs hjemmeside:
<http://www.legeforeningen.no/id/2704> evt. www.overlegeforeningen.no

initiativet. Jeg oppfatter ham slik at kanskje det viktigste ønsket var å bli en selvstendig interesseforening, slik Ylf hadde blitt det tidlig etter opprettelsen i 1911. Det ble i 1957 nedsatt et arbeidsutvalg som fremmet forslaget for Dnlf, uten å få gjennomslag.

Christensen mener at avslaget var så skuffende at arbeidsutvalget ikke orket å gå videre med saken, før det var gått over tre år. Da ble det 15. februar 1961 holdt konstituerende møte med 69 deltagere som enstemmig vedtok opprettelsen av Osf. Denne datoen regnes som stiftelsesdatoen, selv om sentralstyret først 28. april godkjente Osf som spesialforening.

Listen over de seks første formenn nevnt kronologisk: Johan Haffner, Sven Hjort, Åke Mellbye, Trygve Kahrs, Hans K. Dahl, og W. Rolf

Stinessen. Alle var meget vel ansett faglig, og dessuten med omfattende erfaring i foreningsarbeid. Haffner ble senere president i Legeforeningen.

Foreningens første 25 år var en sammenhengende kamp, til dels med sterke motkrefter og strukturelle forhold som kunne virke splittende, særlig med hensyn til å kunne sette makt bak foreningens krav. Det er imponerende at pionerene som satt i styrene, ikke ga opp.

De fleste avdelingene utenom større byer måtte på denne tiden klare seg med bare en overordnet lege inntil rundt 1970. De aller fleste universitetsavdelingene hadde først hatt bare en overlege, avdelingsoverlegen som samtidig var professor. Senere ble det tilsatt stedfortreder, som hadde stillingsbenevnelse avdelingslege ved de store sentrale avdelinger, men på peri-



ferre sykehus, var det reservelegen som var stedfortreder under overlegens fravær. Andre stillinger for fast tilsatte spesialister var spesiallege, en tittel som opprinnelig var beregnet på sykehusspesialist uten sengeavdeling. I et marked preget av mangel på spesialister, forbeholdt søkere seg senere ikke sjelden å få denne tittelen, for å kunne påberope seg selvstendighet i forhold til avd.overlegen. Alle overordnede leger var fast tilsatt uten tidsbegrensing og etter såkalte normaltilsettingsvilkår.

Hovedspesialitetene var etablert, men grenspesialitetene var ikke formalisert. Selv den senere så store og viktige grenspesialiteten hjertesykdommer, var til å begynne med uten anviste utdanningskrav, men med helhetsvurdering av hver enkelt søker.

Initiativtakerne til en overlegeforening hadde sannsynligvis ut fra sin erfaringsbakgrunn små muligheter til å forutse den rivende, i enkelte henseender opprivende utvikling med oppsplitting i stadig mindre, og faglig likeverdige spesialiteter som skulle komme. Johan Haffners tiltredelseserklæring viser at han likevel må ha vært bevisst at en trengte en interesseforening innen Dnlf som kunne ta fatt i de utfordringene han så ville melde seg.

Jeg synes at dette er imponerende, blant annet fordi majoriteten av avdelingsoverlegene ved norske sykehus neppe noensinne har hatt en så suveren faglig lederfunksjon, samtidig

med at de var nærmest eneveldige ledere for sine avdelinger. Mange sa også: «Min avdeling» – ikke som nå «Vår avdeling». Som Christensen skriver, hadde overlegene også i flere tiår gode lønnsforhold, om enn ikke innbyrdes rettferdig fordelt mellom spesialitetene.

Normaltilsettingsvilkårene innebar sterkt forenklet, at spesialisten ble tilsatt som avd.overlege med plikt til å ha faglig totalansvar for avdelingen og for avdelingens drift. Det var opp til overlegen å bestemme hvordan dette skulle ivaretas. Lønn var fastsatt etter visse normer; avdelingens størrelse og bemanning. Jeg vet at mange med liten stab, syntes at det var urettferdig at de overlegene som hadde stor stab og «god hjelp» skulle få bedre lønn enn de som var alene. Normaltilsettingsvilkårene medførte at overlegene hadde rett til å drive spesialistpraksis hvor de betalte en beskjeden del av honorarene for kontor og sekretærhjelp. Overlegen bestemte selv hvor mye tid en ville bruke på avdelingsarbeid, som for mange ble supervisjonsvisitt og ledelse av morgenmøtene, samt selvsagt å være tilgjengelig for spørsmål fra ass.legene og ubetalt vakt. Det var ikke uvanlig at små spesialiteter med stor pasientgjennomstrømming, som for eksempel ØNH og Øye kunne ha kontor utenfor sykehuset, og med store inntekter. Dette følte særlig urettferdig sett i forhold til de store spesialitetene, som krevde større innsats på mange innlagte pasienter. Opprinnelig hadde røntgen-

overlegene tilsvarende betingelser, men her utformet slik at overlegen fikk en fast prosentandel av alle polikliniske undersøkelser. Det kunne bli betydelige beløp. De underordnede fikk intet av dette, noe de fant urimelig.

Ylfs dyktige lokal tillitsvalgte kunne også lett spille overlegegruppen ut over sidelinjen, dels som en følge av Dnlfs redsel for at selvstendighet for Osf ville åpne for den ødeleggende utvikling som den danske legeforening angivelig var rammet av. Jeg kan også nevne eksempel på at Osf ikke fikk profilere seg ved for eksempel å være med generalsekretær eller forhandlingssjef når de møtte medlemmene i forhandling i konfliktsituasjoner og utforming av krav.

Det kan ikke være noe tvil om at Osf må ha hatt en meget trang og vanskelig fødsel, og de som begynte dette arbeidet fortjener stor respekt for sin idealisme. Den måten moderforeningen behandlet dem på, må til dels ha vært ydmykende for denne gruppen som hver for seg var høyt ansette spesialister med høy posisjon og makt innen de enhetene som de ledet. Jeg synes at de lyktes godt med å bygge opp organisasjonen med faste rutiner for regelmessige styremøter og systematisk planarbeid. Det ble etablert landsråd, lønns- og tariffråd. Men med bare en representant i landstyret for Osf, var en prisgitt allianser og samarbeid med mektigere og bedre etablert interessegrupperinger. Osf bygget opp noe de kalte «sine tillits-

valgte», men uten anerkjennelse fra Dnlf fikk de bare uformell innflytelse. Bare Ylf og Dnlf skulle ha tillitsvalgte med tillitsvalgtes rettigheter. Media-profilering var heller ikke tillatt utover det faglige. Alt som gjaldt fagforeningsarbeid, var det bare president, generalsekretær eller den de bemyndiget som hadde rett til. Muligheten til å bli synlig var derfor liten. Med små inntekter fra en liten medlemskontingent, var en totalt avhengig av tilskudd fra moderforeningens ressurser. Sett i lys av dette bør det være lite forbausende at det var vanskelig å sikre stor deltagelse på årsmøtene.

Nyorientering og pragmatisme gir økt innflytelse.

Kamp for selvstendighet 1978 – 1986

Mine åtte år i styret var på mange måter et resultat av hendelser i 1977. Som tidligere anført hadde de overordnede sykehuslegene i løpet av det siste tiåret følt seg under økende press. Tilførsel av nye stillinger lot vente på seg, samtidig med at de måtte bruke mer tid på innlagte pasienter, og tilsvarende mindre tid til polikliniske pasienter. Når det samtidig skjedde en innstramming økonomisk, ved at sykehuseier krevde inn stadig større prosentandel av legehonoraret, ble det til dels negativ inntektsutvikling. For mange overleger føltes det urettferdig at Ylf med sin selvstendige forhandlingsrett og tjenestepålegg relaterte lønn, ofte gikk forbi sine overordnede i lønn ved samme avdeling.

Jeg tror at årsaken til at den gradvise forverringen med økte plikter og svekket inntektsgrunnlag ikke utløste massive reaksjoner fra medlemsmassen før, var at forverringen skjedde så gradvis. En kan fristes til å tro at det fra motpartens side var en form for utmattelsesstrategi. Jeg tror også at Legeforeningen var i tvil om hvilken strategi en skulle velge i den konflikten som måtte komme. Enten å forsøke å kjempe for det gamle systemet, eller



Soria Moria - åpnet i 1983.

akseptere at det var klokere å tilpasse seg samfunnets styring. Altså en forhandlingsstrategi basert på samarbeidsvilje, og dermed større mulighet for å styre utviklingen. Også motparten var avhengig av konstruktivt samarbeid for å unngå en fastlåst situasjon som ingen ville tjene på. Men det å gi opp et arbeids- og avlønningssystem som store deler av gruppen hadde vært vant til og tilfreds med, var vanskelig å akseptere for mange. Ofs som organisasjon tok på seg ansvar for både å nyorientere seg, og å bevisstgjøre medlemmene samt ikke minst å utarbeide, og å være med på å vedta innføring av de funksjonelle løsningene som vi har i dag. Noen av skeptikerne karakteriserte dette som proletarisering av overlegene! Jeg vet ikke om det var slike vurderinger som lå til grunn for det som skjedde i tariffforhandlingene i 1977, men antar at forhandlingsdelegasjonen var under sterkt press, da de sluttførte forhandlingene, uten å ta konflikt. En stor del av de overordnede sykehuslegene oppfattet at de med dette hadde god tatt svekkede rettigheter, samtidig som arbeidspliktene var skjerpet. De som var tilsatt i periferien følte seg særlig hardt rammet, fordi de var færre til å dele byrdene.

Det ble dannet aksjonsgrupper som

reiste krav om at styret måtte kastes. Det ble mobilisert til massemønstering, og praktisk alle sykehus sendte opptil flere representanter til årsmøtet. Det store auditoriet på Ullevål var fullsatt. Selv om jeg var å regne som opprører, valgte jeg i tillegg til skarphet i mitt innlegg, også å vise forståelse for den umulige situasjonen styret hadde vært i, og at ansvaret måtte deles av hele Legeforeningen. Jeg la også fram mine tanker om hvordan vi kunne utnytte situasjonen på en positiv måte, ved å være aktive deltakere i å forme nye rammevilkår. Etter at presidenten Dagfinn Gedde-Dahl hadde gitt positiv kommentar til mitt innlegg, aksepterte jeg å stille til valg. Det ble ikke oppnådd kvalifisert flertall verken for å kaste styret, eller å diktere valget på nytt styre. Derfor var det landsrådet som på vanlig måte foretok valg av nytt styre. Jeg mener at dette var en heldig løsning, både for Ofs og Dnlf. Styret ble sammensatt fra alle fraksjoner, og det var godt samarbeidsklima og et fruktbart miljø for å utveksle synspunkter og for-strategisk planlegging.

Rolf Stinessen (12.10.29 – 02.06.82) ble valgt til formann. Han var en erfaren tillitsvalgt, med stor kunnskap om legeforeningens organisasjon og

funksjon. Han hadde også hatt sin «læretid» i Ylf, og mente at Osf burde få samme selvstendighet. Rolf var en dyktig og inspirerende formann, alltid positiv og åpen for nye ideer. Rolfs tanker var, etter to perioder som formann, å forsøke å bli valgt til president i Dnlf. Om det hadde lyktes, ville kanskje Osf fått avdelingsstatus tidligere? Hans plutselige og tragiske død satte en stopper for det. Jeg ble dermed som viseformann plutselig kastet inn i en posisjon som jeg heller ikke hadde regnet med, da jeg uforberedt, havnet i styret 4 ½ år tidligere. Rolf hadde som medlem av sentralstyret vært Osfs åpning til Dnlfs maktapparat. Det betydde svært mye for både informasjon og påvirkning, når saker av betydning for vår gruppe ble behandlet. Jeg vil knytte noen merknader til sammensetningen av styrene i mine åtte år der. Det var stort sett god balanse geografisk og mellom spesialitetene og en viss aldersspredning med snittalder rundt 50 år. I vårt styre var det med en sjeflege fra et universitetssykehus, senere ytterligere en til i samme posisjon. Senere ble jeg sjeflege ved et sentralsykehus. Styret kan derfor sies å ha hatt et tyngdepunkt med interesse for ledelse og administrasjon. Ellers var det omtrent like mange overleger som ass. overleger. Grunnlaget for allsidig innsikt var derfor til stede fra første dag.

Årsmøtene og landsrådsmøtene var den viktigste kontaktflaten mellom styret og medlemmene. Det var oftest rimelig godt frammøte med mulighet for gode og allsidige debatter. I vår periode hadde vi nesten alltid sosialministeren som hovedinnleder om forskjellige sider av institusjonshelsetjenesten. Jan Grund, med sine sentrale utrednings-funksjoner i helsedirektoratet og sosialdepartementet, var også en hyppig invitert debattant. Økonomien var presset, da som nå, og det var alminnelig misnøye med fylkeskommunen som sykehuseier. Vår målsetting var også da som nå, å få vedtak



Det norske medisinske selskap.

om en forpliktende nasjonal helseplan, for å sikre geografisk rettferdighet, og med staten som ansvarlig eier. Vi var inderlig lei av svartepersillet mellom stat og fylkeskommune.

Men så litt om Osfs rammebetingelser. Vi ble nektet å markedsføre oss gjennom en egen og uredigert spalte i Tidsskriftet, og at vi ikke hadde egne tillitsvalgte, ikke anledning til å uttale oss utad og hadde svakt økonomisk fundament. Det alvorligste var likevel problemet med oppbygging av «Merkevaren Osf». Styret gjorde i 1979 et fremstøt ved å vedta opprettelse av en egen spalte i Tidsskriftet under redaksjonelt ansvar av Osf. Jeg ble oppnevnt som redaktør og utarbeidet en programerklæring for spalten, der jeg inviterte til fri meningsutveksling og bl.a. skrev: «Vi bør kunne holde en åpen kommunikasjonslinje, kun begrenset av vanlig presse-etikk». Jeg understreket at hovedformålet med spalten var å gi informasjon om Osfs virksomhet i vid forstand, men skrev også: «Osf skal selvsagt ta vare på de overordnede sykehuslegenes standsinteresser, men det skal være klart at Osf ikke ønsker å skape splittelse i hovedforeningen, men tvert imot å styrke Dnlf». Generalsekretæren hadde den gangen det redaksjonelle ansvar for Tidsskriftets «For forenings- og standsinteresser» og ville ikke gi dette fra seg ved å la oss etablere en selvstendig Osf-spalte. Han la saken

fram for sentralstyret, som i møte 25. september 1979 bekreftet hans avslag. Jeg søkte etter dette en vei utenom for å oppnå å kunne fremme Osfs saker i Tidsskriftet. Den utveien jeg valgte, var at jeg i en rekke artikler som jeg kun fremmet under eget navn, presenterte analyser og forslag til løsning av sentrale problemstillinger for overlegegruppen. Selv om en del av de sakene jeg tok opp, kunne virke like sterkt som utspill under egen Osf-spalte, skal generalsekretæren ha ros for at han aldri sensurerte, eller nektet å ta inn mine innlegg. Med dette oppnådde han at innspillene tilsynelatende kom fra et enkeltmedlem, og ikke fra en gruppering som søkte innflytelse og kunne bli sett på som en konkurrerende maktfaktor i forhold til enheten i Dnlf.

Organisering av sykehusavdelinger og stillingsstruktur

har alltid vært, og er fortsatt, av største viktighet for sykehuslegene, men det betyr ikke at over- og underordnede leger hadde sammenfallende interesser. For overordnede sykehusleger var det i alt sju stillingskategorier. Eneste fellestrekk var kravet om godkjent spesialitet. Tilsetting som overlege innebar tidligere at en var ansvarlig sjef med instruksjonsmyndighet både faglig, administrativt og organisatorisk. Så lenge det bare var en overordnet lege ved avdelingen var dette uproblematisk, men uklarhetene meldte seg når det ble tilsatt flere. En

av årsakene er selvsagt at de som godkjente spesialister var faglig likeverdige med selvstendige ansvar, samtidig som de var administrativt underlagt sjefen. Med tilkomst av grenspesialiteter ble det åpenbart at det gamle og totale overlegeansvaret var overmodent for endring. Man måtte rydde opp i de mange, etter hvert meningsløse og til dels konfliktskapende stillingsbetegnelsene og innføre en eneste tittel for en fast tilsatt sykehusspesialist, nemlig overlege med endelig faglig ansvar, men uten ledelse og administrasjon. Vi foreslo at sjefen for avdelingen burde få tittelen «adm.overlege» og seksjonsleder burde være «overlege – sjef ...seksjon». Særlig forslagene om seksjonene, utløste positive reaksjoner og interesse fra forhandlingslederen for KS. Men særlig grunnet striden med Sykepleierforbundet om avdelingsledelsen, tok det likevel lang tid før vi vant fram i forhandling om ny tariffavtale tilpasset våre forslag. Kompromisset kom da vi i forhandlingsmøtet godtok å bruke avdelingsoverlege, fordi KS ikke våget å godta vårt forslag om å bruke adm.overlege av hensyn til Sykepleierforbundet. Overlege erstattet ass.overlege og seksjonsoverlege for leder av faglig definert seksjon. Jeg vil tro at de fleste vil være enig med meg i at dette ble et ryddig system som har forebygget mange konflikter internt.

Stillingstrukturutvalgene var derfor en av de andre store sakene som Osf engasjerte seg sterkt i, selv om dette fremstod som hovedsakelig en Ylf-sak.

Men vi så en klar sammenheng med problemstillingen som er beskrevet foran. En konsekvent og mest mulig omforent løsning måtte finnes, både for å unngå opprivende intern konflikt, og risiko for overstyring fra helsemyndighetene hvis vi ikke hadde klart å rydde opp internt.

Langvarig arbeid i Stillingstrukturutvalg I førte ikke fram fordi Ylf ikke kunne godta resultatet. I forkant av oppnevning av Stillingstrukturutvalg II, samlet de faglige spesialforeningene seg i et krav om styrking av deres representasjon og innflytelse i utvalget. Ylfs formann Bengt Lasse Lund ble formann, og han gjorde etter min oppfatning en utmerket jobb.

Jeg kan godt forstå Ylf-medlemmenes fortvilelse over et inkonsekvent tilsetningsystem som påførte dem mange flyttinger, vikariater og kamp om faste stillinger, etter endeløs rotasjon i underordnede og tidsbegrensede stillinger, mange år etter spesialistgodkjenning. På den tiden var det etter min opptelling totalt åtte stillingskategorier, inkludert turnuskandidat. Ovenfra i hierarkiet var det: Res.lege I, Res.lege II, Ass.lege I, Ass.lege II, kvalifikasjonskandidat, årskandidat, intramural kandidat og kandidat.

De fire variantene av reservelege og assistentlege var avgrenset til enten tre eller fire år, men ga mulighet for å søke nye stillinger ved andre avdelinger og å sirkulere sentralt, lenge

etter oppnådd spesialitet, ofte med doktorgrad, evt. også professorkompetanse, før en fikk fast sluttstilling som en ønsket.

Administrasjon og ledelse

Jeg har inntrykk av at overlegene i etterkrigstiden, helt fram til sytti-årene, ikke så noe behov for å kvalifisere seg for den administrative lederdelen av stillingen. De fleste gjorde etter forholdene en god innsats, men interessen for systematisk tilnærming var liten og mulighetene små. Hälsovårdshøgskolan i Göteborg var nesten eneste mulighet, men for en vanlig overlege nærmest å betrakte som lukket. Administrasjonsdepartementet arrangerte administrasjonskurs for offentlige leger i fire ukestrinn. Dette var grunnlaget for at jeg sammen med Osfs styre var en av pådriverne for å starte slike kurs i Dnlfs regi. Det første kurset var på Lillehammer 2. – 7. desember 1979, og var overtegnet av en entusiastisk gruppe overordnede sykehusleger. Osf var tungt inne i forberedelsen og kursopplegg. Kursene fortsatte, inntil «Ole Berg studiet» ble etablert.

Tilsettingsbetingelser

Jeg har tidligere redegjort for den gradvise reduksjon av totallønn som fulgte av svekkelse av normaltilsetningsvilkårenes rett til poliklinikk på sjukehuset. Samtidig med at avgiftene økte ble arbeidsplikten på avdeling også økt. Etter som forholdene stadig ble forverret måtte de fleste innse at



Foto: Leif Anker, Forsvarsbygg

Foto: Leif Maliks, Forsvarsbygg.

Foto: Leif Anker, Forsvarsbygg.

en ikke lenger kunne kjempe for en tapt sak, slik det manifesterte seg i forhandlingene i 1977. Osf var deretter med på å tilpasse et tjenesteplan-basert avlønningssystem. Dette var en gevinst for de fleste, men et tap for de få som hadde hatt særlig stor inntjening med det gamle systemet.

Striden om overlegens monopol på avdelingsledelse

Sykepleieforbundet la tidlig en strategi for å utfordre legene. De brukte sin tallmessige overlegenhet og gode politiske kontakter, til å hindre gjennomføring av anbefaling fra et KS-oppevnt utvalg, som hadde tilrådet overlegen som avdelingens sjef. Det ble en fastlåst situasjon, der en til slutt hadde muligheten for å komme til enighet om å formalisere todelt ledelse av sykehusavdelingene. Dnlf valgte å avslå. På det tidspunktet mente vi at gjeldende helselovgivning, blant annet sykehusloven hadde juridiske formuleringer om hvem som kunne være sluttansvarlig for en sykehusavdeling, og som en etter jussen ikke kunne komme fra. Vi trodde at tiden ville arbeide for oss. Dette viste seg å være feil. Samfunnet benyttet seg av sin rett til å utforme en ny lov for helsepersonell, som stilte alle utøvere likt i forhold til ansvar. Med det var grunnlaget for legens enerett bortfalt.

Pragmatisme eller kamp (- for kampens skyld?)

Jeg har i overskriften i dette avsnittet angitt stikkordet pragmatisme som grunnlag for økt innflytelse. Både Rolf Stinessen og jeg var realister i forhold til hvor lite vi kunne vinne ved forsøk på opprør og kamp, uten å ha reelle kampmidler. Vi satset på å oppnå et tillitsfullt samarbeid med sentralstyret og sekretariatet og med Ylf, Aplf, Oll og PSL. Ylf var vår største og viktigste samarbeidspartner. De var store og mektige, med det en kan kalle «kamptrening». Vi hadde dialog med dem, ikke konflikter. Vi hadde fellesmøter og drøftet strategi.

Spørsmål om sammenslåing til en felles sykehuslegeforening var også oppe, uten at noen tente på det.

Allmenpraktiserendes landsforening (Aplf), Offentlige legers landsforening (Oll) og Praktiserende spesialisters landsforening (PSL), var alle spesialforeninger, og hadde bare en plass i landstyret, som oss. Fordelen de hadde, var at medlemsmassen var homogen. Ikke som hos oss, før nyorienteringen, med sprikende arbeidsforhold og avlønning. Vi hadde ingen konflikter, men tvert imot sammenfallende interesser i at alle burde få frihet som avdelinger. Motsetningen om dette var i forhold til fylkesavdelingene, som et utvalg ledet av tidligere Ylf-formann Torbjørn Pihl valgte å anbefale styrket, for å beholde Dnlfs enhet.

Om vår innstilling til dette vil jeg sitere fra boken «Legene og samfunnet» side 284: «De som fortsatt gikk inn for en videre korporativisering av foreningen, som Osf-formannen, sjeflege Odd Frisvold, Ålesund, argumenterte nå mer pragmatisk enn prinsipielt». (2)

Jeg mener at jeg med det jeg har trukket fram, har dokumentert Osfs fremskutte rolle i den nyorientering som var nødvendig for å følge opp tilpasninger i samsvar med samfunnets behov og krav. Artikkelen: «Om de overordnede sykehuslegers funksjoner. Stillingstruktur og administrasjon på avdelingsnivå», publisert i 1979. Den som leser Osfs rapport om: «Organisering av medisinsk virksomhet ved norske sykehus med spesiell omtale av seksjonerte sykehusavdelinger», publisert i 1988, vil se at denne bygger på våre anbefalinger ni år tidligere! (3,4)

Uten å kjenne til den forhistorien som jeg har presentert, kan det være fare for at en overser og glemmer den fundamentale rollen Osf hadde spilt disse 25 årene, og som hadde vært avgjørende for senere oppnådde og gode

resultat. (8) Noen av gjennombruddene kom allerede i vår funksjonstid, andre senere, men i forhold til de strukturelle endringene var det for det meste vi som hadde lagt grunnlaget. Jeg trekker fram bare et eksempel. Uten vårt konsekvente press for å få godkjent overlegetittel som felles betegnelse, hadde det ikke vært noe saklig grunnlag for å omdøpe foreningen til Norsk overlegeforening!

Pionerens ettermæle

Men det ville være utenkelige for meg, ikke å gi en hyllest til de som startet og utviklet Osf gjennom de første 25 år. Disse vil jeg kalle pionerene som Overlegeforeningen skylder så mye for at de, kunne bygge organisasjonen videre på det solide fundamentet som de overtok.

«Overlegenes spesialforening har etter årsmøtet på Røros i 1988 skiftet navn fra Overordnede Sykehuslegers forening (Osf) til Norsk Overlegeforening (Of). I lederens tale til Osf/Of under festmiddagen ble det gitt en del negative kommentarer om Osfs fortid spesielt i forhold til den betydning Of skulle få. Ved Of's årsmøte i Ålesund i 1989 ble temaet utdypet bl.a. ved at lederen i sitt innledningsforedrag sa at han tidligere lenge hadde vært i tvil om foreningens berettigelse» (10)

Jeg kan ikke legge skjul på at jeg fant lederens uttalelser opprørende på vegne av de mange som uselvisk hadde kjempet for overlegegruppen i 25 år under trange kår, og som likevel hadde maktet å være i forkant i analyse og gjennomføring av struktur og organisering av sykehuslegenes forhold i det moderne helsevesenet som er utviklet de siste tiårene. Jeg vil hevde at jeg har fremlagt fyldig dokumentasjon på den sentrale rolle Osf har spilt. Pionerene, mange døde nå, fortjener et helt annet ettermæle.

**Hjertelig til lykke med 50-års jubiléet!
Odd Johan Frisvold**

Norsk overlegeforenings 50 års jubileum

Rasmus Svihus, leder 1986-1987

Den store saken på slutten av 1980-tallet var stillingsstrukturavtalen. Det ble lagt ned mye arbeide i å "finpusse" avtalen, da Osf var representert både i det offentlige Råd for stillingsstrukturen og i Legeforeningens eget utvalg, Komité for stillingsstrukturen.

Ylf arbeidet også meget aktivt, representert ved daværende formann Albert Paus.

En av de største og lengstvarende saker Legeforeningen noen gang hadde arbeidet med – Stillingsstrukturen ved sykehus – ble vedtatt av Legeforeningens landsstyre 6. juni 1986.

Det var klart at overlegene ville ende opp med å danne den største foreningen innad i Legeforeningen. Et aktuelt tema var Osfs representasjon i Landsstyret. Den gang hadde vi bare en representant, men var indirekte representert gjennom Spesialforeningene. I dag er det bedre balanse i mandatfordelingen.

Da jeg var formann kunne Osf feire sitt 25 års jubileum! Det var heller liten stemning for en markering av jubileet. Men det ble tatt initiativ til å forfatte en jubileumspamflett, satt i

pennen av vår gode og alltid tilstede-værende sekretær Øivind Christensen. Osfs tidligere formenn ble invitert til årsmøtet, hvor bl. a. foreningens første formann Johan Haffner møtte.

Det kan ellers nevnes striden rundt betalt spisepause, noe nesten alle sykehusleger hadde innregnet i arbeidstiden. Det lyktes ikke å få dette regulert i en sentral avtale. Arbeidet med den generelle arbeidstidsforkortelsen har også vært i fokus. Det ble inngått en avtale med omkring betingelsene for overlegene som måtte ta plikttjeneste ved perifere sykehus med varig ledige stillinger før de kunne tiltre i stillinger ved sentrale sykehus.

Det er prisverdig at det nåværende styret ønsker å markere 50 års jubileet på en høvelig måte.

Rasmus Svihus



Foto: Leif Maliks, Forsvarsbygg

Foto: Leif Anker, Forsvarsbygg

Foto: Leif Anker, Forsvarsbygg.

Norsk overlegeforenings 50 års jubileum

Rolf Schøyen, leder 1987-1991

Ønsker om forandringer vil merkes i alle organisasjoner, men med ulik styrke i forskjellige perioder, uansett hvor dyktig et sittende styre er. Dette er en forutsetning for engasjement og utvikling.

Jeg ble valgt til leder i en periode hvor mange ønsket en sterkere overlegeforening med større gjennomslagskraft i Den norske legeforening. Overlegene opplevde frustrasjoner og misnøye på flere områder og forventningene til foreningen for overlegene var store. Mitt styre startet arbeidet med flere lovendringer. Foreningen skiftet navn fra Overordnede sykehuslægers forening til Norsk overlegeforening, forkortet Overlegeforeningen eller Of. Arbeidet med ny logo ble påbegynt. Det ble innført valgkomité for å styrke demokratiet. Betegnelsen formann ble erstattet av leder. Det aller viktigste etter min vurdering; vi opprettet en kurskomité hvor styret var representert. Tanken var å styrke overlegenes felles identitet på tvers av spesialiteter og at denne lojaliteten kunne gi grunnlag for større grad av enighet i vanskelige saker og dermed større politisk kraft. Samtidig var målet å engasjere og dyktiggjøre overlegegruppen på fagområder utenfor fagspesialiteten, med spesiell relevans for ledelse og administrasjon. Områder som helsepolitikk, helseøkonomi, sykehusstruktur, ledelse og administrasjon og andre ble satt på dagsorden. Sentrale personer i det norske samfunn ble invitert som foredragsholdere slik at det ble mulighet for å utvikle mer personlige relasjoner. Større oppslutning om landsrådsmøtene med friske debatter var også et mål. Rørskursene ble etablert med

stor oppslutning og med dyktige kurskomitéer med Eilif Natrud i spissen.

I min ledertid var Overlegeforeningen en spesialforening i Legeforeningen med frivillig medlemskap. Leder og styremedlemmer hadde ingen godtgjøring for jobben og intet frikjøp. Styrets kapasitet måtte derfor bli begrenset, selv med lange helgemøter. Men jeg husker min ledertid med glede med hyggelig og produktivt samvær i ulike omgivelser rundt omkring i landet. Vi ble godt kjent med hverandres ulike sider og kunne være ærlige og direkte overfor hverandre.

Vi arbeidet med rekruttering, å få flest mulig overleger til å bli medlemmer. Vi la spiren til det som senere ble til yrkesforeninger, ved å initiere og delta i organisasjonsdebatter med det mål å likestille Of med Ylf. Vi hadde flere felles styremøter med Ylf fordi vi innså at fellesinteressene langt oversteg motsetningene. Det var et mål å bli representert i sentralstyret med minst en Of-er, senere ble målet minst to. Landsstyrerepresentasjon var også viktig. Den gangen dominerte lokalforeningene og Ylf landsstyret og overlegene hadde sin lojalitet like mye til lokalforeningen som til Overlegeforeningen.

Vi arbeidet for større innflytelse over Legeforeningens forhandlingsarbeid



hvor Of i starten var på sidelinjen. En stor undersøkelse av overlegers lønns- og arbeidsforhold (OLA-undersøkelsen) ble iverksatt for å kunne dokumentere faktiske forhold på en troverdig måte i forhandlingsarbeidet. Undersøkelsen viste at overleger arbeidet i gjennomsnitt minst tre timer ukentlig gratis utover avtalte tjenesteplaner. Vi forsøkte å omforme lønnsdannelsen, med høyere grunnlønn på bekostning av lavere tillegg av ulike slag. Men her møtte vi motstand fra de som hadde tillegg til grunnlønnen som en viktig bestanddel av totallønnen. Forhandlingsarbeidet ble ikke den suksess vi hadde håpet. Vi arbeidet også intenst med ledelsesproblematikk sammen med Legeforeningen sentralt, og heller ikke her fikk vi særlig gjennomslag hos sykehuseierne for våre synspunkter hvor vi

blant annet hevdet at fagkunnskap (universitetsnivå, spesialitet, doktorgrad) sammen med personlig egnethet og formell lederkompetanse må være avgjørende for å fungere som en god leder. Fortsatt synes faglig innsikt å være lavt verdsatt ved ansettelser av ledere. Fortsatt er ikke alle overleger interessert i å prioritere ledelse fremfor andre legeaktiviteter.

Sykehusstrukturdebatten var levende i mitt styre, og vi hadde ambisjoner om å komme lenger med konkrete og underbygde standpunkter og forslag om i hvilken retning utviklingen burde gå. Men arbeidet ble for omfattende og konfliktfylt for en liten forening.

Spesialitetssaker på overordnet nivå var et viktig arbeidsområde.

Vi deltok aktivt i de nordiske overlegeforeningers samarbeidsmøter (Nordöl), og var også vertskap for våre nordiske venner i Oslo i 1991.

Selv hadde jeg den glede å ha dyktige sekretærer ved min side, først Øivind Christensen, deretter Odvar Brænden. Seksjonssjef Solveig Oftedal fungerte også en kort periode før Odvar Brænden og Edith Stenberg igjen overtok sekretariatsfunksjonen. Vi hadde også et nært og godt samarbeid med øvrige deler av Legeforeningens sekretariat

Det er en glede å observere at mye av det jeg var med på å starte har vist seg å ha livets rett. Men det er også en skuffelse å konstatere at vi har nådd så kort når det gjelder gjennomslag politisk for Legeforeningens synspunkter innen ledelsesspørsmål og sykehusstruktur, og i erkjennelsen av Legeforeningens sentrale rolle i arbeidet med spesialitetssaker.

Rolf Schøyen



Norsk overlegeforenings 50 års jubileum

Tone Sparr, leder 1992-1995

Det var spennende og lærerikt å være med i Of, først som vanlig styremedlem og så som leder. Of ble yrkesforening med obligatorisk medlemskap i 1993 og vi fikk egen logo. Vi hadde mange viktige saker både faglige og politiske. Det er nær sammenheng mellom fag, fagforening og politikk med gjensidig avhengighet, uten å arbeide for gode sykehus blir det ikke gode forhold for leger.

I min tid som leder var det mye fokus på ledelse av sykehusavdelinger. Vi arbeidet for at det skulle være endelt ledelse, og denne lederen burde være lege. Det var viktig å rekruttere tillitsvalgte fordi disse gjerne fikk erfaring som kunne komme godt med som ledere. Mange ledere har startet som tillitsvalgte. Dessverre var det ikke alltid enkelt å få travle overleger til å ta på seg verv hverken som tillitsvalgte eller avdelingsledere.

Et viktig forum for å fremme interessen for ledelse, var Ofs Rørskurs. På kursene tok vi opp samfunnets krav til gode sykehus samtidig med at vi fikk mulighet for å møte politikere og ledere til debatt. Fylkeskommunen som sykehuseier var et viktig tema og ble kritisert og rost. Kanskje ble kimen til foretaksreformen lagt på noen av disse møtene. Of fikk hvertfall synliggjort sin store interesse for sykehusdrift.

Penger er alltid viktig. Sykehusenes økonomi var stadig under debatt og finansieringsformer ble vurdert i flere utvalg. Of var tilhenger av en midlertidig vei mellom rammefinansiering og stykkepris pr pasient.

Forskjeller og likheter mellom små og store sykehus og funksjonsfordeling var da som nå aktuelle temaer. Blant egne medlemmer var det mange opp-

fatninger og ikke alltid lett å samle oss til felles politikk. Men det var aldri tvil om overlegenes interesse for god kvalitet og faglig utvikling på sykehusene.

På landsbasis var den største muligheten for påvirkning via Legeforeningens president og sentralstyret. Det var derfor en selvfølge at Ofs leder var med i sentralstyret sammen med minst en overlege til. Der fikk vi mulighet til påvirkning av sentrale politikere ved møte med Stortingets helsepolitikere og fremheve betydningen av kvalitet i pasientarbeide og viktigheten av å stadig forbedre medisinen via forskning og utdanning. Vi kunne for eksempel forklare betydningen av å dele kirurgien i to hovedspesialiteter, kirurgi og ortopedi, og vi fikk uttrykt vår bekymring for psykiatrien og mangel på psykiatere.

Nær kontakt med overleger over hele landet var viktig. Det ble stadig flere stillinger for spesialister, men allikevel



var det mangel på overleger på mange sykehus. Noen kollegaer havnet i konflikt og trengte hjelp. Resurssenteret på Modum var viktig for slitne leger. Forholdet til media var variert, men ble mere åpent enn tidligere. Hvor mye Of skulle være i media var diskutert, men det var nok de lokale medlemmene som oftest ble intervjuet. Som leder ble jeg spurt om hvordan få leger til å arbeide i periferien og hvordan styre vanskelige overleger.

Det var rike og arbeidsomme år. Jeg håper mange unge leger vil ta utfordringen med å være tillitsvalgt. Det er nyttig!

Tone Sparr



Norsk overlegeforenings 50 års jubileum

Olav Mjøltnes, leder 1996-1997

Styret i Of med sin nye leder som ble valgt for perioden 1996-1997 fulgte i grove trekk samme spor som vi var blitt vant til under den forrige leder, Tone Sparr.

Lønns- og arbeidsvilkår

Som tidligere styrer var også vi opptatt av lønns- og arbeidsforhold. Allerede i 1995 hadde Of satt ned et utvalg som skulle vurdere stillingsorganisering og lønssystem for overleger, det såkalte "Kirschner-utvalget". Innstillingen fra utvalget fikk betydning for senere vedtak på disse områder.

Lønnsoppgjøret i 1996 ble et spesielt oppgjør. Sykehuslegene hadde i mange år opplevd stadig dårligere arbeidsbetingelser, samtidig som real-lønnen gikk nedover. Dette førte til merkbart dårligere rekruttering til sykehusstillinger, samtidig som ferdige spesialister søkte seg bort fra sykehusene. Of mente derfor at det måtte tas et krafttak for å bedre sykehuslegenes lønns- og arbeidsforhold. Of formulerte konkrete krav som Dnlf skulle stille i vårens lønnsforhandlinger med arbeidsgiverorganisasjonene. Det ble først og fremst krevd en vesentlig økning av grunnlønnen. Våre medlemmer rundt i landet var frustrert over situasjonen, og mange sa opp sine avtaler om forlenget arbeidstid. Dette ga en merkbart redusert effektivitet ved sykehusene, og førte til at det en rekke steder kom i stand betydelige forbedringer i lønns- og arbeidsbetingelser allerede før lønnsforhandlingene startet. Situasjonen var ganske tilspisset og en var forberedt på konflikt. Det ble opprettet konfliktråd og utarbeidet konfliktplaner. Enden på det hele ble at syke-

huslegene fikk et ordentlig lønnsløft, og en ganske ny organisasjonsplan.

Splittelsen av AF og dannelsen av Akademikerne.

Det hadde i lengre tid vært misnøye med AF, og tvil om organisasjonen var i stand til å nå de mål legeforeningen satte seg. Ylf og Of krevde derfor et ekstraordinært landsstyremøte for å vurdere om Legeforeningen skulle melde seg ut av AF. Dette førte til at Legeforeningen sammen med noen andre langtidsutdannede akademikere meldte seg ut og dannet Akademikerne.

Utenlandske leger:

Of var opptatt av problematikken omkring utenlandske leger i Norge. Både lønns- og arbeidsvilkår, og også spesialistkompetanse og språkkompetanse. Vi gikk inn for at det ikke skulle opprettes spesielle stillinger eller kvoter for utenlandske leger. I forbindelse med dette arbeidet fikk Of utført en spørreundersøkelse hos alle avdelingsoverleger og en representant for utenlandske leger ved hver sykehusavdeling, vedrørende situasjonen angående utenlandske leger på den enkelte sykehusavdeling. Denne spørreundersøkelsen vakte oppmerksomhet og ble brukt både av Legeforeningen og sykehusadministratorer.

Rekruttering

Som nevnt oppsto det i disse årene en frykt for manglende rekruttering til spesialisthelsetjenesten i sykehus. Of var opptatt av å få i gang stimulerings-



tiltak for å øke rekruttering til spesielle fagområder der rekrutteringsforholdene var spesielt vanskelige, først og fremst laboratoriefagene.

På samme tid kjempet vi også for å få opphevet det såkalte 10/10-92 vedtaket som begrenset muligheter for leger å drive privat praksis. Samtidig gikk vi inn for at det skulle kunne opprettes kombinerte stillinger der overleger kunne drive en viss privat praksis i tillegg til en redusert sykehusstilling.

Juss-kurs for leger

På grunn av stadig økende juridisk problematisering innen medisinen, spesielt på lederplan, startet Of opp jusskurs for overleger. Dette ble populært og ble senere gjentatt.

Of/Ylf

Innstillingen i Of-styret var den gang at vi har svært mye til felles med Ylf. Vi ønsket et nærmere samarbeid med Ylf. Det samme gjorde Ylf, og vi startet derfor med felles styremøter, til gagn for begge foreninger.

Olav Mjøltnes

Norsk overlegeforenings 50 års jubileum

Einar S. Hysing, leder 1998-2000

Utgangspunktet for meg som leder var en periode som styremedlem, innvalgt etter benkeforslag med bakgrunn som hovedtillitsvalgt for overlegene ved Rikshospitalet. Målet var å fokusere på fagforeningsdelen (forhandlinger), organisering av spesialisthelsetjenesten og ledelse/rekruttering av ledere og være aktiv i ledelsen av Legeforeningen ved at jeg som Of-leder var i sentralstyret.

Legers etterutdanning (LEIF) inklusivt diskusjon om resertifisering var en viktig sak i 1998. Universitetenes rolle i spesialistutdanningen var og oppe. Fastlegeordningen var en viktig sak i denne perioden. Det var og forskrifter til de nye helselovene, bruk av helseregistre og regler om IT-bruk i helsevesenet. Opprettelse og deltakelse i Nasjonalt råd for legestillinger og legefordeling var også sak på mange styremøter.

Det var mange organisasjonsendringer på sykehus som ble diskutert, bl.a. organiseringen av Kvinne-barn klinikken på Ullevål hvor driften ble splittet i rene legeavdelinger og sykepleieavdelinger, og fristilling av sykehus i Oslo som kommunale aksjeselskap. Of deltok i møter om RIT-2000. Mistil-liten mellom direktør/tillitsvalgte Ullevål var også behandlet i Of-styret.

Of jobbet mye med et prosjekt om kvinnelige leger i ledende stillinger.

Det ble laget policy- dokument om ledelse. Det ble opprettet nettsted om ledelse. Lederutvalget arrangerte avdelingsoverlegeseminarer.

Of deltok aktivt i lønnsoppgjøret 1998 som til slutt endte i nemnd og der vi fikk gjennomslag på noen viktige punkter for eksempel 58/60 års grense vakt. Lønnsoppgjøret i 2000 endte også i nemnd (KS). Totallønn ble utredet. Seniorpolitikk ble drøftet og det ble laget et informasjonshefte om pensjon. Foreningen ble ledet sparsommelig og regnskapene oppgjort med overskudd. Of hadde vellykkede årsmøte/landsrådsmøte i Fredrikstad 1998, Bodø 1999 og i Trondheim 2000. Perioden 1998 – 2000 var en aktiv periode der Of spilte en viktig rolle i Legeforeningen. Styrene jobbet godt og det var en positiv stemning. Styrene arbeidet mye med de på forhånd utvalgte viktigste saksområdene. Tariffkonferanse, Rørosmøte, kurskomite, lederutvalg, juskurs og



Of-info ble videreført. Deltakelse i Nordöl (årlig møte nordiske overlegeforeninger) og i AEMH (Europeiske overlegeforeninger) ble videreført med stort fokus på å omgjøre møtene mer til politiske arbeidsmøter på bekostning av sosial del. Dette lykkes i Nordöl, men ikke i AEMH. Ved valget i Legeforeningen 1999 foreslo Of at Hans Petter Aarseth skulle gjenvelges og lyktes i at dette ble resultatet.

Jeg fant vervene lærerike og givende, men ble høsten 2000 avdelingsleder, og min administrerende direktør fant denne stillingen uforenlig med ledervervet i Of. Det førte til at Bente Mikkelsen (nestleder) ble valgt til leder fra 2001. Jeg fortsatte imidlertid i sentralstyret t.o.m. 2003 og fikk bidra i forhandlinger som bl.a. førte til fjerning av "knekkpunktet" ved utregning av offentlige pensjoner, og i det viktige lønnsoppgjøret i 2002, det første etter reformen.

Einar S. Hysing



Norsk overlegeforenings 50 års jubileum

Bente Mikkelsen, leder 2001

Først av alt, kjære overleger: Gratulerer med de 50!

2001 var først og fremst året for sykehusreform og overgangen til enhetlig ledelse ved sykehusene.

I flere år hadde Overlegeforeningen satt ledelse og lederrekruttering øverst på dagsordenen, og vært involvert i debattene og prosessen rundt enhetlig ledelse ved sykehusene lokalt. Sykehusreformen aktualiserte lederdebatten fordi sykehusene fikk større fullmakter som kunnskapsbedrifter og det ble stilt nye krav til ledelse – helsereformen var og er en ledelsesreform. Det utløste krevende prosesser preget av interne stridigheter og motsetninger. Vi kjempet for at sykehusavdelingene skulle ledes av leger, samtidig så vi at leger lot seg skremme av en slik utfordring.

Da vi lanserte første utgave av "Overlegen" i 2001 hadde vi verken redaktør eller en plan for utgivelseshyppighet. Ikke hadde vi bestemt om bladet skulle underlegges redaktørplakat eller styret og navnet var bare en prøvetittel. Men blad ble det og "Overlegen" har overlevd sitt første 10-år. Gratulerer til nok en jublant.

Erfaringene som leder i Overlegeforeningen ble for meg en utviklingsmulighet og et springbrett til videre oppgaver i norsk helsevesen. Etter mange år med tillitsverv i nær sagt alle deler av foreningen og lederverv i Østfold legeforening, spesialitetskomité og Overlegeforeningen samt glødende interesse for faget, forskning, politikk, kvalitet og prioritering stilte jeg i 2001 til presidentkandidat – og tapte. Dette åpnet muligheten for å arbeide med de samme spørsmålene fra en ny posisjon. Jeg er svært takknemlig for den tilliten jeg ble gitt i Legeforeningen og all den kunnskapen jeg ble tilført. Fagforeningsarbeid er god lederutdanning!

Når jeg først har anledningen, ønsker jeg å ta med en liten utfordring til oss alle: Som leger må vi fortsette å være en garantist og en pådriver for et kunnskapsbasert helsevesen som sikrer likeverdighet i forhold til helse-



gevinst for den enkelte og for grupper av pasienter og likeverdighet i tilgang på helsetjenester. Vi må bidra til at det gjøres riktige prioriteringer slik at vi både kan ta i bruk og utvikle nye behandlingsmetoder. Samtidig må vi fjerne det som ikke virker, eller til og med er skadelig.

Det må aldri bli tvil om at legen er til for, og forvalter sin kunnskap til beste for pasientene. Det må heller ikke være tvil om at dette kan vi kun oppnå gjennom å samarbeide med brukerne og alle yrkesgrupper i sykehuset og i kommunehelsetjenesten. Tillit er ikke noe vi kan be om eller vedta – den må vi gjøre oss fortjent til både fra pasienten og samfunnet. Vi må etterkomme samfunnets ønske om åpenhet og dokumentasjon, bruke dette til kvalitetsforbedring og videreutvikle vår etiske bevissthet. Mulighetene er større enn hindringene! Takk for anledningen.

Bente Mikkelsen



Norsk overlegeforenings 50 års jubileum

Lars Eikvar, leder 2002-2006

Jeg overtok som leder i Norsk overlegeforening på et tidspunkt hvor både Of, Legeforeningen og norsk sykehusvesen stod overfor den største omstillingen på dette området i moderne tid.

Helseforetaksreformen innebar at eierskapet til sykehusene ble overført fra fylkeskommunene til staten. Samtidig ble arbeidsgiverforholdet flyttet ut til de enkelte nyopprettede helseforetakene, som skulle drives etter mer markedsorienterte styringsprinsipper, bl.a. med innføring av regnskapsloven. Norges arbeidsgiverforening for virksomheter med offentlig tilknytning (NAVO) ble valgt som arbeidsgiverforening for helseforetakene. Det kom klare signaler om at man forventet en omlegging av tariffavtalene, og overlegegruppen ønsket å benytte mulighetene til å etablere en overenskomst som i større grad kunne tilgodese denne gruppens spesielle behov i norske sykehus. Utfordringen var å få etablert en ny avtalestruktur som ga bedre rammevilkår for overlegene samtidig som viktige prinsipper ble videreført. Arbeidet ble dessverre svært tidkrevende, preget av mye uro og avdekket en grunnleggende mangel på forståelse hos arbeidsgiver av hva som

var viktigst for norske sykehusleger. Men det ble etablert et langt bedre fundament for lønnsfastsettelsen til norske overleger, med en bedre sikring av beregningsgrunnlaget for pensjonsberegning og lønn under sykdom. Den nye avtalestrukturen ble imidlertid langt mer krevende å vedlikeholde, og spesielt foretakstillitsvalgte for overlegegruppen har fått en betydelig økning i arbeidsbelastningen.

I perioden satte Of også mye fokus på at medisinsk diagnostikk og behandling på norske sykehus fortsatt måtte være ledet av leger med relevant spesialistkompetanse. Selv om rammevilkårene for organiseringen av spesialisthelsetjenesten var gitt gjennom ny lovgiving, var det viktig å arbeide for at implementeringen av enhetlig ledelse ble gjennomført så hensiktsmessig som mulig. Her stod også lederutvalget i Of sentralt. Det ble bl.a. gjennomført en relativt omfattende serie av seminarer for leger med lederansvar, og etablert



et nettverk av erfarne overlegeledere som samtalepartnere for kolleger i lederstillinger. Of arbeidet også relativt iherdig med organisasjonssaken i Den norske legeforening, med spesielt fokus på hvordan fag og fagforening kunne samles bedre. En god arbeidsdeling mellom de fag-medisinske foreningene og Of var viktig for at overlegene skulle kunne få mest mulig nytte av sitt medlemskap i Den norske legeforening.

Lars Eikvar



Foto: Tor Andersen

Foto: Leif Maliks, Forsvarsbygg

Norsk overlegeforenings 50 års jubileum

Siri Tau Ursin, leder 2006-2007

Fyrst vil eg gjerne få nytte høvet til å gratulere Of med 50-års dagen! Eg hadde glæda av å vere leiar i Overlegeforeningen i perioden 01.09.06 til 31.08.07, eit hektisk og lærerikt år for meg.

Eg fekk vere med på mykje, både tur til Island saman med Ylf, og besøk hjå søster-organisasjonane våre i Sverige og Danmark. I styret handsama me så vidt eg kan sjå av papira mine mellom 150 og 200 saker i løpet av styreåret, og me kom med mange innspel i viktige saker som eg i ettertid kan seie at eg er stolt over å ha vore med på. Eg fekk og mange tilbakemeldingar frå medlemmer over heile landet, og knytte kontaktar som eg fortsatt har stor glede av.

Når det no er på tide å oppsummere året mitt som leiar er det likevel ei sak

som står fram som viktigare enn dei andre, me hamna nemleg i streik medan eg var leiar! I januar 07 var det meininga at det skulle gjennomførast eit hovudoppgjer mellom Akademikarane og NAVO/ Spekter. Trass i møter til langt på natt vart me ikkje samde, og me måtte til riksmeklingsmannen. Heller ikkje her vart det semje, og det vart brot mellom partane. Akademikarane tok ut tilsette ved 10 helseforetak i streik, og fordi ein gjorde eit klokt og balansert uttak så fekk me til ein 8 dagar lang streik. Streiken fekk mykje merksemd i media, og me klarte det som mange



meinte var umogeleg, me fekk NAVO til å møte oss hjå riksmeklingsmannen utan at det vart tvungen lønsnemnd. Den 26.01.07 var streiken over og me hadde fått til ein avtale som til slutt sikra overlækjarane eit snitt på 4,1% i lønsauke.

Det var ei lærerik oppleving å sjå forhandlingar og meklingssituasjonen frå innsida, samstundes var det både litt skremmande og ikkje minst eit stort ansvar å representere overlækjarane i ei slik viktig sak.

Innlegget om mi tid som leiar skulle ha eit politisk innhald, men eg vil like vel få lov til å ta med eit par ord om det organisatoriske kring det å vere leiar i Of. Å ha eit slikt verv ville vere svært vanskeleg, for ikkje å seie heilt umogeleg utan to heilt spesielle personar. Sekretariatet til Of består av Signe Gerd Blindheim og Edith Stenberg. Dei er verdte si vekt i gull, og om styrer og leiarar kjem og går, så er det desse to som alltid er der, som har svaret på alt, og som legg til rette for at Of skal fungere optimalt!

Siri Tau Ursin



Norsk overlegeforenings 50 års jubileum

Nåværende leder Arne Laudal Refsum



Overlegeforeningen 2007-2011- Konsolideringsfase

Lønn og tariff og pensjon

Året 2007 ble innledet med en streik i de statlige helseforetakene, og lønnsoppgjøret ble som resultat av denne streiken 2-delt. Deler av lønnsøkningen ble vedtatt som en del av grunnlaget for å avslutte streiken i januar 2007, mens resten av oppgjøret skulle gjennomføres etter at de andre partene i arbeidslivet var ferdige med sine oppgjør.

Når det nye Of-styret trådte sammen i september var dette det første vi måtte gripe fatt i. Det skulle for overlegegruppen gjennomføres lokale oppgjør, men vi så en betydelig sentral styring på arbeidsgiversiden, hvor NAVO byttet navn til Spekter. Senere samme høst ble det endelig enighet mellom Spekter og Akademikerne om en hovedavtale som sikret en sentral for-

ankring av sosiale bestemmelser, som for eksempel pensjon, uførhet og yrkesskade, og forhandlingssystemet kom også på plass, 6 år etter etableringen av de statlige foretakene. I 2008 hadde Lovisenberg sykehus valgt å bytte fra HSH til Spekter, og her ble det gjennomført en streik på 22 dager før arbeidsgiversiden kom tilbake til forhandlingsbordet. Her var det i til-

legg til lønn vernebestemmelsene, nemlig at man skulle kunne gå hjem dag etter vakansvakt uten trekk i lønn som var streikegrunnlaget. Etter dette har vi fått til en sikring av at lokal økning i minimumslønnene også fører til økning av den sentrale minimumslønssatsen. Staten har krevet en pensjonsreform både i privat og offentlig sektor som tar hensyn til den stadig

økende levealderen. Gjennom Akademikerne sikret Legeforeningen at vi beholdt en bruttoordning hvor sluttlønn etter 30 års opptjening ble bevart.

Sykehusstruktur og økonomi

Det har gjennom denne perioden vært mye offentlig uro omkring sykehussektoren, og helseministre har kommet og gått. Brustad førte en knallhard kamp mot underskudd i sykehusene, og det ble fremstilt som udemokratisk å bruke mer enn Stortinget bevilget. Det hadde aldri tidligere vært bevilget mer til sykehusene, men dette budskapet stemte ikke med forholdene våre medlemmer opplevde med nedskjæringer og spareplaner. Of tok derfor initiativet til å få et konsulentfirma (ECON) til å analysere veksten i statsbudsjettet opp mot lønns- og pensjonsutgifter, nye oppgaver etc. Denne viste at det, i motsetning til politikerenes budskap, var skjedd en betydelig effektivisering av sykehusene, og at nye oppgaver forklarte mye av budsjettveksten. Hanssen kom med samhandlingsreformen som skulle flytte fokus fra behandling til forebygging, og budsjettveksten fra sykehus til kommuner. Denne er i skrivende stund ikke gjennomført. Fortsatt er imidlertid fokus på å holde budsjettene og dette fører til en utstrakt strukturendring og sentralisering, ikke minst ved dannelsen av OUS. Norsk overlegeforening tok derfor initiativ til å etterlyse en Nasjonal Sykehusplan, hvor sykehusstruktur og oppgavefordeling sees i en større sammenheng, og det synes som om vi får gjennomslag for dette.

Ledelse

Som for tidligere styrer har ledelse vært et av hovedsatsingsområder for styrene i disse 4 årene. Of har startet med lederstipender til medlemmene, noe som har vært populært. Policynotatet om ledelse har vært revidert i samarbeid med lederutvalget, og vi har økt antall avdelingslederseminar til 2 årlig.

Leilighet

Styret gikk i 2008 til innkjøp av en leilighet på Aker Brygge, dels for å kunne tilby en fremtidig leder som kunne komme utenfra Oslo-området et attraktivt boalternativ, men også som en mulighet for våre tillitsvalgte til å kunne ta et Oslo-besøk med et rimelig boalternativ. Leiligheten blir i økende grad benyttet som møtelokale. Festen mellom Ylfs og Ofs lag i Holmenkollstafetten ble avholdt her i 2010, så man kan si at leiligheten gir rom for allsidige aktiviteter!

Medlemsinformasjon, "Overlegen" og sosiale medier

Medlemsbladet "Overlegen" har gjennomgått en betydelig fornyelse i løpet av denne perioden. Bladet har fått nytt format og ny layout, det har økt betydelig i omfang, og etter tilbakemeldingene å dømme har dette blitt positivt mottatt. Overlegeforeningen har også brukt nettsidene mer aktivt, vi er etablert på Facebook og bruker mulighetene som ligger i Min side til å sende ut medlemsbrev pr mail til alle medlemmene, som i disse dager har passert 8.000 medlemmer.

Arne Laudal Refsum



Kort historikk om Norsk overlegeforening

AV TIDLIGERE SEKRETARIATSLÉDER ØIVIND CHRISTENSEN

Ideen om å danne en forening av landets fast ansatte sykehusleger ble fremkastet i 1956 av overlegerådet ved Oslo Kommunale sykehus. Allerede vel etablerte spesialforeninger som Norsk kirurgisk forening og Norsk indremedisinsk forening ga umiddelbart sin positive støtte til at det burde dannes en Faste sykehuslegers forening.

Hvorfor fremkom tanken om å danne en ny forening innenfor Legeforeningens organisasjon? Det eksisterte jo den gang allerede et tyvetalls spesialforeninger som hadde sin basis i de respektive spesialiteter. Skulle ikke disse forskjellige spesialforeninger selv kunne ta opp aktuelle problemstillinger med Legeforeningen? Tanken til initiativtagerne til dannelsen av en forening for overordnede sykehusleger var at man da skulle få et slags fellesforbund, og at man gjennom dette skulle samordne og fremme saker av felles interesse for overlegestanden overfor Legeforeningen sentralt. En større gruppering ville stå sterkere bak ønsker og krav enn mange små spesialforeninger.

Et annet motiv var også at man ønsket å samle overlegene i en forening på samme måte som underordnede sykehusleger er samlet i Yngre legers forening (siden 1911).

I første halvdel av 1957 ble det nedsett et arbeidsutvalg blant overlegene. Dette utvalg tok så opp med Legeforeningen sentralt spørsmålet om hvilken organisasjonsform en ny forening skulle ha, skulle det dannes som en avdeling av Legeforeningen eller som en spesialforening? Yngre legers forening var også på det tidspunkt en avdeling under Legeforeningen. Det vil vel i ettertid kanskje ikke vært så



Legeforeningens tidligere hus i Inkognitogt. 26.

unaturlig at Overlegeforeningen var blitt en avdeling, men initiativtakerne fikk ikke gehør for at en eventuell sykehuslegers forening skulle få status som avdeling. Trolig var avslaget såvidt skuffende at arbeidsutvalget ikke orket å gå videre med planene om å danne en sykehuslegers forening. Det tok drøye tre år før spørsmålet om dannelsen av en overlegeforening igjen ble satt på dagsordenen.

Det samme arbeidsutvalg som ble etablert i 1957 tok i september 1960 igjen opp spørsmålet om å danne en sykehuslegers forening, uansett om denne skulle bli godkjent som en

avdeling eller spesialforening. Det ble holdt konstituerende møte i Det norske medisinske Selskab 15. februar 1961, og fra denne dato eksisterte Overordnede sykehuslegers forening. I det konstituerende møte deltok 69 entusiastiske overordnede leger. Legeforeningens sentralstyre godkjente 28. april 1961 Overordnede sykehuslegers forening som spesialforening.

Den nyvalgte formann - Johan Haffner, fremholdt i programerklæringen at de nærmeste oppgaver å ta opp for foreningen ville være administrasjonen og oppbygningen av sykehusvesenet, videre revisjon av sykehuslegenes

lønns- og arbeidsforhold, og å arbeide for opprettelsen av flere faste stillinger.

Selv om årskontingenten ble fastsatt til beskjedne kr. 10,-, ble det ikke umiddelbart den store medlemstilstrømning til foreningen. Først etter ca. to års aktivitet og intens medlemsverving hadde foreningen fått 375 medlemmer. Man kan spørre hvorfor ikke foreningen umiddelbart ble overstrømmet av medlemmer. En av grunnene kan være at de fleste overleger allerede var medlem i en av de allerede eksisterende spesialforeninger, og at medlemskap i en sådan pluss medlemskap i Legeforeningen og obligatorisk medlemskap i en avdeling kunne være tilstrekkelig.

En annen grunn kan være, og var det høyst sannsynlig, at overlegenes lønns- og arbeidsvilkår for 30 år siden var såpass gode at mange ikke kunne skjønne nødvendigheten av å bli medlem i en forening som bl.a. hadde som målsetting å ivareta og kanskje også bidra til gjennom Legeforeningen å bedre overlegenes lønnsvilkår!

En tredje grunn var kanskje at Overlegeforeningen ikke hadde forhandlingsrett. Den hadde Legeforeningen, slik at overlegenes lønnsvilkår ble ivaretatt av denne uansett medlemskap i Overlegeforeningen.

Foreningens tre styreverger gjennom de 10 første år - som i ettertid kan kalles "anerkjennelsesfasen", hadde ingen lett oppgave med å drive foreningen. Økonomien var meget beskjeden, og det å vinne gehør i Legeforeningens sentralstyre var ikke alltid lett, men styrene arbeidet målbevisst for å bedre foreningens status. Kontakt med medlemmene ville være av avgjørende betydning for foreningens videre utvikling. I 1965 ble det derfor bygget opp et system med tillitsvalgte, et system som senere er videreutviklet og forbedret.

Foruten regelmessig å holde styremøter har foreningen siden starten



Legeforeningens tidligere sted på Lagåsen.

hatt sitt årsmøte hver høst. For å gjøre disse årsmøter så tiltrekkende som mulig, har man foruten de vanlige årsmøtesaker, også tatt opp til debatt aktuelle temaer ved hjelp av ofte eksterne foredragsholdere. Jeg har ofte tenkt hvor skuffet mange av foreningens styreverger opp gjennom årene må ha vært når det bare har møtt opp 30 - 40 medlemmer til årsmøtet. Etter at tillitsvalgtapparatet i 1973 ble utbygget med et landsråd, kunne det under enkelte årsmøter hende at det nesten bare var landsrådet til stede! Tidene har heldigvis forandret seg.

Skal man forsøke å sette navn på de neste 10 år, kunne man kalle disse år for "innarbeidings- og utviklingsfasen". Medlemstallet økte, økonomien ble bedre, foreningen fikk representasjon i Legeforeningens landsstyre, og den begynte å få en større innflytelse på beslutningsprosessen innad i Legeforeningen.

Uten forkleinselse overfor tidligere styreverger kan de siste 10 år kalles "kampfasen". Styrene er i denne perioden blitt stilt overfor mange meget vanskelige, men også utfordrende arbeidsoppgaver. Stikkordsmessig skal bare nevnes bedring av overlegenes lønns- og arbeidsforhold,

kampen om ledelse av sykehusavdelinger, utvikling av sykehusvesenet til tross for stadige nedskjæringer i budsjettene, gjennomføring av stillingsstrukturen ved sykehus, en best mulig pasientbehandling, kvalitetssikring m.m. Det var i denne fasen også nødvendig å gi foreningen et mer tidsriktig navn, som fra november 1988 heter Norsk overlegeforening.

Det er riktig å fremheve styrets initiativ i de senere år for, ved hjelp av en entusiastisk kurskomite, å etablere en ordning med forhåpentligvis to permanente administrasjonskurs pr. år. Selv om Overlegeforeningen i sin tid fikk en trang fødsel, skal man i dag være glad for det initiativ noen få ildsjeler blant overlegene tok i 1956. Overlegeforeningen har gjennom 30 år mer og mer vist sin eksistensberettigelse, og dens betydning innenfor Legeforeningens organisasjonsbilde er blitt enda større fra 1993, når systemet med obligatorisk medlemskap i en yrkesforening ble etablert.

35 år etter stiftelsen av Overlegeforeningen i 1961 har foreningen i 1996 passert 4500 medlemmer og er den største av yrkesforeningene i Dnlf.

Øivind Christensen

Ofs sekretariat i årene 1987-1996

Min tilknytning til Norsk overlegeforening ble på en måte forutbestemt når jeg meldte overgang fra Kommunenes Sentralforbund til Legeforeningens forhandlingsavdeling i juni 1985.

Vi var den gang tre jurister under ledelse av forhandlingssjef Sverre Strand, som skulle dekke hele spekteret av lønns- og arbeidsvilkår for foreningens medlemmer. Det falt i mitt lodd å få som arbeidsområde fastlønnte leger i stat, kommuner og fylkeskommuner - herunder overleger. Underordnede sykehusleger ble den gang autonomt ivaretatt av Yngre legers forening med eget sekretariat.

Min forhandlingserfaring med Legeforeningen var som representant for arbeidsgiversiden ved forhandlingene om kommunehelsereformen og nyordningen for avtalespesialister i 1983/84. Jeg hadde riktignok vært medlem av Stillingsstrukturutvalg II inntil jeg skiftet side, men høstet neppe mye applaus fra sykehuslegene for mine arbeidsgivervennlige synspunkter i det arbeidet. Litt kjeft fra Legeforeningen var i denne sammenheng ikke til å unngå!

I kjølvannet av stillingsstrukturforhandlingene fikk jeg gleden av å være med i tariffoppgjøret i 1986 på "rett side". Det er vel neppe å ta munnen for full å hevde at dette var ett av de bedre tariffoppgjør sett med Legeforeningens øyne, og kanskje spesielt for overlegene. I stillingsstrukturforhandlingene ble alle ass. overleger og spesialleger overleger, mange av de tidligere overlegene ble avdelingsoverleger og seksjonsoverleger. Det ble også en solid økning i antall faste stillinger siden mange assistentleger og reseveleger ble overleger. Dette ble starten på en ny giv for spesialforeningen for overordnede sykehusleger - Overord-

nede sykehuslægers forening (Osf) - som ved denne reformen fikk et betydelig utvidet medlemsgrunnlag.

Som de øvrige spesialforeninger som hadde lønns- og arbeidsvilkår og vilkår for privat næringsvirksomhet som interesseområder, var Osf sekretariatsfunksjon dekket av en ansatt i sekretariatet med dedikerte oppgaver for spesialforeningen ved siden av annet hovedarbeidsområde. Osf hadde i over 20 år økonomidirektør Øivind Christensen som "sin mann". Da Øivind Christensen i 1986/87 varslet om at han ville si fra seg arbeidet med Osf, ble jeg spurt om å ta over. Med den arbeidsdeling som var etablert i forhandlingsavdelingen, hadde jeg vel i realiteten ikke mulighet til å takke nei til tilbudet. Dessuten var dette den gang en bistilling med særskilt lønn fra Osf - noe som det ikke var lett å se bort fra!

Min tilnærming til jobben som sekretær for Osf - som observatør fra høsten 1986 - falt sammen med et betydelig øket engasjement fra det styret som ble valgt på årsmøtet i november 1986. Dette styret synes det var på høy tid at spesialforeningene fikk en mer direkte rolle i interessearbeidet i Legeforeningen og at Osf også fikk en rolle innad i Dnlf på linje med Ylf. Dette medførte at overlegegruppen på landsstyremøtet på Bolkesjø i 1987 gikk hardt inn for at Osf også skulle bli representert i Legeforeningens sentralstyre. At overlegegruppen i et sær møte valgte å fremme en annen kandidat enn den styret i Osf hadde foreslått, medførte at den valgte formannen (Rasmus Svihus) trakk seg fra



Odvar Brænden

formannsvervet. Viseformannen, overlege Rolf Schøyen fra Tønsberg rykket opp.

Etter en overlappingsperiode med Øivind Christensen tok jeg over sekretariatsfunksjonen fra 1.10. 1987. Økonomifunksjonen i Osf/Of ble fortsatt ivaretatt av Christensen inntil han fratrådte hovedstillingen i Legeforeningen. Etter dette har regnskapet for Of blitt ivaretatt av økonomiavdelingen i Legeforeningen.

Osf (og jeg) gikk inn i en spennende tid. Det var valgt et entusiastisk styre som ville mye. Som nevnt var Rolf Schøyen rykket opp som formann og han hadde med seg Jan Pape, Tromsø, Eilif Natrud, Trondheim, Arne Trippestad, Bergen, Tone Sparr, Tromsø, Arnt Jakobsen jr., Oslo og Magne Aandahl, Akershus. Årsmøtet i 1987 vedtok et ambisiøst prinsipp- og arbeidsprogram for Osf som ble et godt grunnlag for styrets arbeid. Jeg viser til Schøyens beskrivelse av hva som ble gjort i denne perioden, men



Legenes Hus, Christiania Torv.

jeg vil særlig trekke frem det arbeidet som kurskomiteen under ledelse av Eilif Natrud nedla for å etablere "Rørøskurset" - senere også et administrasjonskurs i tilknytning til årsmøter og landsrådsmøter. Kursene hadde en enorm betydning for overlegenes engasjement i egen spesialforening.

De fleste gjør noen dumme valg i løpet av yrkeskarrieren - så også jeg. Jeg valgte å si opp stillingen i Legeforeningen sommeren 1988 for å forsøke et annet arbeidsfelt. Dette innebar også at jeg forlot Of. Sekretariatsfunksjonen ble deretter igjen ivaretatt av Øvind Christensen inntil seksjonssjef Solveig Oftedal tiltrådte 5.9. 1988. Jeg orienterte meg snart tilbake mot Legeforeningen og ble igjen ansatt i forhandlingsavdelingen, også som sekretær i Of fra 1.9. 1989 siden Solveig Oftedal hadde gått i svangerskapspermisjon.

Foreningen hadde i mellomtiden skiftet navn til Norsk overlegeforening

(Of). Navneskiftet var betimelig og har utvilsomt hatt betydning for utviklingen av Ofs omdømme og identitet som spesialforening/yrkesforening for overlegegruppen. I denne perioden var det av stor betydning for Of at Legeforeningens organisasjon ble gjenstand for nytenkning. Of ønsket større innflytelse på utviklingen av lønns- og arbeidsvilkår, selv om det aldri var aktuelt å gå inn for å legge ansvaret for inngåelse av tariffavtaler til yrkesforeningene istedenfor å være forankret i sentralstyret. Resultatet av organisasjonsendringene var at de "økonomiske" foreningene ble yrkesforeninger med obligatorisk medlemskap og med utvidet representasjon i landsstyret.

Min rolle i Of har vært preget av en balansegang mellom Legeforeningens behov og Ofs. Jeg har aldri forsøkt å prege politikken, selv om jeg av og til måtte målbare standpunkter som var retningsgivende for arbeidet i for-

handlingsavdelingen og sentralstyret - i mot ønskemålene i Of-styret. Dette kunne innebære at sekretæren måtte opptre litt modererende i forhold til styret. Dette ble imidlertid fullt ut respektert. Som nevnt ovenfor, ble det aldri i min tid som sekretær tatt til ordet for en mer fristilt overlegeforening med eget sekretariat - selv om Of med sin størrelse lett kunne ha klart dette. Det var derfor heller ikke nødvendig å minne meg selv på utsagnet fra en tidligere generalsekretær om at noe av hensikten med sekretærer for yrkesforeningene i dobbeltroller, har vært å virke dempende på yrkesforeningenes selvstendighetstrang!

De viktigste arbeidsområdene for Of har vært lønns- og arbeidsvilkår og ledelse i sykehus. Of var sterkt medvirkende til at Legeforeningen i november 1990 iverksatte et særskilt prosjekt som skulle kartlegge overlegenes lønns- og arbeidsvilkår - OLA-prosjektet. Resultatet av undersøkelse-

sen og rapporten ble anvendt ved planleggingen av lønnsoppgjøret i 1992, hvor overlegene skulle prioriteres fra Legeforeningens side. Mangeårig nestleder i Of's styre, overlege Fred A. Mürer ledet i 1995 og 1996 arbeidet med å utrede Legeforeningens mål og strategier for ledelse av sykehusavdelinger og kommunehelsetjenesten. Arbeidet var et resultat av et initiativ som Of tok på Legeforeningens landsstyremøte i oktober 1994. Når jeg bare velger å trekke frem disse sakene, er det ikke av mangel på andre viktige saker som Of har behandlet, men disse to får stå som et bilde på at lønnsvilkår og sykehusledelse har vært det viktigste for foreningen i disse årene.

Jeg var ikke alene om å drifte sekretariatet i Of. Fra 1990 har sekretær og senere konsulent Edith Stenberg tatt seg av det kontortekniske og en rekke av de administrative oppgavene på en glimrende måte.

Jeg har gjennom årene samarbeidet med en rekke dyktige, og fremfor alt svært hyggelige medlemmer av styret i Of. Jeg har innledningsvis nevnt de som var med i "mitt" første styre, men må i tillegg få trekke frem Ingrid Slørdahl Conradi, Tore Gude, Fred A. Mürer, Torgeir Løvig, Åge Enoksen, Marit Gilje Jaatun, Tom Gerner, Hans Petter Aarseth, Tør E. Gudmundsen, Rita Kolvik, Olav Mjøltnes, Tore Grønmark og Lars Rode. I 1996 kom Cecilie Javo, Einar Hysing, Rolf Kirschner og Anne Larsen inn i styret. En viss utskiftning har det vært i denne 10-årsperioden, men særlig i de første årene ønsket de fleste seg gjenvalg i noe større utstrekning enn det landsrådet synes var naturlig!

Jeg må særskilt få lov å nevne det gode samarbeidet jeg har hatt med Of's ledere, først Rolf Schøyen fra 1987 til 1991. Videre Tone Sparr fra 1992 til 1995 og til slutt Olav Mjøltnes fra 1996. Jeg vil på tampen også nevne alle gode opplevelser med Of-

styret - arbeidsmøter i inn- og utland - spesielt på hytta til Tone Sparr i Jarfjorden og tilhørende sykehusbesøk i Nikkel og Murmansk. Uforglemmelige opplevelser - mest på det gode.

I 1996 avsluttet jeg mitt engasjement i Norsk overlegeforening. Ass. forhandlingssjef Tor Stegarud falt bort i alt for ung alder, og det falt i mitt lodd å overta funksjonen som ass. forhandlingssjef og sekretariatsfunksjonen for Rettshjelpsordningen. Det var med ikke lite vemod jeg valgte dette fremfor å fortsette som forhandler for overlegene og sekretær for Of. Stafettpinnen ble overgitt til Jan Molberg, og etter en kort periode videre til fagsjef Signe Gerd Blindheim i Forhandlings- og helserettsavdelingen, som sammen med Edith Stenberg, fortsatt yter Of sine tjenester. Jeg ønsker disse og Norsk overlegeforening lykke til i fortsatt arbeid for overlegenes ve og vel!

Odvar Brønden

Sekretariatsleder i Norsk overlegeforening – fra 12.05.1997

Sekretariatsleder – relevant tittel?

Etter en kort og grei tilsettingsprosess i daværende forhandlingsavdeling i Den norske lægeforening, hadde jeg min første arbeidsdag både i Legeforeningen og Overlegeforeningen 12. mai 1997. Det var en omfattende stillingsbeskrivelse av hva det innebar å være sekretariatsleder i Overlegeforeningen i 50 % av stillingen. Selve tittelen fremstår som ganske pompøs, sett i forhold til at jeg i min 50 % stilling skulle lede Edith Stenberg også i 50 % stilling. Det har ikke bare med at Edith Stenberg i utgangspunktet er selvgående, men det var hun som kunne alle prosedyrer, kjente kulturene og bokstavelig talt var den som ledet meg på den rette vei.

Det er mange og utfordrende saker som har vært behandlet i foreningen. Noen er like aktuelle og viktige i dag. Det som er interessant når man ser tilbake, er hvordan Of over år har hatt en rekke grunnleggende prinsipper som har vært førende for foreningens virksomhet og hvordan disse har tilpasset seg og blitt videreutviklet under ulike styrer og endrede politiske forutsetninger. Jeg har valgt noen områder hvor jeg som sekretariatsleder i særlig grad har vært involvert.

A) LEDELSE I SYKEHUS

Ny helselovgivning

Of var en sentral premissleverandør i Legeforeningen i forbindelse med at de nye helselovene trådte i kraft for vel 10 år siden. Et særlig stort engasjement var knyttet til hvem som skulle lede medisinske enheter i sykehus. I forbindelse med Steine-utvalgets anbefalinger i NOU:1997 Pasienten først, støttet Of forslaget om at avdelingsledelse i sykehus skal være enhetlig, men presiserte at relevant spesialitet skal ha avgjørende betydning for hvem som skal lede kliniske avdelinger.

Medisinsk ledelse

Of definerer legers ledelse av en medisinsk enhet som medisinsk ledelse. Målet for medisinsk ledelse er å sikre faglig forsvarlighet i pasientbehandlingen; dette innebærer riktige prioriteringer og fleksibilitet i forhold til den enkelte pasients undersøkelse og behandling, styring av pasientinntak og pasientstrøm, ventelister, forholdet mellom øyeblikkelig hjelp og elektiv virksomhet, samt fagutvikling etc. Riktig prioritering vil sikre best mulig ressursutnyttelse.

Lege som er spesialist i relevant fagområde

Of mener at den medisinske enheten må sikres ledelse av spesialist i relevant fagområde fordi utnyttelse og forvaltning av den medisinske kompetanse som er nødvendig for den diagnostikk, behandling, fagutvikling og forskning som utøves i enheten, som regel vil falle sammen med eksisterende spesialitetsgrenser.



Signe Gerd Blindheim

Medisinsk-faglig rådgiver

Disse stillingene har vært en utfordring i alle år. Det vises til § 3-9 i lov om spesialisthelsetjenesten hvor det i andre ledd heter:

"Dersom kravet til forsvarlighet gjør det nødvendig, skal det pekes ut medisinsk-faglige rådgivere."

Medisinsk-faglig rådgiver gis i henhold til lovforarbeidene ikke fullmakter eller ledelsesansvar, og skal ikke erstatte ledelsesposisjoner. Med unntak av rådgivning på høyt nivå i sykehusorganisasjonen, mener Of/Legeforeningen at dette er en uhensiktsmessig ordning som kan tilsløre reelle ansvarsforhold. Legeforeningen har derfor gjennom flere år, basert på et vedtak i sentralstyret i november 2000, frarådet leger til å ta på seg denne funksjonen på avdelingsnivå eller tilsvarende enheter. Ordningen med medisinsk-faglig rådgiver på avdelingsnivå og tilsvarende enheter er lite brukt. Sykehus har i stedet

valgt å tilsette ledere med medisinske kvalifikasjoner i linjeledelse med et samlet medisinsk systemansvar.

Informasjon – policydokumenter

Of har informert medlemmene om utfordringer i tilknytning til ledelse og utgitt policydokument om ledelse; sist revidert i 2010. For tiden revideres Ofs informasjonshefte om tilsetting i lederstillinger; herunder forhold man må være oppmerksom på ved inngåelse av avtaler om denne type stillinger.

Lederseminarer

Høsten 1997 arrangerte Of seminarer med målsetning om å øke bevisstheten om ledelsesspørsmål, videreutvikle kvaliteten på avdelingsledelse og lage nettverk for fremtidige avdelingsledere. Ofs lederutvalg er ansvarlig for det faglige innhold; aktuelle tema innen ledelse. Seminarene er holdt årlig. I år er det 15 års jubileum for ledelseseminarene.

Ledernetttverk

Ofs ledernetttverk ble etablert i 2004 og består av erfarne ledere med medisinsk spesialistbakgrunn som har sagt seg villige til å være samtalepartnere for kolleger i lederstillinger. Nettverket er et uformelt konsept i Ofs regi og administreres av Ofs lederutvalg og sekretariat. Deltakerne i nettverket er uavhengige samtalepartnere som formidler sine personlige synspunkter og gir uforbindtlig råd.

Lederstipend

Of har ønsket å satse mer på lederutdanning. En egen lederutdanning vil kreve ganske omfattende økonomiske garantier, og styret foreslo i 2009 at det ble etablert en ordning med lederstipend til videreutdanning og etterutdanning for. Landsrådsmøtet gav sin tilslutning til at det i budsjettet for 2010 ble øremerket kr. 300 000 til dette. Basert på interesse for stipendordningen, ble ordningen videreført også for budsjettåret 2011.

B) LØNNS-OG ARBEIDSVILKÅR

Akademikerne

20 oktober 1997 stiftet Legeforeningen sammen med sivilingeniørene, juristene, tannlegene og siviløkonomene Akademikerne. Formålet for den nye hovedsammenslutningen var blant annet å fremme en desentralisert og markedsbasert lønnsdannelse på basis av utdanning, kompetanse, kunnskap, innsats og ansvar.

Går man tilbake til 1997; det året Akademikerne ble dannet, var Ofs krav blant annet:

- Økning av lønnsnivå for leger ved universitetsklinikkene
- Større lønnsdifferensiering for overleger i forhold til faglig ansvar og kompetanse
- Større økonomisk uttelling for lederansvar
- Radikal forbedring av lønnsnivået for leger i vitenskapelige stillinger generelt.

Dette er krav som i ulike former har vært fremmet også i etterfølgende lønnsoppgjør; også ved inngåelse av nytt avtaleverk i forbindelse med helseforetaksreformen

Særavtaler for sykehusleger

I tidligere forhandlingsystem hadde man særavtaler for sykehusleger ansatt i henholdsvis stat, fylkeskommuner og Oslo kommune. Disse hadde forskjellig innhold på enkelte punkter; blant annet ulike kriterier for ukentlig arbeidstid for overleger med vakt-tjeneste. Det var tariffstridig å avtale bedre bestemmelser enn særavtalen på en rekke punkter.

Vaktfritak

I 1998 ble særavtalen for leger i fylkeskommunale sykehus gjenstand for nemndsbehandling. Et viktig resultat var at bestemmelsen om vaktfritak for overleger ved en viss alder ble endret fra en "kan" bestemmelse til en plikt

for sykehuset til å frita legen for vakt dersom legen selv ønsker dette. Denne rettigheten ble også videreført i avtaleverket for helseforetakene. Det er dessuten en mulighet etter eksisterende avtaleverk for helseforetakene å forhandle vaktfritak ved lavere grense ved særlig belastende fag. Det har partene lokalt benyttet seg av flere steder.

Alderspensjon for sykehusleger.

I denne perioden hadde Of også gitt ut sitt første informasjonshefte om alderspensjon for sykehusleger. Heftet ble revidert i 2000, da det skjedde positive endringer som fikk aktualitet for overlegene som pensjonerte seg etter denne revisjonen. Det såkalte "knekkpunktet" ved beregning av pensjonsgrunnlag ble fjernet; etterhvert i alle de offentlige pensjonskassene. Det hadde seg tidligere slik at inntekt opp til 8 x folketrygdens grunnbeløp (G) ble regnet med fullt ut i pensjonsgrunnlaget, mens inntekt mellom 8G og 12G bare ble regnet med som 1/3. Fjerning av knekkpunktet innebar at all inntekt opp til 12 G skulle regnes med i pensjonsgrunnlaget. Skuffelsen var desto større for medlemmer som hadde gått av med pensjon like før revisjonen. Legeforeningen forsøkte flere omkamper for å se om det var mulig å få en viss tilbakevirkning, men det førte ikke fram.

Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten – etablering av helseforetak. Arbeidet med dette var en stor og viktig utfordring for Of. Gjennom diskusjoner og arbeidsgrupper ble det etter hvert utviklet en del grunnleggende prinsipper både for innholdet i reformen som sådan og for et kommende avtaleverk.

Ofs tilslutning til reformen var betinget av at den fikk et innhold som var egnet til å utvikle et bedre helsevesen for pasientene. I møter og høringsuttalelser fremhevet Of betydningen av faglighet på alle nivåer, og understreket



at fokus på eierskap og økonomi ikke må gå på bekostning av tiltak som kan bedre kvaliteten i helsetjenesten.

Nytt forhandlingssystem

Ved etablering av nytt forhandlings-system, var det viktig for Of at det nye avtaleverket hadde et sentralt nasjonalt nivå som sikret minimumsbestemmelser for leger ansatt i sykehus. Det var viktig å få videreført en del av de grunnleggende rettighetene som var oppnådd ved tidligere forhandlinger om særavtalene for sykehuslegene.

Det ble omfattende og tidkrevende forhandlinger når det gjaldt hvilke reguleringer som måtte ivaretas sentralt, hva som skulle tas ved foretaksvis forhandlinger, samt detaljeringsgraden av avtaleutformingen. Det var viktig å få på plass en sikringsbestemmelse om at legenes lønnsnivå ikke skulle forringes som følge av omlegging til nytt system alene for sammenlignbare forhold i nytt og gammelt system. Konvertering av eksisterende avtaler og lønnsoppgjør krevde stor innsats på alle nivå i organisasjonen.

Ofs lønnspolitiske målsettinger

Of har en målsetting om å oppnå en vesentlig heving av grunnlønnen for overlegene, og en lønnsfastsetting som gir uttelling for individuelle kvalifikasjoner og hvor kompetanse, ansvar og oppgaver i større grad kunne gjenspeiles i lønnen.

Det nye avtaleverket ga partene lokalt mulighet for inngåelse av hensiktsmessige avtaler i helseforetaket, uten de

ufravikelighetsbestemmelser som i stor grad kjennetegnet tidligere særavtaler. Ansvar, kompetanse og virksomhets-elementer inngikk i basislønn for flere av Ofs medlemmer.

Vitenskapelig kompetanse- og arbeid fikk på ingen måte økonomisk uttelling i forhold til målsetningene i Ofs arbeidsprogram; man fikk imidlertid i de første forhandlingene i forbindelse med helseforetaksreformen det man kan kalle et symbolsk tillegg for dr. grad.

I kjølvannet av et nytt avtaleverk i NAVO/Spекter og etterfølgende tilpasninger til nytt system i HSH-sektor, har det fra medlemmer ved statlige institusjoner vært signalisert behov for gjennom sentrale justeringer å få et høyere generelt lønnsnivå etter at basislønnsnivået for leger i helseforetakene har økt.

Of er opptatt av vilkårene for leger i kombinerte stillinger helseforetak og sykehus. I tillegg til fokus på å heve lønnsnivået generelt, pågår det for tiden et arbeid med å sikre at begge ansettelsesforhold skal regnes med i legens pensjonsgrunnlag.

Of har i de etterfølgende tariffoppgjør videreutviklet og tilpasset sine lønnspolitiske målsetninger både i kort-siktig og langsiktig perspektiv. Det er fortsatt behov for å ha et sentralt avtaleverk som sikrer minimums-lønnsnivåer, og ikke minst et avtaleverk som har fokus på fleksibilitet i arbeidssituasjonen.

Arbeidstidsordninger og vernebestemmelser

Arbeidstid; herunder fleksibilitet, vernebestemmelser og vaktbelastning har vært et gjennomgående hovedtema i Ofs arbeid, og krav om forbedringer på ulike punkter i arbeidstidsbestemmelsene har vært spilt inn ved gjentatte tariffoppgjør. En del av de kravene man så langt ikke har fått innfridd i sentralt avtaleverk, ser vi at dyktige Of tillitsvalgte har oppnådd gjennom langsiktig påvirkningsarbeid overfor lokal arbeidsgiver.

I regi av de nordiske overlegeforeningene, ble det arrangert en konferanse om overlegers arbeidstid og arbeidsmiljø i København 16. november 2007. Fokus var i særlig grad helseeffekter av lange vakter og belastningen ved nattarbeid. Som et resultat av konferansen ble det utarbeidet en felles resolusjon som presiserte at leger er dagarbeidere med vakt. Det må være tilstrekkelig hvile mellom arbeidsøktene, og nattarbeid må skje under tilfredsstillende forhold. De nordiske overlegeforeningene vil arbeide for implementering av arbeidstidsdirektivet med formål best mulige medisinske tilbud og pasientsikkert i et godt arbeidsmiljø. Resolusjonen ble tema på det årlige plenumsmøtet i den europeiske overlegeforeningen AEMH.

C) NORDISK OG EUROPEISK SAMARBEID

Of har et interessant og nyttig samarbeid med de nordiske overlegeforeningene. Det er stor grad av gjennkjennelse i debattene når det gjelder utvikling av helsetjenester og utfordringer i tilknytning til arbeidsforhold i landene. De sekretariatsansatte deltar i møter og arbeidsgrupper og har stor gjensidig nytte av dette arbeidet.

Som sekretariatsleder har jeg også deltatt på mange møter og i arbeidsgrupper i den europeiske overlegeforeningen AEMH. Det er interessante tema som berører overleger, men det er ikke like lett å legge et felles utgangspunkt til grunn der som i det nordiske samarbeidet

D) HJEMMELSSYSTEMET FOR LEGESTILLINGER

Høsten 2009 tok Of i et brev til sentralstyret opp en rekke problemer som har vært spilt inn i tilknytning til hjemmelssystemet for legestillinger. Of anmodet Legeforeningen om å sette fokus på arbeidet med å få endret legefordelingssystemet.

Ved flere helseforetak tilsettes leger i stillinger som ikke er lovlig opprettet av Nasjonalt Råd (NR), såkalte grå stillinger. Disse legene utfører oftest ordinært legearbeid ved virksomheten, og vil da etter arbeidsmiljølovens bestemmelser ha krav på faste stillinger, selv om stillingen ikke er lovlig opprettet av NR. Dette må da helseforetaket bringe i orden.

En tendens i den senere tid har vært at leger som søker vaktfritak, har møtt press fra arbeidsgiver om å gi fra seg hjemmelen til en annen lege som kan delta fullt ut i vaktordningen og så bli konsulent eller rådgiver!

Dagens hjemmelssystem tar heller ikke i tilstrekkelig grad høyde for ulike modeller av kombinasjonen forskning/klinisk arbeid. Videre er det også leger som vegrer seg mot å levere fra seg stillingshjemmelen når de får tilbud om lederstillinger som ligger utenfor hjemmelssystemet.

Signe Gerd Blindheim



Hvordan har overlegene det?

Overlegene jobber mye. De trener mer enn før, røyker mindre og drikker moderat. De er generelt tilfreds med jobbene sine. De mannlige overlegene har høyere BMI enn de kvinnelige, og mennene er oftere gift/samboene enn de kvinnelige overlegene. Overlegene bruker 3,1 time fritid pr uke til faglig oppdatering, og 1/3 får aldri eller sjelden ros fra overordnet.

Sammendrag

Bakgrunn Vi har mye forskningsbasert kunnskap om hvordan norske leger har det, både på jobb og ellers. Men det er få av disse studiene som viser data spesielt for overlegene, som regel er de slått sammen med leger i spesialisering (LIS-leger) i kategorien "sykehusleger". Formålet med denne artikkelen er å se spesielt på overlegenes velvære – deres generelle helse, tilfredshet med livet – deres arbeidsvilkår – jobbtilfredshet, opplevd arbeidspress, ukearbeidstid, andel av ukearbeidstiden for pasientarbeid, opplevd stress i forbindelse med omorganiseringer i helsevesenet – samt overlegenes faglige oppdatering, inkludert bruk av utdanningspermisjon.

Materiale og metode Data kommer fra Forskningsinstituttets referansepanel, et tilnærmet representativt utvalg av ca. 1 600 yrkesaktive leger i Norge, hvorav ca. 400 overleger, som er fulgt med postale spørreskjemaer siden 1994. I denne artikkelen benyttes data fra 2000, 2008 og 2010. Mellom 400 og 412 av overlegene svarte hvert av disse årene.

Resultater På en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 7 (svært fornøyd) skåret overlegene gjennomsnittlig 5,2 – både på generell tilfredshet og jobbtilfredshet. Verdiene har vært stabile i hele perioden fra 2000 til 2010. Selvrapportert gjennomsnittlig ukearbeidstid var også nesten uendret: 44,6 timer per uke i 2000, 45 i 2008 og 45,2 i 2010. Andelen av ukearbeidstiden som går med til direkte pasientarbeid gikk derimot ned fra 54 % i 2000 til 46 % i 2010. I 2000 sa 26 % av overlegene at de opplevde et uakseptabelt arbeidspress, i 2008 hadde dette tallet gått opp til 32 %. 43 % av overlegene opplever de stadige omorganiseringene i helsevesenet som svært stressende. 66 % ønsker en kortere arbeidsuke hvis de ikke trengte å ta økonomiske hensyn.

De fleste av overlegene (79 %) mente i 2008 at de var faglig oppdatert i sitt daglige arbeid. 89 % av overlegene hadde rett til overlegepermisjon, og 60 % hadde hatt overlegepermisjon minst én gang. Den viktigste grunnen til ikke å ta ut overlegepermisjon var vanskeligheter med å rekruttere vikar. De fleste av overlegene (86 %) hadde god selvrapportert helse i 2010, og bare 13 % hadde hatt mer enn tre sykedager dager siste år.

Konklusjon Norske overleger jobber mye, har god helse, og er gjennomgående fornøyde med jobben sin. Men det er mange som ikke får tatt ut sin lovbestemte overlegepermisjon fordi forholdene ikke legges til rette for det, og de stadige omorganiseringene i helsevesenet oppleves som svært stressende.



OLAF G. AASLAND

olaf.aasland@legeforeningen.no
olaf.aasland@legeforeningen.no
Legeforeningens forskningsinstitutt
Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo
og Avdeling for helseledelse
og helseøkonomi
Institutt for helse og samfunn
Universitetet i Oslo

JUDITH ROSTA

judith.rosta@legeforeningen.no
Legeforeningens forskningsinstitutt



Bakgrunn

Legers helse og velvære er en viktig og undervurdert helsepolitisk faktor. Det er dokumentert at gode arbeidsforhold har positiv innflytelse på legers helse. En god helsetilstand og optimal arbeidssituasjon gir høyere livskvalitet for legene, og dermed bedre behandling og høyere pasientsikkerhet (1).

Ved Legeforeningens forskningsinstitutt har vi siden 1994 fulgt en representativ kohort på ca. 1600 leger, Referansepanelet, med spørreskjemaer annet hvert år. Panelet er blitt supplert med yngre leger i 2000 og 2008 etter hvert som andre ble pensjonister.

I de fleste publikasjonene hittil har vi sett på sykehusleger, dvs. avdelingsoverleger, overleger og LIS-leger som én gruppe, i tillegg til allmennleger, privatpraktiserende spesialister og andre leger. Bortsett fra tre artikler av Haffner og medarbeidere i 2000 om avdelingsoverlegenes ledelse og kvalitetsarbeid (2-4), er det ikke publisert noe spesifikt om overleger. Overlegene har en nøkkelfunksjon både som klinikere, kliniske ledere og veiledere for leger i spesialisering, og burde fått mer forskningsmessig oppmerksomhet.

I denne artikkelen ser vi på overlegenes arbeidstid og jobbtilfredshet, velvære, helse og levevaner, og noen forhold som kan gjøre den kliniske hverdagen tyngre, som for eksempel vansker på å få tatt overlegepermisjon, eller de stadige omorganiseringene i helsesektoren.

Materiale og metode

Data kommer fra Forskningsinstituttets Referansepanel i 2000, 2008 og 2010. Vi kjenner ikke respondentenes yrkesgruppetilhørighet, og er derfor avhengig av hvilken jobbtittel de har oppgitt i spørreskjemaene. I denne artikkelen har vi inkludert leger med følgende stillingsbetegnelser: sjefslege, klinikkssjef, avdelingsoverlege,

avdelingsleder, seksjonsoverlege, seksjonsleder og overlege, samt leger som er konstituerte i slike stillinger. I en del av sammenligningene har vi også med data fra LIS-leger (tidligere assistentlege) og privatpraktiserende spesialister.

Spørsmål

Nokså identiske spørsmål om antall uketimer for pasientarbeid, møtevirksomhet, papirarbeid, telefoner og medgått tid til sammen er stilt ved hver spørreunde. I 2008 spurte vi også om antall timer i tilstedevakter og hjemmevakter per måned, og hvorvidt legene ønsket å jobbe mindre enn, omtrent like mye som, eller mer enn de gjorde. I 2000 og 2008 ble legene dessuten bedt om å angi hvor ofte de opplevde at de arbeidet under et uakseptabelt arbeidspress (svar-kategorier: aldri, sjelden, i blant, nokså ofte og ofte).

Jobbtilfredshet ble kartlagt med Job Satisfaction Scale (5). Dette instrumentet, som ikke er spesifikt for leger, består av ti spørsmål om arbeidssituasjonen der man skal angi graden av fornøydhet på en skal fra 1 (svært misfornøyd) til 7 (svært fornøyd). De ti spørsmålene handler om ansvar,

variasjon, forholdet til kolleger, fysisk arbeidsmiljø, mulighet til å bruke egne evner, samlet jobbtilfredshet, frihet til å velge egne arbeidsmetoder, anerkjennelse, lønn og arbeidstid. Samlet jobbtilfredshet er gjennomsnittet av summen av svarene på alle de ti spørsmålene skårer, dvs. en verdi mellom 1 og 7.

Subjektiv velvære ble målt med spørsmålet "Når du tenker på hvordan du har det for tiden, er du stort sett fornøyd med tilværelsen, eller er du stort sett misfornøyd?". Også dette spørsmålet ble skåret på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 7 (svært fornøyd).

I 2008 ble legene bedt om å angi sin egen helse på følgende skala: god, nokså god, middels, nokså dårlig, dårlig. Dette året spurte vi også om bruk av overlegepermisjon og om antall uketimer utenfor arbeidstiden som går med til faglig oppdatering. I 2010 spurte vi om i hvilken grad stadige omorganiseringer i helsevesenet ble opplevd som personlig stressende, med svaralternativer ikke stressende, litt stressende, ganske stressende og svært stressende.

Analyser

Resultatene presenteres deskriptivt. Vi benytter prosentandel og gjennomsnittsverdier til å beskrive generell tendens og gruppesammenligninger, og statistisk signifikans testes med kji-kvadrat og/eller 95 % konfidensintervall.

Resultater

Gjennomsnittsalderen for overlegene var 50,4 år i 2000 og 51,3 år i 2010. Kvinneandelen i økte fra 21 % i 2000 til 38 % i 2010. Til sammenligning hadde alle norske overordnede sykehusleger under 70 år en gjennomsnittsalder på 51,5 år og en kvinneandel på 34,9 % i 2010.

Fagområder og stillingsbetegnelser i 2010 fremgår av tabell 1.



Foto: Leif Møllås, Forsvarsbygg

Tabell 1 Fagområde og stilling for de 411 respondentene som var overleger i 2010

Fagområde/spesialitet	alle	kvinner	menn	stilling	alle	kvinner	menn
indre medisinske fag	154	53	98				
barnesykdommer	23	7	16				
fysikalsk medisin og rehabilitering	13	4	9				
hud- og veneriske sykdommer	4	3	1				
blodsykdommer	4	1	3				
bryst- og endokrinkirurgi	2	2	0				
endokrinologi	3	2	1	klinikkssjef	2	0	2
fordøyelsessykdommer	9	1	8	avdelingsoverlege	14	0	14
geriatri	6	0	6	avdelingsleder	5	2	3
hjertesykdommer	10	1	9	seksjonsoverlege	15	2	13
idrettsmedisin	1	0	1	seksjonssjef	1	1	0
indre medisin*	17	4	12	overlege*	103	39	61
infeksjonssykdommer*	4	2	1	konstituert overlege	14	9	5
lungetykdommer *	6	0	6				
nevrologi	16	9	6				
nyresykdommer	9	2	7				
onkologi	13	7	6				
revmatologi	8	4	4				
øyesykdommer	6	4	2				
kirurgiske fag	111	35	75				
anestesiologi*	28	9	18				
fødselshjelp og kvinnesykdommer	24	14	10	klinikkssjef	1	0	1
gastrokirurgi	14	2	12	avdelingsoverlege	8	2	6
generell kirurgi	5	1	4	avdelingsleder	5	2	3
karkirurgi	6	2	4	seksjonsoverlege	13	4	9
nevrokirurgi	1	0	1	seksjonssjef	3	0	3
ortopedisk kirurgi	20	4	16	overlege*	79	27	51
plastikkirurgi	2	1	1	konstituert overlege	2	0	2
urologi	4	2	2				
thoraxkirurgi	2	0	2				
øre-nese-halssykdommer	5	0	5				
psykiatri	76	36	37				
barne- og ungdomspsykiatri*	14	9	4	avdelingsoverlege	12	5	7
psykiatri *	62	27	33	konstituert avdelingsoverlege	1	1	0
				avdelingsleder	3	2	1
				seksjonsoverlege	2	0	2
				seksjonssjef	1	1	0
				overlege*	54	25	26
				konstituert overlege	3	2	1
laboratoriefag	55	24	29				
immunologi og transfusjonsmedisin	3	1	2	avdelingsoverlege	8	4	4
klinisk farmakologi	2	1	1	avdelingsleder	5	1	4
klinisk nevrofysiologi	1	0	1	seksjonsoverlege	4	1	3
medisinsk biokjemi	1	0	1	seksjonssjef	3	0	3
medisinsk genetikk	2	0	2	overlege*	30	15	14
medisinsk mikrobiologi	8	4	4	konstituert overlege*	5	3	1
nukleærmedisin	1	1	0				
patologi	8	4	4				
radiologi*	29	13	14				
samfunnsmedisin	6	4	2				
arbeidsmedisin	4	3	1	overlege	6	4	2
samfunnsmedisin	2	1	1				
allmennmedisin*	9	4	4				
				seksjonsoverlege	1	1	0
				overlege*	8	3	4
alle*	411	156	245				
				klinikkssjef	3	0	3
				avdelingsoverlege	42	11	31
				avdelingsleder	18	7	11
				seksjonsoverlege	35	8	27
				seksjonssjef	8	2	6
				overlege*	280	113	158
				konstituert avdelingsoverlege	1	1	0
				konstituert overlege*	24	14	9

*Vi mangler opplysning om kjønn på 10 respondenter

I 2000 ble 400 av Referansepanelets respondenter kategorisert som overleger, hvorav 150 med lederfunksjon. Tilsvarende tall i 2008 var 412 hvorav 114 ledere, og i 2010 411 hvorav 107 ledere. Andelen overleger med lederfunksjon har altså gått ned fra 28 % i 2000 til 26 % i 2010. Tabell 2 viser hva de 400 overlegene fra 2000 gjør i 2010.

Tabell 2 Situasjonen i 2010 for 400 overleger i 2000

	antall	prosent
Overlege	213	53
Privatpraktiserende spesialist	19	5
Forskning, administrasjon, fastlege	35	9
Pensjonist eller død	115	29
Ukjent	18	4
	400	100

Familieforhold og bosted

Overlegenes familieforhold og bosted er illustrert i tabell 3, som er basert på data fra 2008. Av anonymitetshensyn har vi ikke mer detaljerte opplysninger om hvor legene bor eller arbeider.

Helse og levevaner

På spørsmål om hvor god helsen er, med svaralternativene ”svært god”, ”god”, ”ikke helt god” og ”dårlig” svarte de aller fleste svært god eller god. Andel som svarte ikke helt god eller dårlig var 17 % blant overlegene og 6 % blant legelederne (p=0,002). Tilsvarende andeler for LIS-leger og privatpraktiserende spesialister var 9 % og 10 %.

(95 % KI 22,9 til 23,9), for mannlige overleger 25,4 (25,0 - 25,8). I 1993 var BMI for kvinnelige leger 21,9 (21,6 - 22,2), for mannlige leger 24,1 (23,9 - 25,8). Legenes BMI har med andre ord økt signifikant fra 1993 til 2010.

22 % av overlegene og 24 % av legelederne røykte i 2000. I 2010 hadde disse andelen sunket til henholdsvis 8 % og 11 %. I forhold til alkohol skåret 6 % av overlegene over en risikogrense på 9 på AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test; 6). Tilsvarende andel for legelederne var 9 %, for LIS-legene 7 %, og for de privatpraktiserende spesialistene 12 %. Disse forskjellene er ikke statistisk signifikante. Bortsett fra at flere menn enn kvinner er alkoholrisikanter er det heller ingen av gruppene som er overrepresenterte i risikogruppen, heller ikke i forhold til de fem spesialitetsgruppene som er definert i tabell 1. Omlag 70 % av overlegene trener ukentlig eller oftere. Her er andelen noe høyere blant de privatpraktiserende spesialistene (79 %, ikke signifikant).

BMI (body mass index, vekt/høyde²) er beregnet basert på egenrapporterte data om høyde og vekt i 2010. Det var ingen signifikante forskjeller mellom legegruppene. Gjennomsnittlig BMI i 2010 for kvinnelige overleger var 23,4

Tabell 3 Familiesituasjon og bosted for overleger i referansepanelet 2008. Prosent

	alle (406-412)	kvinner (136-142)	menn (263-266)
Sivilstand			
enslig	5,2	9,4	3,0
samboende	7,1	10,1	5,6
gift/partnerskap	79,9	67,4	86,2
separert, skilt, enke/enkemann	7,9	10,1	5,2
Partner er lege	21,5	22,5	21,3
Antall barn			
0	6,9	14,5	3,0
1-2	48,6	48,5	48,7
3 eller flere	44,5	37,0	48,3
Bosted			
Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland	41,9	43,8	41,0
Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder, Vest-Agder	17,2	12,4	19,8
Rogaland, Hordaland, Sogn og Fjordane	18,5	24,1	15,3
Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag	12,8	14,6	11,9
Nordland, Troms, Finnmark	9,4	5,1	11,6
utlandet	0,2	0	0,4

Vi spurte i 2010 om hvor mange dager legene hadde vært sykmeldte siste år. 58 % av overlegene og 69 % av legelederne hadde ingen sykedager, sammenlignet med 54 % av LIS-legene og 88 % av de privatpraktiserende spesialistene. Tar vi også med dem som hadde hatt sykefravær på inntil 3 dager får vi med ytterligere 19 % av overlegene og 14 % av legelederne.

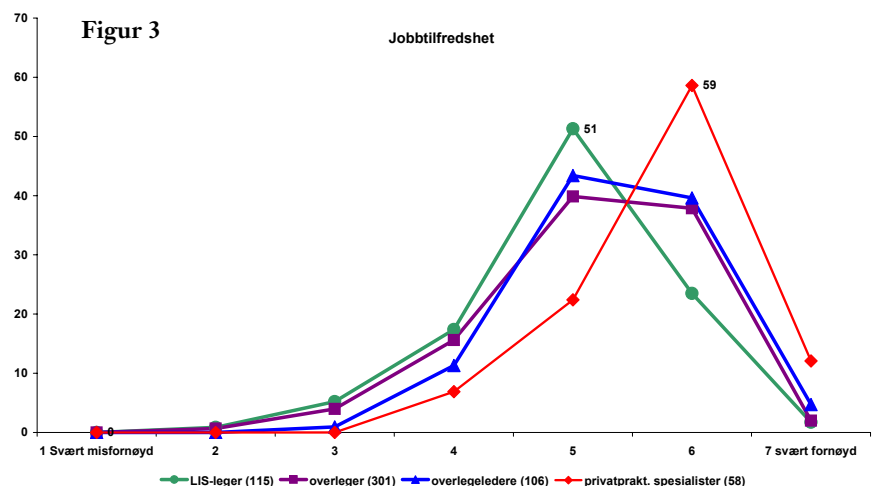
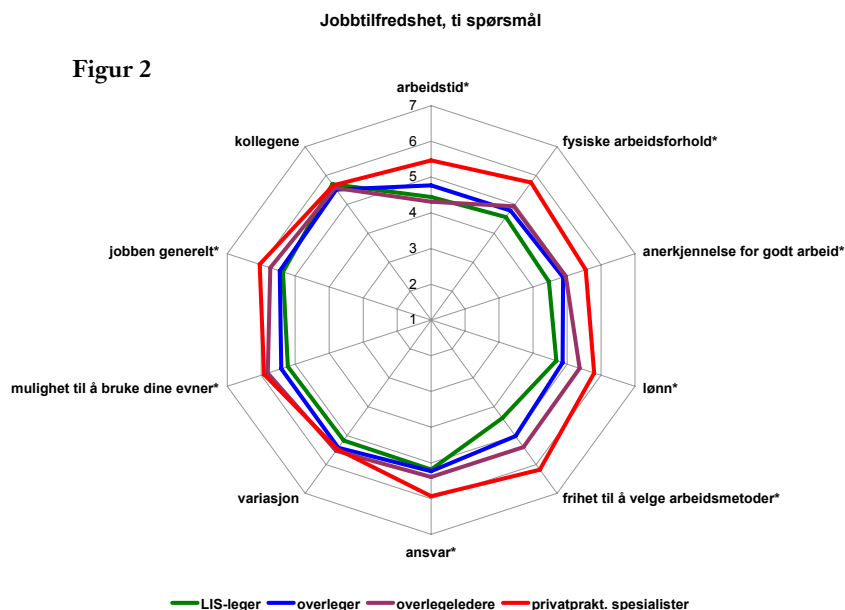
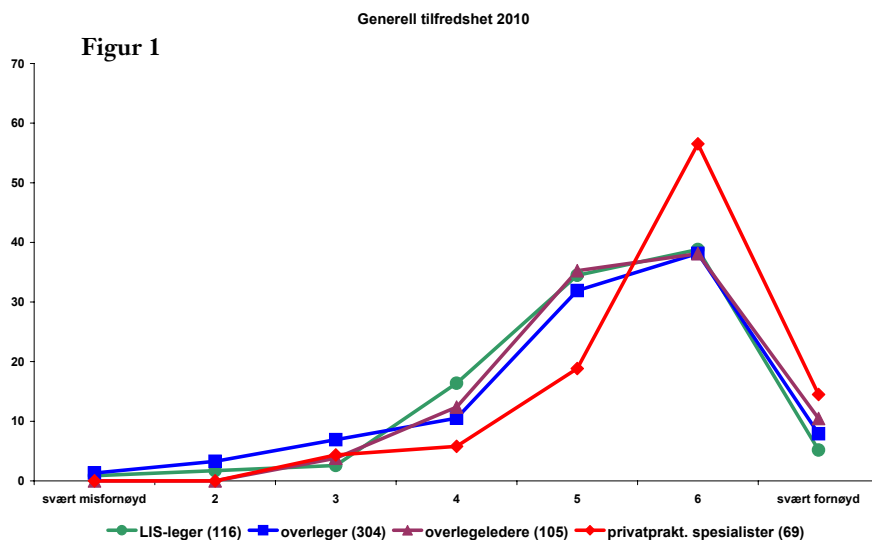
Generell tilfredshet og jobbtildfredshet

Figur 1 viser fordelingen av svarene på spørsmålet "Når du tenker på hvordan du har det for tiden, er du stort sett fornøyd med tilværelsen, eller er du stort sett misfornøyd?", på en skala fra 1 (svært misfornøyd) til 7 (svært fornøyd). De privatpraktiserende spesialistene er mest fornøyde med nesten 60 % som krysser av på 6 på en skala fra 1 til 7. Blant overlegene og LIS-legene var det flere som krysset av på 4 og 5.

Jobbtildfredshet måles som summen av ti forskjellige spørsmål. Figur 2 viser svarfordelingen på hvert spørsmål, mens figur 3 viser samlet tilfredshet på en skala fra 1 til 7. De to overlegekategoriene følger hverandre nokså tett, mens LIS-legene har en modalverdi på 5 og de privatpraktiserende spesialistene 6. For overlegene var det ingen vesentlig endring i samlet jobbtildfredshet fra 2000 til 2010.

Arbeidsforhold

De fleste overlegene var fast ansatte og jobbet full tid. Antall ukearbeidstimer var omtrent det samme i 2000, 2008 og 2010, mens andel timer med direkte pasientarbeid gikk ned fra 54 % i 2000 til 46 % i 2010 (ikke statistisk signifikant). Andelen som syntes de arbeider under et uakseptabelt arbeidspress gikk noe opp fra 2000 til 2008 (ikke statistisk signifikant). Over 40 % oppga at de opplever stadige omorganiseringer i



**Tabell 4 illustrerer en del forhold rundt arbeidssituasjonen.
Her har vi i noen tilfeller tatt med data fra både 2000, 2008 og 2010.**

	Data fra	kvinnelige overleger	mannlige overleger	legeledere	alle overleger	LIS-leger
Antall	2000 2008 2010	84 142 156	316 266 245	150 114 107	400 412 411	233 179 116
Stilling (%)						
fast stilling	2008	83,3	89,6	91,9	87,4	21,5
tidsbegrenset stilling		3,6	4,5	7,2	4,2	37,9
vikariat		12,3	5,6	0,9	7,9	37,9
annet		0,7	0,4	0,0	0,5	2,8
Andel fulltidsansatte, prosent	2008	81,2	94,4	94,6	90,0	93,7
Samlet selvrappportert ukearbeidstid kontrollert for kjønn og alder (MANOVA)	2000 2008 2010	42,9 43,0 43,5	46,5 47,0 46,3	47,1 48,3 48,4	44,6 45,0 45,2	42,3 43,6 42,7
Andel av ukearbeidstiden som er direkte pasientarbeid, prosent	2000 2008 2010	51,8 46,5 46,3	56,3 47,2 46,5	45,9 37,1 35,3	54,0 46,7 45,5	57,0 50,0 46,8
Timer i tilstedevakt per måned, prosent ingen tilstedevakt						
1-30	2008	39,2 40,8	39,4 48,4	43,0 46,0	39,4 45,8	11,2 25,9
>30		20,0	12,2	11,0	14,8	62,9
Timer i hjemnevakt per måned, prosent ingen hjemnevakt						
1-30	2008	39,0 15,3	28,6 14,3	35,4 17,7	32,0 14,6	72,9 5,3
>30		45,8	57,1	46,9	53,4	21,8
Arbeider "nokså ofte" eller "ofte" under uakseptabelt arbeidspress, prosent	2000 2008	29,8 38,4	26,0 28,9	32,9 32,8	26,8 32,2	19,2 18,5
"Hvis du kunne velge og ikke ta økonomiske hensyn, ville du jobbet":						
- mindre enn i dag	2008	60,7	68,6	71,0	66,0	65,4
- omtrent like så mye som i dag		39,3	31,4	28,2	34,0	34,1
- mer enn i dag		0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
"I hvilken grad oppleves stadige omorganiseringer i helsevesenet som stressende?"						
ikke stressende	2010	5,3	4,3	4,5	5,1	1,8
litt stressende		18,0	17,4	18,3	17,2	22,0
ganske stressende		28,0	39,1	31,7	34,4	34,9
svært stressende		48,7	39,1	45,2	43,3	41,3

helsevesenet som svært stressende. Denne andelen er signifikant høyere blant leger med bosted i den tidligere Helse Øst-regionen (Oslo, Akershus, Østfold, Hedmark og Oppland), 49 % mot 37 % for resten av landet, $p=0,02$. Det var statistisk signifikante kjønnsforskjeller i ansettelsesforhold og arbeidstid blant overlegene. Mannlige overleger hadde oftere fast stilling, fulltidsjobb og lengre arbeidsuker. Kvinnelige overleger hadde oftere tilstedevakter på mer enn 30 timer i

ukene (20 % mot 12 %), mens de mannlige overlegene hadde flere hjemnevakter (57 % mot 46 %). Flere mannlige enn kvinnelige overleger ønsket å jobbe mindre hvis de ikke trengte å ta økonomiske hensyn. Det var også flere signifikante forskjeller mellom overlegene og LIS-legene. Tidsbegrenset stilling og vikariat var mye vanligere blant LIS-legene. Overlegene hadde imidlertid lengre arbeidsuker på alle tre måletidspunkter. Opplevelse av uaksepta-

belt arbeidspress var også vanligere blant overlegene enn blant LIS-legene.

Faglig oppdatering

Overlegene brukte gjennomsnittlig 3,1 timer per uke av fritiden til faglig oppdatering, det samme gjaldt for LIS-legene. 74 % av de kvinnelige og 82 % av de mannlige overlegene mente de klarte å tilegne seg nødvendig informasjon for å være faglig oppdatert ($p=0,05$).

Tabell 5 Bruk av utdanningspermisjon (overlegepermisjon). Data fra 2008.
Antall som har svart på de forskjellige spørsmålene i parentes.

	Alle overleger	Kvinner	Menn
"Har du rett til å ta overlegepermisjon?" (396) ja nei	88,9 11,1	86,3 13,7	90,2 9,8
"Hvor mange ganger har du hatt overlegepermisjon?" (365) 0 1 2 3 eller flere	18,4 40,0 22,5 19,1	22,9 43,7 18,8 14,7	16,6 38,9 23,8 20,9
"Hva var grunnen til at du ikke tok ut overlegepermisjon?" (172, flere svar mulig) ikke tid eller interesse innteksttap vanskeligheter med å rekruttere vikar motstand fra avdelingsstab eller ledelse	36,3 17,5 78,9 28,5	30,0 10,0 88,9 39,1	38,1 19,7 75,6 24,6
"Hva brukte du overlegepermisjonen til?" (374, flere svar mulig) forskning, undervisning faglig videreutdanning utviklingshjelp i helsesektor forbedring av egne økonomiske forhold hvilepause	57,0 89,9 8,3 1,4 35,8	56,7 88,7 12,0 0,0 45,2	57,1 90,4 7,4 1,8 32,5
"Hvilken betydning har overlegepermisjonen hatt for din faglige utvikling?" (230) ingen / liten en del stor	13,0 50,9 36,1	10,6 50,9 38,6	13,9 50,9 35,3
"Hvilken betydning har overlegepermisjonen hatt for din livskvalitet?" (229) ingen / liten en del stor	13,1 41,9 45,0	3,5 36,8 59,6	16,3 43,6 40,1

Bruk av utdanningspermisjon (overlegepermisjon)

Ifølge Overenskomstens § 4.2 (A2 2008) har overleger krav på utdanningspermisjon (også kjent som overlegepermisjon) med lønn i minimum 4 måneder per femårsperiode. Tabell 5 gir opplysninger om bruk av utdanningspermisjon blant overlegene i 2008.

Den viktigste grunnen til ikke å ta ut overlegepermisjon var vanskeligheter med å rekruttere vikar, fulgt av "ingen tid eller interesse til å organisere eller prioritere aktiviteten under overlegepermisjonen" og motstand fra ledelsen. Flere kvinnelige enn mannlige overleger hadde vanskeligheter med å rekruttere vikar og opplevde motstand fra ledelsen. Spørreskjemaet inneholdt også et åpent felt for å skrive inn andre årsaker, av disse var bl.a. syk-

dom, familiære årsaker, ny jobb og dårlig økonomi i helseforetaket – og ikke minst forhold som "ikke mulig pga ansvar i jobben/avd" og "lojalitet til arbeidsplassen".

Et flertall av overlegene brukte utdanningspermisjonen til videreutdanning, forskning eller undervisning. For hver tredje lege muliggjorde den dessuten en hvilepause, noe som var mer vanlig blant kvinnelige enn blant mannlige overleger. Andre aktiviteter kunne være "dr.grad", "hospitering i utlandet" eller "lederutdanning".

Diskusjon

Arbeidssituasjonen

Kvinnelige overleger angir kortere arbeidsuker enn sine mannlige kolleger. Dette er i tråd med tidligere funn (7,8). Noe overraskende var det at kvinnene oftere enn mennene har

mer enn 30 timer tilstedevakt per måned (tabell 4).

Uansett kjønn, hovedstilling og mulige ledelsesoppgaver har pasienttiden gått ned fra 2000 til 2010, som også betyr at tid til andre arbeidsoppgaver som møtevirksomhet og papirarbeid har økt. Dette stemmer godt med anekdotiske bretninger om at økt vekt på å dokumentere virksomheten som en del av det løpende kvalitetsarbeidet spiser av pasienttiden.

Overlegene angir noe lengre arbeidsuker enn LIS-legene, og et høyere arbeidspress (tabell 4). Forklaringer kan være svakere arbeidstidsregulering, ansvar for opplæring og veiledning av yngre kolleger og mer administrativt arbeid. Legelederne (avdelingsoverleger, seksjonsoverleger, avdelingsledere etc.) har lengst

arbeidsuker. Sju av ti legeledere sier at de ville jobbet mindre dersom de kunne det.

Omorganiseringer og fusjoner av helseforetak har vært særlig fremtredende de siste årene, og dette avspeiler seg i overlegenes svar. Data tillater ikke å sammenligne på helseforetaksnivå, så det nærmeste vi kan komme OUS-prosessen er å se hva overlegene som bor i det ”gamle” Helse Øst svarer, sammenlignet med overleger i landet ellers. Her finner vi altså signifikant flere som opplever omorganiseringsprosessene som svært stressende.

Arbeidssituasjon sammenlignet med befolkningen ellers og overleger i andre land

Arbeidspresset er høyt innenfor helsevesenet (9,10) og leger har generelt lange arbeidsuker (7). Overleger jobber antagelig mer enn de fleste andre yrkesgrupper her i landet, selv om en slik sammenligning må gjøres med forbehold. I 2007 rapporterte norske yrkesaktive en gjennomsnittlig avtalt arbeidsuke på 34,3 timer (11), mens overleger i 2008 hadde en gjennomsnittlig arbeidsuke på 45 timer. I 2004 var andelen yrkesaktive i Norge som

Tabell 6 Gjennomsnittlig arbeidsuke i Norge og noen andre land. Antall timer pr. uke

Overleger i Norge, 2008	45,0
Yrkesaktive i Norge, 2008, avtalt arbeidstid (11)	34,3
Overleger i Danmark, 2008 (13)	44,0
”Consultants” i UK, 2005, median (14)	50,0
”Non-resident physicians” i USA, 2008 (15)	51,1

jobbet over 48 timer per uke 6 % (12), mot 31 % av overlegene (i 2008).

I tabell 6 har vi sammenlignet de norske overlegenes arbeidstid med tilsvarende leger i noen andre land.

Det er også mulig å sammenligne en del andre forhold blant danske og norske overleger, basert på den danske rapporten Overlægers arbejdsvilkår (13). Dette er gjort i tabell 7.

Forskjellen i direkte pasientarbeid kan muligens forklares med at en større andel norske overleger er ledere, 27 % mot 17 % i Danmark. Forskjellen i andelen som får ros og anerkjennelse fra sine overordnede – og som er statistisk signifikant – er det noe vanskeligere å forklare. Muligens kan

også den henge sammen med at flere norske overlegere er ledere selv.

Faglig oppdatering

Overlegene bruker gjennomsnittlig mer enn tre timer ukentlig av fritiden til faglig oppdatering og kompetanseutvikling. Dersom bemanningssituasjonen hadde tillatt det, ville de også i større grad benyttet overlegepermisjonene til dette, men mange unnlater å ta ut permisjonen pga. lojalitet til arbeidsplassen. Det er også grunn til å merke seg at kvinnelige overleger i større grad enn mannlige rapporterer problemer med å rekruttere vikar, og opplevd motstand mot permisjon fra ledelsen.

Helse og velvære

Nasjonale og internasjonale studier viser at leger har bedre helse og lavere

Tabell 7 Arbeidstid, arbeidspres og anerkjennelse for arbeid blant overleger i Norge og Danmark. Data fra 2008

Norge: 293 overleger, 107 ledere (27%)		Danmark: 2228 overleger, 440 ledere (17%)	
Arbeidstimer per uke, prosent			
< 37	10		
37-40	16		
41-49	43		
≥ 50	31	≥ 50	Ca. 1/3
Arbeidsuke, timer*	45	Arbeidsuke, timer	44
Direkte pasientarbeid, prosent	45	Direkte pasientarbeid, prosent	58
”Uakseptabelt arbeidspres”, prosent		”Konstant tidspræs”, prosent	
”nokså ofte/ofte”	32	”altid/ofte”	30
”iblant”	34	”sometider”	31
”sjelden og aldri”	34	”sjældent og aldri”	39
”Ros og påskjønnelse for god innsats fra overordnede”, prosent (2010)		”Ros og anerkendelse for dit arbejde af din nærmeste leder	
aldri og sjelden	36	aldrig og sjældent	27
av og til og ofte	64	nogle ganger, ofte, altid”	73

* Kontrollert for kjønn og alder (MANOVA)

dødelighet enn befolkningen ellers. Dette skyldes både bedre sosioøkonomisk forhold og sunnere levevaner (16-19). Upubliserte data fra en undersøkelse om stress i arbeidslivet som Legeforeningens forskningsinstitutt gjennomfører i samarbeid med SSB og Institutt for psykiatri, Universitetet i Oslo i 2005 viste lavt sykefravær blant leger. 63 % av legene hadde ikke hatt sykefravær de siste seks månedene, mot 56 % av lærerne, 48 % av it-konsulentene, og 42 % av bussjåførerne og sykepleierne. I den foreliggende studien hadde 58 % av overlegene og 69 % av legelederne ikke hatt sykefravær de siste 12 måneder. Det rapporterte sykefraværet er altså svært lavt, noe vi også finner i andre studier, f.eks fra Finland (20). I "World Value Survey" (21) beskriver 80 % av et norsk befolkningsutvalg sin helse som svært god eller god, det tilsvarende tallet for overlegene er 86 %. Vi har også studier som viser at pensjonerte legers helse og livskvalitet er bedre enn for andre pensjonister (18, 19, 22).

Studiens styrke og svakheter

Denne studiens styrke ligger særlig i de repeterte målingene fra de samme legene. Dette øker validiteten og reliabiliteten, og gjør det mulig å påvise trender som f.eks. overlegenes minkende tid til direkte pasientarbeid. Den største svakheten ligger i at vi ikke kan identifisere det enkelte helseforetak, og dermed si noe om viktige forskjeller mellom arbeidsplasser som overlegene vil være opptatt av. Dessuten ligger det en stor begrensning (og utfordring) i å skulle måle subjektive oppfatninger og holdninger gjennom spørreskjemaer.

Litteratur

- Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *Lancet* 2009; 374(9702):1714-21.
- Haffner J, Mürer FA, Aasland OG. Avdelingsoverlegen – utvalg og utdannet som leder? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000;120(25):3004-6.
- Haffner J, Mürer FA, Aasland OG. Avdelingsoverlegen – leder eller lege? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000;120(25):3002-4.
- Haffner J, Mürer FA, Aasland OG. Er kvalitetssikring bare en floskel? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000;120(25):3010-2.
- Warr P, Cook J, Wall T. Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *J Occup Psychol* 1979;52:129-48.
- Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction* 1993;88(6):791-804.
- Aasland OG. Konsekvenser av arbeidstid – en litteraturgjennomgang. Oslo: Legeforeningens forskningsinstitutt, 2008.
- Rosta J. Hospital Doctors' Working Hours in Germany. *Deutsches Ärzteblatt* 2007; 104(36): A-2417. <http://www.aerzteblatt.de/int/article.asp?id=58149>. (24.2.2011).
- Falkum E, Gjerberg E, Hofoss D, Aasland OG. Tidspress blant norske leger. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1997;117:954-9.
- Rønning E. Få indikasjoner på økt arbeidspress generelt i arbeidslivet. Samfunnsspeilet 2006. www.ssb.no/ssp/utg/200601/06/ (15.3.2010).
- Statistisk årbok 2009: Tabell 209 Sysselsatte, etter heltid/deltid og kjønn: <http://www.ssb.no/aarbok/tab/tab-209.html> (6.9.2010).
- Aagstad C, Eiken T. Arbeidsmiljøet i Norge og EU – en sammenlikning. Oslo: Nasjonal overvåking av arbeidsmiljø og helse, 2007.
- Overlegers arbeidsvilkår. En spørreskemaundersøkelse blant Overlegeforeningens medlemmer sommeren 2008. København: Foreningen av Speciallæger.
- The Federation of the Royal Colleges of physicians of the United Kingdom. Census of Consultant. Physicians in the UK, 2005. Suffolk: The Lavenham Press Ltd.
- Staiger DO, Auerbach DI, Buerhaus PI. Trends in the work hours of physicians in the United States. *JAMA* 2010;303:747-53.
- Aasland OG. Legenes helse – bedre enn pasientenes? I: Berg O, Sogaard AJ, Aasland OG, red. *Medisin og samfunn. Festskrift til Grete Botten i anledning hennes 60-årsdag*. Oslo: Unipub forlag, 2003: s. 251-60.
- Juel K, Mosbech J, Støttrup Hansen E. Mortality and causes of death among Danish medical doctors 1973-1992. *International Journal of Epidemiology* 1999;28:456-460.
- Gogstad A, Aasland OG. Hvordan har de pensjonerte legene det? *Tidsskr Nor Laegeforen* 1998;118:1378-82.
- Gogstad A, Aasland OG. Helse og levekår hos eldre generelt og eldre leger spesielt. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1998;118:46-48.
- Kivimäki, M., Sutinen, R., Elovainio, M., Vahtera, J., Rasanen, K., Toyry, S., Ferrie, J. E., & Firth-Cozens, J. Sickness absence in hospital physicians: 2 year follow up study on determinants. *Occup Environ Med* 2001vol. 58, no. 6, pp. 361-366.
- World Value survey. <http://www.wvs-evsdb.com/wvs/WVSAanalyze.jsp?Idioma=I> (10.1.2011).
- Aasland OG, Bringedal B. The health and well-being of retired doctors in Norway compared to the general population. Presentert på AMA, BMA, CMA konferansen Physician Health and Resiliency in the 21st century, Chicago, Ill, USA, 3. – 5. oktober 2010.

Of passerer 8 000 medlemmer

Ved det konstituerende møtet i 1961 fikk Of 61 medlemmer, og nye medlemmer kom raskt til. Allerede i 1963 var medlemstallet økt til 375, og det tok mindre enn ti år å fordoble dette medlemstallet. I 1973 var medlemstallet økt til 850.

AV ANDERS TARALDSET,
STATISTIKKSJEF I LEGEFORENINGEN

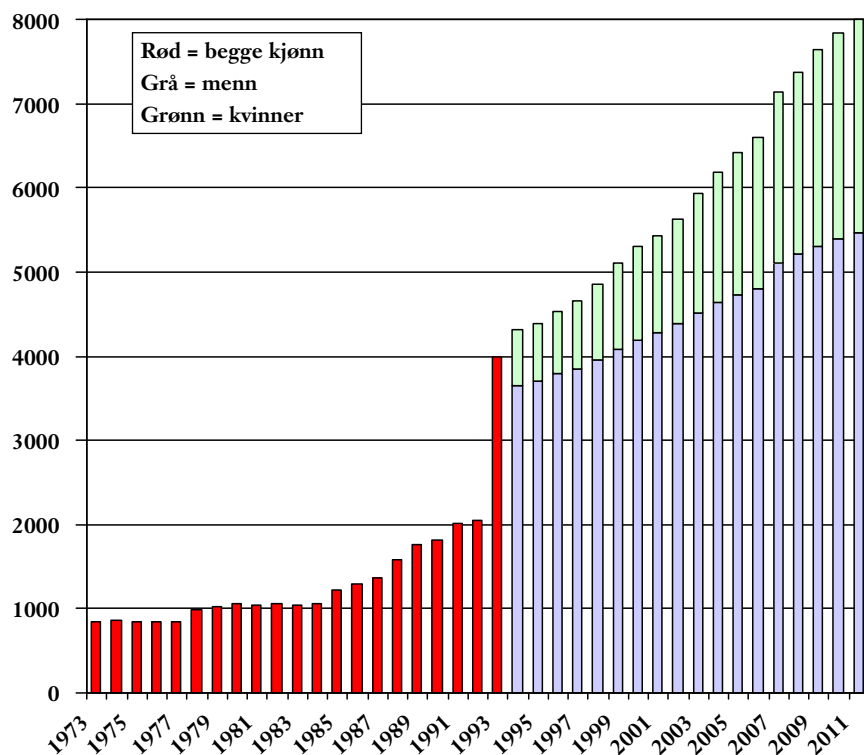


Medlemstall

Figur 1 viser medlemsutviklingen videre, fra 1973 til 2011. Et stort sprang i medlemstallet skjedde da Legeforeningen i 1993 innførte obligatoriske medlemskap i yrkesforeninger for alle medlemmer.

Per 22. februar 2011 har Of altså passert 8.000 medlemmer. Of har 149 yrkesaktive medlemmer i utlandet, og 1 267 medlemmer i Norge som er ikke-yrkesaktive og/eller er fylt 70 år, herav 1 165 alderspensjonister, samt

Figur 1. Antall medlemmer i Of 1973- 2011



43 ikke-yrkesaktive medlemmer i utlandet. Andelen alderspensjonister er raskt økende. I det følgende skal vi se nærmere på de 6 535 yrkesaktive ordinære medlemmene av Of under 70 år i Norge, og i det følgende refereres disse til som "Ofs medlemmer".

Tariffområde, arbeidssted og regional fordeling

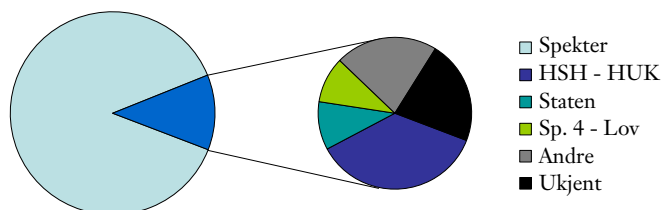
Figur 2 viser fordelingen av Ofs medlemmer etter tariffområde. 5 756 eller 88 % av disse er ansatte i helseforetak, som tariffmessig utgjør Spekter område 10. Tabell 2 viser først fordelingen av medlemmene på helseforetak, og deretter fordelingen på arbeidsteder for de som ikke arbeider i helseforetak. Det fremgår at Oslo Universitetssykehus er det desidert største helseforetaket, med nesten 21 % av Ofs medlemmer, noe som er omtrent like mange som de tre neste på listen til sammen.

Innlegget er vesentlig forkortet, bl.a. er noen tabeller og figurer utelatt i denne publiseringen.

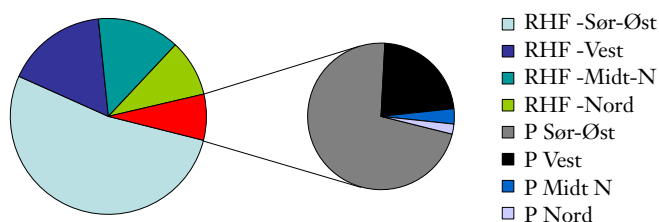
Taraldsets originalbidrag med alle tabeller og figurer er publisert på Ofs hjemmeside.

<http://www.legeforeningen.no/id/2704> evt. www.overlegeforeningen.no

Figur 2. Yrkesaktive medlemmer av Of etter tariffområde



Figur 3. Yrkesaktive medlemmer av Of etter RHF og private etter region



Tabell 2. Medlemmer av Of etter helseforetak og andre arbeidsssteder

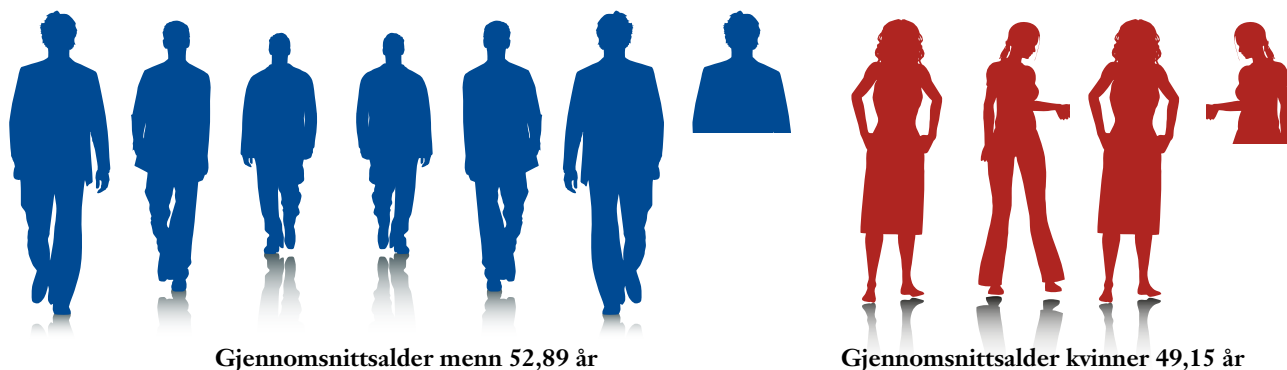
Helseforetak/Arbeidsssted	Antall	%Alle
Oslo Universitetssykehus HF	1354	20.7
Helse Bergen HF	520	8.0
St.Olavs hospital HF	468	7.2
Vestre Viken HF	376	5.8
Sykehuset Innlandet HF	339	5.2
UNN HF (inkl. Harstad og Narvik)	320	4.9
Akershus universitetssykehus HF	297	4.5
Helse Stavanger HF	288	4.4
Sørlandet sykehus HF	269	4.1
Sykehuset Østfold HF	241	3.7
Sykehuset i Vestfold HF	172	2.6
Sykehuset Telemark HF	159	2.4
Nordlandssykehuset HF	151	2.3
Helse Sunnmøre HF	151	2.3
Helse Nord-Trøndelag HF	124	1.9
Helse Fonna H	119	1.8
Helse Førde HF	109	1.7
Helse Nordmøre og Romsdal HF	97	1.5
Helgelandssykehuset HF	68	1.0
Helse Finnmark HF	51	0.8
Psykiatrien i Vestfold HF	49	0.7
Sunnås sykehus HF	26	0.4
Rusbehandling Midt-Norge HF	3	0.0
Andre i RHF-ene	8	0.1
Diakonhjemmet Sykehus	97	1.5
Lovisenberg diakonale sykehus A/S	78	1.2
Haraldsplass Diakonale Sykehus A/S	44	0.7
Martina Hansens hospital	19	0.3
Betanien hospital - Skien	11	0.2
Haugesund san.for.revmatismesykehus	11	0.2
Hospitalet Betanien - Bergen	11	0.2
Feiringklinikken A/S	10	0.2
Modum Bad	9	0.1
Jæren DPS Senter NKS	8	0.1
Revmatismesykehuset AS, Lillehammer	6	0.1
Andre arbeidsssteder	292	4.5
Ukjent ansettelse	172	2.6
Sum	6535	100.0

Av de som arbeider utenfor helseforetak, er det tariffområdet HSH- HUK som er størst. Dette omfatter de fleste av de private, ideelle sykehusene, som gjerne er organisert som private stiftelser, men som står på offentlige helseplaner. Av disse er de største Diakonhjemmet Sykehus i Oslo, Haraldsplass i Bergen og Martina Hansen i Bærum. I tillegg har vi Lovisenberg diakonale sykehus som i 2008 tariffmessig ble overført fra HSH til Spekter Område 4- Lovisenberg.

Figur 3 viser fordelingen av de 5 756 Of-medlemmene i Spekter område 10 fordelt på regionalt helseforetak (RHF). Det fremgår her at RHF Sør-Øst har 57 % av disse 5 756 medlemmene, RHF Vest har 18,1 %, RHF Midt-Norge har 14,7 % og RHF Nord har 10,2 %. Dette kan sammenlignes med fordelingen på folketall. Av Norges befolkning hører 56,3 % til Sør-Øst, 20,9 % til Vest, 13,3 % til Midt-Norge og 9,5 % til Nord. Det er altså RHF Vest som har færrest overleger per innbygger. Når vi tar med de private blir andelen av overlegene litt høyere i Sør-Øst, omtrent uendret i Vest og lavere i Midt-Norge og Nord.

Tilsvarende fordeling for Ylfs medlemmer gir 54,2 % i RHF Sør-Øst, 18,9 % i RHF Vest, 14,8 % i RHF Midt-Norge og 12,0 % i RHF Nord. Sammenlignet med Ofs medlemmer er dette en lavere andel i RHF Sør-Øst og en litt høyere andel i de øvrige RHF-ene, særlig i RHF Nord, noe

Figur 4. Kjønnsfordeling



spesielt turnuslegene bidrar sterkt til, men også leger i spesialisering.

Kjønn og alder

Figur 4 viser at 35 % av Ofs yrkesaktive medlemmer er kvinner, men figur 1 viste kjønnsfordelingen for alle Ofs ordinære medlemmer, og der er kvinneandelen 31,7 %. Forskjellen skyldes først og fremst at kvinneandelen bare er 14,6 % blant alderspensjonistene.

Det er et klart avvik fra legepopulasjonen som helhet at kvinneandelen ikke er høyest i de yngste aldersgruppene. For alle Legeforeningens yrkesaktive medlemmer i Norge er kvinneandelen til sammenligning 57,4 % i aldersgruppen 30- 34 år, 51,3 % i aldersgruppen 30- 34 år, 50,7 % i aldersgruppen 35- 39 år og 50,7 % i aldersgruppen 40- 44 år. Dette tyder på at kvinnelige leger blir overleger senere enn menn og/eller at de i mindre grad enn menn blir overleger. En klart lavere kvinneandel blant overføringene fra EU/EØS bidrar til å forsterke disse forskjellene. Dessuten ser vi at medgått tid fra autorisasjon til spesialistgodkjenning i økende grad er lengre for kvinner enn for menn.

Statsborgerskap og kjønn

Figur 5 og tabell 6 viser at 18,4 % av Ofs medlemmer er utenlandske stats-

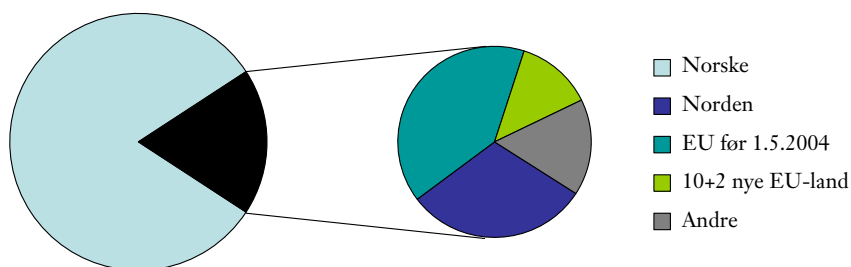
borgere. For Ylfs medlemmer er den tilsvarende andelen 12,9 %. Blant Ofs medlemmer er den største gruppen leger fra de 12 "eldste" EU-landene

Tabell 6 viser også kvinneandelen etter de ulike gruppene av statsborgere. Det fremgår her at godt over halvparten av Ofs medlemmer fra de 10+2 nye EU-landene er kvinner, mens kvinneandelen er lavest blant overleger fra Sveits.

Stillingsgrupper

Figur 6 og tabell 7 viser fordelingen på stillingsgrupper. Av Ofs medlemmer er 70,4 % "vanlige" overleger. Dette er en økning fra tilsvarende andel for ti år siden, da 65 % var "vanlige" overleger. Dette gjenspeiler først og fremst en ganske kraftig nedgang i andelen avdelingsoverleger, fra 14,6 % i 2001 til bare 6,0 % i 2011, men det er samtidig en økning i andelen avdelingssjefer og lignende

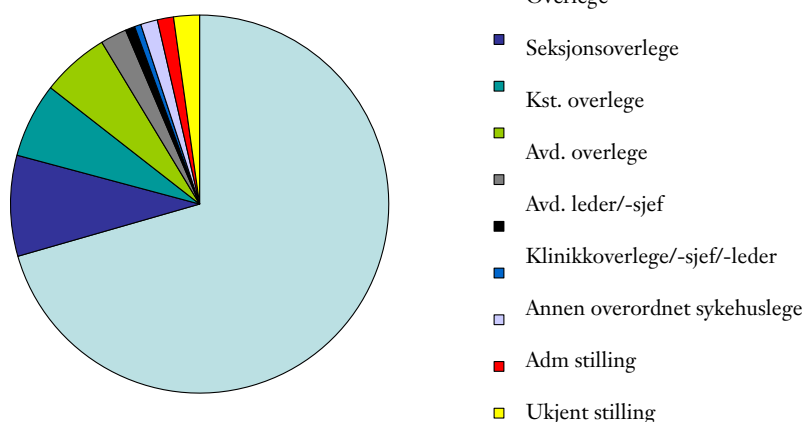
Figur 5. Yrkesaktive medlemmer av Of etter statsborgerskap



Tabell 6. Yrkesaktive etter kjønn og statsborgerskap. Prosent.

Statsborgerskap	Mann	Kvinne	N=
Norge (antatt)	65.8	34.2	5334
Norden utenom Norge	67.7	32.3	368
EU-land før 1.5.2004	63.4	36.6	483
10 nye EU-land fra 1.5.2004	47.8	52.2	136
Romania og Bulgaria	44.4	55.6	18
Sveits	85.7	14.3	7
Land utenfor EU/EØS/Sveits	55.6	44.4	189
Sum	65.0	35.0	6535

Figur 6. Yrkesaktive medlemmer av Of etter stilling



stillingsbetegnelser. Den nest vanligste stillingsbetegnelsen er seksjonsoverlege.

Spesialitet og yrkesforening

Tabellene 9-10 er spesialitetsvise tabeller, og disse viser kun de 30 hovedspesialitetene. Disse tabellene viser ikke alle godkjente spesialiteter i hver spesialitet, men fordeler medlemmene etter sist godkjente hovedspesialitet. Dobbelt- og trippelspesialiteter osv vises dermed kun en gang i hver av tabellene.

Antall spesialister blant Ofs medlemmer

Tabell 9 er sortert etter antall spesialister i hver spesialitet blant Ofs medlemmer. Dersom grenspesialitetene hadde vært med, ville indremedisin og generell kirurgi kommet mye lengre ned på listen, ettersom hvert medlem kun vises på én spesialitet i tabellen. Det følger av det som er sagt i forrige avsnitt at rangeringen av spesialiteter blir annerledes for medlemmer av Of enn for alle spesialister. Merk at 335 av Ofs medlemmer ikke har noen godkjent spesialitet. Mange av disse er konstituerte overleger.

Over tid har psykiatri, anesthesiologi, radiologi og ortopedisk kirurgi styrket sin relative posisjon antallsmessig blant Ofs medlemmer, mens generell kirurgi har hatt den største nedgangen. I rapporten "Spesialistutdanningen av

leger" fra november 2009 har utarbeidet fremskrivninger av behovet for spesialister og kommet frem til at det er hud og veneriske sykdommer og

Tabell 7. Yrkesaktive medlemmer av Of under 70 år etter stillingsgruppe for hovedstilling

Stillingsgruppe	Antall
Overordnet sykehuslege*	6203
Administrativ stilling	77
Vitenskapelig hovedstilling	19
Andre stillinger	80
Ukjent stilling	145
Sum	6535

generell kirurgi som vil trenge den største økningen i utdanningskapasitet for å oppnå balanse mellom tilgang og etterspørsel etter spesialister.

Tabell 9. Medlemmer av Of etter sist godkjente hovedspesialitet

Hovedspesialitet	Antall	%Alle
Indremedisin	971	14.9
Psykiatri	824	12.6
Anesthesiologi	605	9.3
Generell kirurgi	519	7.9
Radiologi	480	7.3
Ortopedisk kirurgi	366	5.6
Barnesykdommer	357	5.5
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	352	5.4
Nevrologi	210	3.2
Barne- og ungdomspsykiatri	184	2.8
Patologi	160	2.4
Onkologi	147	2.2
Øre-nese-halssykdommer	139	2.1
Øyesykdommer	130	2.0
Fysikalsk medisin og rehabilitering	111	1.7
Revmatologi	93	1.4
Medisinsk mikrobiologi	68	1.0
Hud- og veneriske sykdommer	61	0.9
Plastikkirurgi	60	0.9
Nevrokirurgi	51	0.8
Medisinsk biokjemi	38	0.6
Nukleærmedisin	36	0.6
Allmennedisin	33	0.5
Immunologi og transfusjonsmedisin	30	0.5
Medisinsk genetik	28	0.4
Klinisk farmakologi	28	0.4
Arbeidsmedisin	25	0.4
Klinisk nevrofysiologi	19	0.3
Samfunnsmedisin	15	0.2
Kjevekirurgi og munnhulesykdommer	10	0.2
Ingen godkjente hovedspesialitet*	348	5.3
2 hovedspesialiteter på samme godkj.dato	37	0.6
Sum	6535	100.0

Tabell 10. Medlemmer av Of etter kjønn og sist godkjente hovedspesialitet. Prosent.

Hovedspesialitet	Mann	Kvinne	N=
Allmennmedisin	78.8	21.2	33
Samfunnsmedisin	60.0	40.0	15
Arbeidsmedisin	56.0	44.0	25
Anestesiologi	74.9	25.1	605
Barnesykdommer	58.5	41.5	357
Fysikalsk medisin og rehabilitering	63.1	36.9	111
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	45.2	54.8	352
Generell kirurgi	84.4	15.6	519
Bryst- og endokrinkirurgi	60.0	40.0	40
Ortopedisk kirurgi	90.4	9.6	366
Nukleærmedisin	61.1	38.9	36
Hud- og veneriske sykdommer	45.9	54.1	61
Immunologi og transfusjonsmedisin	60.0	40.0	30
Indremedisin	75.1	24.9	971
Kjevekirurgi og munnhulesykdommer	90.0	10.0	10
Klinisk farmakologi	71.4	28.6	28
Medisinsk biokjemi	63.2	36.8	38
Klinisk nevrofysiologi	63.2	36.8	19
Medisinsk mikrobiologi	54.4	45.6	68
Medisinsk genetikk	46.4	53.6	28
Nevrokirurgi	86.3	13.7	51
Nevrologi	57.6	42.4	210
Onkologi	58.5	41.5	147
Patologi	53.1	46.9	160
Plastikkirurgi	88.3	11.7	60
Radiologi	58.5	41.5	480
Revmatologi	46.2	53.8	93
Øre-nese-halssykdommer	72.7	27.3	139
Øyesykdommer	54.6	45.4	130
Psykiatri	54.9	45.1	824
Barne- og ungdomspsykiatri	28.8	71.2	184
Sum	65.2	34.8	6150

Kjønnsfordeling i hver spesialitet

Tabell 10 viser kjønnsfordelingen prosentvis for hver spesialitet med grunnlag i det samme tallmaterialet som i tabell 9. Det fremgår at det nå er fem spesialiteter som har kvinneflertall blant Ofs medlemmer. Barne- og ungdomspsykiatri var den første spesialiteten som oppnådde kvinneflertall, og dette skjedde allerede på 1980-tallet, da spesialiteten var svært liten. De fire andre spesialitetene har oppnådd kvinneflertall relativt nylig og har alle omkring 54 % kvinner.



Overlegeforeningens policynotater om ledelse og om ledelsesavtaler

Policynotatene publiseres på våre nettsider, og kan tilsendes på forespørsel.



Ylf-Of-Duell i Holmenkollstafetten

Ylf har utfordret Overlegeforeningen til duell. Ylf styret med tilskudd av godt trente tillitsvalgte har tradisjon for å løpe stafetten, gjerne i konkurranse mot sekretariatets eget lag. **Stafetten går av stabelen LØRDAG 14. MAI 2011.**

Løypa består av 15 etapper, og er 17900 meter lang. Vi trenger godt trente overleger til å slå jyplingene, så ta kontakt med sekretariatet.

Avslutningen etter stafetten vil bli holdt sammen med Ylfs lag i Of-leiligheten på Aker brygge.

<http://www.holmenkollstafetten.no/newindex.asp>





SPØRSMÅL OG SVAR:

AV SIGNE GERD BLINDHEIM,
FAGSJEF I FHR/SEKRETARIATSLEDER I OF

Ferie og vakt

Virkedager

Ferieloven bruker begrepet virkedager om de dagene man har ferie. Etter ferieloven er dette 6 dager i uken, dvs. alle dager bortsett fra søndag. Dette fordi det er forutsatt at søndager er fridager. Virkedagsbegrepet reiser to spørsmål. Det ene er om virkedager avgrenses etter døgnskillet eller etter arbeidsdag der denne passerer døgnskillet.

Når arbeidsdagen passerer døgnskillet skal det i lovens forstand regnes som to virkedager. Dette får som konsekvens at hvis ferien starter mandag, men legen har vakt til kl 0800, regnes ferien først fra tirsdag. Alternativt må vekten avsluttes senest ved midnatt natt til mandag.

Søn- og helligdager regnes ikke som virkedager i ferielovens forstand, selv om det utføres arbeid på dem. Dette er fastslått av departementet i brev av 14. februar 1995. Legers vaktordninger innebærer at man arbeider søndager. Dersom søndagsvaktene faller midt i ferien, telles ikke søndagen som feriedag.

Arbeidstidsordninger hvor man arbeider på søndager inneholder fridager på andre virkedager. Disse fridagene blir regnet som feriedager hvis de ligger innenfor ferieperioden.

For arbeidstakere som arbeider søndager gjelder egne bestemmelser om søndagsfri. Se mer om dette nedenfor.

Tilleggsfritid ved uregelmessig arbeidstid

I de tilfeller hvor søndagsvaktene faller umiddelbart før eller umiddelbart etter ferien, gjelder det egne regler. Hvis man avvikler ferie over en periode på minimum 6 virkedager, dvs. 1 uke, kan arbeidstaker som arbeider på søndager kreve å få fri enten på søndag som faller umiddelbart før ferien, eller på søndag umiddelbart etter ferien, se ferieloven § 5 (4).

Hvis ferien er på minst 18 virkedager, det vil si 3 uker, har man i tillegg krav på at tiden fra arbeidets avslutning før ferien til det påbegynnes etter ferien skal utgjøre til sammen minst 16 timer i tillegg til rett til søndagsfri umiddelbart før eller umiddelbart etter ferien, se ferieloven § 5 (4).

Ferieavvikling og forholdet til eksisterende tjenesteplaner.

Det er særlig to ting det er mange spørsmål om når det gjelder ferieavvikling og forholdet til tjenesteplaner. Det første er innføring av hjelpeplaner i forbindelse med ferie, og det andre er ferieavvikling i kollisjon med nulltimersdager/nulltimersuker.

Legenes arbeidstidsordninger er preget av gjennomsnittsberegning og deltakelse i vaktordninger. Arbeidsmiljøloven stiller krav til forutsigbarhet i slike situasjoner både i forhold til arbeidstid og i forhold til fritid. Dette gjenspeiler seg i arbeidsmiljøloven § 10-3 hvor det heter at dersom arbeidstakerne arbeider til ulike tider av døgnet, skal det utarbeides en arbeidsplan som viser hvilke uker, dager og tider den enkelte arbeidstaker skal arbeide.

Arbeidsgiver må legge til rette for at leger får fri fra sin normale arbeidsbelastning, uten å måtte kompensere for dette ved økt vaktbelastning før og etter ferien.

Hjelpeplaner

Det er ikke åpnet for innføring av såkalte hjelpeplaner i den sentrale delen av gjeldende overenskomst. I HSH-området og i Spekter-området er det imidlertid i enkelte lokale særavtaler/B-deler åpnet for at man i forbindelse med ferieavvikling kan innføre hjelpeplaner.

Innføring av såkalt hjelpeplan betyr at tjenesteplanen endres for et begrenset tidsrom, for eksempel i forbindelse med ferieavvikling.

Legeforeningen mener at dersom den lokale særavtalen/B-delen ikke uttrykkelig hjemler innføring av hjelpeplaner, har arbeidsgiver ikke ensidig anledning til å innføre hjelpeplaner i forbindelse med ferieavvikling. Det må i såfall avtales mellom partene lokalt.

De lokale særavtaler/B-delene som åpner for innføring av hjelpeplaner, regulerer varslingsfrister for innføring av slike planer. Avdelingen går tilbake

til ordinær tjenesteplan etter avtalt periode for hjelpeplan.

Det er viktig å være oppmerksom på at arbeidsgiver også i forbindelse med innføring av hjelpeplan plikter å overholde arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven og vernebestemmelsene etter gjeldende overenskomst. Endelig nevnes at arbeidsgiver også ved innføring av hjelpeplaner plikter å følge de tariffavtalte bestemmelser om fordypningstid og at minst 20 timer i gjennomsnitt per uke skal legges i tiden 07-17 i ukens fem første dager.

Innføring av hjelpeplaner innebærer at arbeidsgiver kan planlegge driften om sommeren uten å basere seg på bruk av overtid. Dette innebærer i utgangspunktet at arbeidsgiver får redusert utgiftene til uforutsette vakter. I mange tilfeller vil det imidlertid kunne bli behov for arbeidsgiver å kjøpe flere UTA timer (frivillig utvidelse av arbeidstiden). Det må inngås avtale mellom arbeidsgiver og den enkelte arbeidstaker om UTA. Utvidelse av UTA og økt vakttillegg som følge av flere vakter, medfører at den avtalte lønn etter tjenesteplan økes, noe som i motsetning til betaling for uforutsette vakter inngår i grunnlaget

for lønn under sykdom, foreldrepermisjon og i pensjonsgrunnlaget.

UTA er som nevnt frivillig og kan når som helst sies opp av den enkelte arbeidstaker innenfor de frister som følger av de lokale særavtaler/B-delen. En ytterligere utvidelse av UTA er også frivillig. Arbeidsgiver har ingen rett til å pålegge mer UTA i forbindelse med innføring av hjelpeplaner. Bruk av hjelpeplan vil kunne bidra til økt forutsigbarhet for den enkelte i forhold til arbeidssituasjonen, men kan også innebære flere vakter enn etter normal tjenesteplan.

Ferieavvikling som kolliderer med nulltimersdager/nulltimersuker.

Overenskomsten gir ingen beskyttelse mot at ferie kolliderer med nulltimersdager/nulltimersuker etter tjenesteplanen. Det kan imidlertid ikke aksepteres at arbeidsgiver aktivt, bevisst og systematisk plasserer ferie i legenes nulltimersuker eller uker med lav arbeidsintensitet. På den annen side kan heller ikke legene forvente å få all ferie plassert i de mest arbeidsintensive periodene. Dette innebærer blant annet at ferien sannsynligvis må reflektere den gjennomsnittlige arbeidsbelastningen.



Våre to sentrale medarbeidere

Ledere og tillitsmenn og –kvinner kommer og går, men Ofs sekretariat har så langt vært en stabil konstruksjon som sørger for sikker drift under skiftende ledelse. Signe Gerd Blindheim og Edith Stenberg forteller nye ledere på en diskret måte "hvordan ting gjøres her" og legger tilrette for at de valgte skal slippe å ha oversikt over alle praktiske oppgaver i foreningen. Serien "Ja vel, statsråd" kan ha visse likhetstrekk med virkeligheten innrømmer de.

Arrangementer, kurs, rapporteringer; styret med leder bestemmer, sekretariatet effektuerer. Ingen av dem savner blest om sin innsats – vår oppgave er å drifte, og å tilrettelegge; det er det som er jobben vår. Lederne og styret er de som skal være de synlige.

De har til sammen 34 år i Ofs sekretariat, begge to 50 % tilknyttet Of og ellers ansatt i Legeforeningen.

Edith har vært i Legeforeningen i nesten hele sitt yrkesaktive liv og hun begynte i Ylf. Sverre Strand så hennes potensial og ansatte henne i Forhandlingsavdelingen i 1990 med Of som ansvarsområde. Tone Sparr formaliserte hennes tilknytning til Of i 1992.

"Overlegen" kom ut første gang i 2001 med Brynjulf Ystgaard som redaktør. Realiseringen av bladet har hele tiden



Edith Stenberg

vært avhengig av Ediths, myke disiplineringer, men dog bestemte purringer av redaktører og skribenter. Før trykkingen leser hun korrektur og er behjelpelig med å gjøre gode formuleringer enda bedre...



Ofs leilighet på Aker brygge



Foto: Leif Anker, Forsvarsbygg

Foto: Økaw

Foto: Økaw

Foto: Leif Anker, Forsvarsbygg



Signe Gerd Blindheim

Signe Gerd har lektorkompetanse, men er også jurist. Etter flere år i skoleverket, kom hun til Oslo i 1990 og arbeidet for Norsk Ergoterapeutforbund og Den Norske Jordmorforening før hun i 1997 kom til Forhandlingsavdelingen i Legeforeningen etter en "ubyråkratisk ansettelsesprosess" av den samme Sverre Strand. Jus og organisasjonsarbeid er det hun trives med – to ting som hører nøye sammen og skaper stadig nye oppgaver. "Når man tror man har tenkt på alt, oppstår likevel nye spørsmål fra medlemmene eller utfordringer i forhandlinger som må finne sin løsning. Det er noe av det som gjør jobben spennende". Spørrespalten i bladet vårt er hennes fortjeneste. Der presenterer hun vanlig stilte spørsmål (FAQ) sammen med solide svar.

Begge har dere blitt værende i Legeforeningen og Of, noen spesiell grunn til det? Det vanlige er jo å søke forandring i vår dager? Begge svarer til tross for separate intervjuer helt likt: Vi jobber hele tiden med forskjellige styrever, ledere og tillitsvalgte, Legeforeningen er også en god arbeidsgiver og arbeidsmiljøet er godt. Så lenge man føler utvikling fordi jobben byr på utfordringer og det finns nok av spennende oppgaver er det ikke i seg selv noen grunn til å flytte på seg. Dette understrekes ved at det er en arbeidsplass i vekst – da jeg begynte var vi 7, nå er vi 25 opplyser Edith – i hele FHR, ikke i Of selvsagt. Begge fremhever en god kjemi og godt kollegialt forhold seg imellom som en like viktig grunn.

Overlegen – medlemmet dere arbeider for, har han/hun endret seg på noe vis over disse årene? Det er litt mer Ylf, som det var på 90 tallet, over Of nå, kommenterer Edith. Kanskje en viss "proletarisering", ler Signe Gerd – men, nei egentlig ikke noen stor forskjell.

Skiftende ledere og styrever gir foreningen et varierende uttrykk – er det noen "kjerneverdier"? Det skjer jo ikke noe "brått og plutselig" her da. Det er litt konservativt og jeg oppfatter at leger liker det slik. Det blir ikke kjedelig av den grunn og endringer er velbegrunnet etter lange og grundige prosesser tar Edith seg pent inn. Signe Gerd fremhever de langsiktige målsetninger og en stø kurs i forhold til grunnleggende verdier i

foreningen, men likevel vilje og evne til justeringer i forhold til endrede forutsetninger.

Viktige forandringer? Of er blitt mer åpen aktiv og inkluderende, det var litt stivere her før – det aller viktigste er at foreningen har fått en leder på fullt frikjøp. Sittende leder er den første, og det er klart det betyr mye for hvilke muligheter foreningen har til å drive et kontinuerlig arbeid med avtaler og til å være med å påvirke hverdagen for medlemmene – dette er en riktig utvikling understreker Edith. Begge nevner dette.

Samarbeidet med de tillitsvalgte er selvsagt en stor del av jobben og det er et arbeid de begge verdsetter høyt. Jeg har møtte så mange hyggelige mennesker, og man bygger seg opp et stort nettverk etter hvert. Det har også vært interessant å delta både i det nordiske samarbeidet (Nordöl) og i det europeiske (AEMH) mener Signe Gerd. Det er ihvertfall aldri kjedelig her, kommer det også samstemt.

Redaktøren og Of takker våre to helt uvurderlige medarbeidere for deres langvarige innsats for forening og medlemmer nå ved jubileet! Vi ser fram til fortsatt å kunne høste frukter av deres erfaring og arbeidsinnsats.

*Intervjuet av Arild Egge
Redaktør*

KJERNEJOURNAL

— hvor omfattende må den være?

Vi er alle kjent med situasjonen hvor pasienten kommer i akuttmottaket, og papirjournalen er borte. Pasienten gjør sånn noenlunde rede for seg, men husker ikke alle medisinene, og kan ikke fortelle hvorfor hun har det store arret på magen. Med dagens IK-teknologi ønsker man seg nå en journal på tvers, slik at alle viktige opplysninger er tilgjengelige. Men hva er viktige opplysninger, og hvem skal ha ansvar for å legge dem inn i kjernejournalen, og hvem skal ha ansvar for å oppdatere opplysningene som allerede ligger der, f.eks. seponere medikamenter. Vi klarte oss i gamle dager også, selv med bortkommet papirjournal. Vi måtte opptre som om pasienten var smittet, og allergisk og vanskelig å intubere og, og, og

Derfor ønsker jeg en smal kjernejournal

Hensikten med å etablere en kjernejournal avspeiles i selve begrepet. Vi ønsker en sammenstilling av kjerneopplysninger om pasienten. Disse opplysningene skal være av kritisk viktig karakter, og de skal være tilgjengelig for alle som har en viktig rolle overfor pasienten i en behandlingssituasjon.

Det er store verdier på spill. Verdien av at pasienten er trygg for at opplysningene man gir til legen ikke kommer på avveie, er uvurderlig for vår rolle som lege.

For at prosjektet kjernejournal skal lykkes, tror jeg følgende kriterier må oppfylles:

- det er klart og entydig definert hvilke opplysninger man finner i kjernejournalen
- man kan stole på at de opplysningene som er i kjernejournalen stemmer

- når man først har etablert kjernejournalen har alle relevante aktører enkel tilgang, fortrinnsvis i en god integreringsløsning mot eget fagsystem
- systemet er ukomplisert og brukervennlig, og fremstår som nyttig og viktig for brukerne
- tillit i befolkningen til at sensitive helseopplysninger ikke spres ukritisk

Skal man oppnå alle disse punktene bør kjernejournalen begynne seg i grensesnittet mellom alle aktørene i helsevesenet, uten en "favorisert eier". Opplysningene bør mates inn gjennom halvautomatiserte prosesser som sikrer høy datakvalitet. Et "intet eller alt" prinsipp bør ligge til grunn: For pasienter som står oppført i kjernejournal er kjernejournalen komplett. Enkeltelement er ikke utelatt.



AV JØRN KIPPERSUND,
fastlege i Volda. Medlem av styret i APLF/
AF 2005-2009. Medlem av Helsedirektora-
tets referansegruppe for kjernejournal fra
august til desember 2010.



Det er bred enighet om at det viktigste innholdselementet i en kjernejournal vil være en oppdatert medikamentliste. Medikamentlisten er den pågående arbeidsinstruks til enten pasienten selv eller til omsorgspersoner rundt pasienten. Selv ikke den mest samvittighetsfulle allmennlege vil i en henvisning kunne ta høyde for endringer som måtte skje med pasienten i tidsrommet fra henvisningen er skrevet til pasienten kommer til spesialist. For eksempel vil endringer i behandling iverksatt fra legevakt ikke være fanget opp.

Medikamentlistens dynamiske karakter og den store betydning den har for pasienten hver eneste dag, stiller den i en særklasse en særklasse med hensyn til behovet for å være allment tilgjengelig i helsetjenesten. Mye er sagt og skrevet om hvordan medikamentlisten hos fastlegen avviker fra medikamentlistene hjemmetjenesten arbeider etter. Dersom kjernejournal fjerner versjonsproblematikken rundt medi-

kamentlisten til pasienten vil det være et stort fremskritt. Det vil bedre kvaliteten i helsetjenesten på alle nivåer og også bedre samhandling. I mine øyne vil vellykket gjennomføring av dette alene forsvare satsningen på kjernejournal.

Hva så med epikriser? I første omgang går skillelinjene i bred vs. smal kjernejournal rundt nettopp dette punktet. Epikriser har svært bred og utydelig innholdsdefinisjon. I prinsippet kan man der finne pasientens komplette sykehistorie og også det meste om familiære og sosiale forhold. Et slikt vell av sensitive opplysninger bør ikke befinne seg i et ingenmannsland uten noen tydelig overordnet journalansvarlig.

Epikriser er statisk informasjon i den forstand at rapporten fra et sykehusbesøk i 2009 ser ikke annerledes ut om man henter den inn i 2010 eller 2011. Å innhente en epikrise gjennom en mer forenklet spørreprosess vi har

i dag, vil kunne bli langt enklere enn før i kraft av et annet innholdselement i kjernejournalen: Oversikt over kontaktpunkt mot spesialisthelsetjenesten. Dette vil gi mulighet for en rask spesifikk spørring etter spesifikke epikriser. Man kan se for seg at kjernejournalen da fungerer som en slags portør som bringer epikrisen videre til riktig mottager. Det er likevel stor prinsipiell forskjell på en slik funksjon og det å la informasjonen faktisk bli liggende "i midten" – i ingenmannsland. I et slikt system vil også pasienten ha mulighet til å reservere enkelte epikriser mot utlevering, samtidig som pasienten fortsatt er fullverdig kjernejournalmedlem.

Kort oppsummert ønsker jeg en god smal løsning som alle aktørene i helsevesenet kan samle seg rundt. En bred løsning vil kunne skape utrygghet rundt informasjonssikkerheten i helsevesenet, og man risikerer at løsningen blir mer ressurskrevende og mindre brukervennlig.

Pasientsikkerhet foran personvern

— hvorfor vi bør ha en 'bred' kjernejournal

Glem alt du har hørt om kjernejournal hittil. Glem helseregisterloven fra 2009 og "tilgang på tvers". Glem eResept. Glem Georg Apenes. Muligheten for å lage et fantastisk nyttig klinisk verktøy ligger rett foran oss og venter på at vi skal gripe den.

Til tross for iherdig bruk av moderne teknologi som telefon, fax og drosje-transport av CD-plater er det ikke vanskelig å finne eksempler fra hverdagen på at viktig medisinsk informasjon ikke er tilgjengelig der den behøves: Fastlegen sender henvisning til en spesialist, men før undersøkelsen blir pasienten akutt innlagt. Legevaks-legen har verken henvisninger eller journal å støtte seg til. Listene over legemidler fra fastlegen, hjemmesykepleien og sykehuset er ikke like. Sykehuslegen bestiller ekstra lab-prøver og bildeundersøkelser, fordi de forrige er tatt utenfor sykehusets vegger. Fastlegen får ikke epikrisen før pasienten sitter på kontoret. Rekk opp hånden hvis du kjenner deg igjen.

Løsningen på problemet er opplagt, og nesten latterlig enkel: sentraliser essensiell informasjon.

Se for deg at fastlegen skriver en henvisning til hjertespesialist og med pasientens samtykke legger en kopi i noe vi kan kalle en journalbank. Hvis pasienten før han eller hun kommer seg til spesialistundersøkelse oppsøker legevakt eller sykehus, kan behandlende lege spørre om lov til å se etter nyttig informasjon i journalbanken, og vil der finne listen over lagrede dokumenter, blant dem henvisningen. Legger man alle henvisninger og svar på disse (epikriser) i en slik journalbank, sammen med svar på spesialist-

og bildeundersøkelser – for all del: ingen ønsker seg at alle journalnotater blir delt på denne måten – har man åpenbart et veldig nyttig verktøy. Teknisk er det ikke noe problem å filtrere vekk for eksempel psykiatriske epikriser eller annen sensitiv informasjon fra dokumentlisten, eller å vise dette i en akutt nødsituasjon. Det er nesten enda mer opplagt å gjøre noe tilsvarende med strukturert informasjon, slik som legemiddeldata og labundersøkelser – igjen kan eventuelt følsomme data filtreres.

Verken du eller jeg er de første som tenker en slik tanke, naturligvis. Selv danskene har tenkt omtrent det samme – de har til og med hatt en løsning i drift i flere år.

Den danske e-journalen inneholder henvisninger, rekvisisjoner, medisin-forskriving, lab- og bildeundersøkelser, diagnoser, epikriser og forløpsinformasjon. Data overføres automatisk fra EPJ-systemene. Borgerne har full tilgang til sin egen e-journal, og kan se hvem som har lest den. Hvis en person uten behandlingsansvar leser en e-journal, varsles borgeren med et brev.

Danmarks e-journal ble evaluert av Rambøll Management i 2009. Alle brukerne, både leger og pasienter, ønsket mer informasjon inn i e-journalen – mer av lab-, bilde- og spesia-

AV PÅL BREKKE



listundersøkelser, bedre geografisk dekning, og de ville ha med private sykehus og spesialister. Fastlegene sparte en rekke henvendelser til sykehusene, borgerne følte bedre kontroll over egen behandling, og - overraskende nok? – de var ikke bekymret over personvernet! I Rambøll-undersøkelsen svarte 91.2% av borgerne at tilgang til aksesslogg ga tilstrekkelig trygghet. Ser man det.

Slik vi forestiller oss danskene har de aldri vært et bekymret folkeferd, de har da heller ikke hatt noen Apenes. Men hva om vi drar enda litt lenger sør- og østover? Du hadde kanskje ikke gjetten at Tsjekkia skulle ha en kjernejournalløsning, men det har de faktisk.

På slutten av 1990-tallet slo tre lure leger seg sammen og startet IZIP, et selskap som har utviklet en internett-

basert kjernejournaløsning sammen med landets største helseforsikrings-selskap, offentlig kontrollerte GHIC. Omtrent to tredjedeler av befolkningen har sin helseforsikring der, og av de 6,5 millionene har i skrivende stund litt over 2,5 millioner meldt seg inn i IZIP-løsningen, som omfatter legemidler, henvisninger/svar, epikriser, lab, bilder – nesten en hel EPJ. Tallet stiger raskt – i august 2010 hadde de 2 millioner brukere.

Brukerne av IZIP kan selv bestemme hvem som skal ha tilgang til hvilken informasjonen i deres journal. Mens de unge og relativt friske er restriktive, gir de eldre og sykere typisk full tilgang – de opplever nytteverdien. IZIP-eksemplet gir også noen interessante økonomiske data. De kumulative gevinstene var større enn de kumulative kostnadene etter bare fire års drift. Og siden GHIC forsikrer personer både med og uten IZIP, kan man se at systemet gir lavere utgifter, ikke minst til unødvendig gjentatte undersøkelser.

Hva er status i Norge?

Helsedirektoratet leverte nylig en rapport fra sitt kjernejournal-forprosjekt til departementet. HDIR anbefaler at man på kort sikt utvikler en løsning for deling av legemiddelinformasjon, basert på utleveringsdata fra apotek. Det foreslås reservasjonsrett og loggføringsystem, men detaljene er ikke ferdig utredet. De neste trinnene i utviklingen - hva som kommer etter legemidlene - er heller ikke ferdig vurdert.

Legeforeningen arrangerte et debattmøte om kjernejournal i slutten av



januar, og det var slående hvor skeptisk forsamlingen var til å tilgjengeliggjøre kliniske data, med personvernet som hovedargument for en særdeles forsiktig holdning. Likevel ble det gitt klar støtte til HDIRs foreslåtte første fase av kjernejournal.

Man er selvsagt mest bekymret for at pasienter med psykiatriske eller andre sosialt stigmatiserende lidelser kan bli utsatt for brudd på personvernet. Det er imidlertid ikke gitt at en kjernejournal, eller all informasjon i den, skal være tilgjengelig for alt helsepersonell. Det er teknisk rimelig enkelt å begrense tilgang, og en opplagt løsning er å forbeholde det meste av informasjonen for behandlende lege og hente den opp med pasientens samtykke i behandlingssituasjonen. Legemiddelinformasjon kan deles med farmasøyten på apoteket som ekspederer en resept, igjen med pasientens samtykke. Finner noen pasienten bevisstløs, kan akuttmedisinsk personale aktivere "blålys"-funksjoner som gir nødtilgang. Hvis en tilgangsløgg viser hvem som har lest hvilke dokumenter i journalbanken, og man som i Danmark sender melding til pasienten hvis uvedkommende

snoker, burde det være svært effektivt for å stoppe utilsiktet tilgang. Dette er enkelt.

Det er sunt å være skeptisk til ting man ikke vet hva er, men undertegnede er bekymret for at Legeforeningen, og andre, tar prinsipielle standpunkter på sviktende grunnlag. Erfaringen fra de som har opprettet 'brede' kjernejournalløsninger gir grunn til å tro at vår innprentede frykt for brudd på personvernet er overdrevet, og at det for både behandlere og pasienter er vesentlig nytteverdi i en kjernejournal med et bredt men strukturert innhold. Pasientsikkerheten, som innebærer at vi har den viktige informasjonen når vi trenger den, bør komme først.

Pål Brekke er (forutsatt at en i denne sammenheng nokså ironisk tykk bunke papirer blir funnet i orden av Legeforeningen) spesialist i indremedisin og lege ved hjertemedisinsk avdeling, Akershus Universitetssykehus. Han har også vært med i eResept-programmet, sykehus-FEST og Medikasjonstjeneste-prosjektet i regi av HSØ/Nasjonal IKT.

For mer informasjon:

<http://www.regioner.dk/Sundhed/Sundheds-IT/E-journal.aspx>

<http://www.epractice.eu/en/news/5276061>

http://www.ehealth-impact.org/case_tool/data/binary/852125c47942361d7a8baf7acce89d92.pdf

<http://www.helsedirektoratet.no/samspill/kjernejournal/>

Legeforeningen satser på veiledning som del av forskning og fagutvikling!

Alle godkjente utdanningsavdelinger plikter å oppnevne veileder for leger i spesialisering og det skal regelmessig og systematisk gjennomføres veiledningssamtaler.

Alle sykehusleger mottar i disse dager en lommefolder om veiledning av leger i spesialisering. Folderen er utarbeidet som ledd i Legeforeningens satsning på forskning og fagutvikling. Hensikten er kort å si noe om hva veiledning er, hvorfor det er viktig at leger i spesialisering får veiledning og hvilke temaer som egner seg for veiledningssamtaler. Folderen bør ligge i lommen på alle legefrakker, og den bør brukes aktivt.

Overleger får lommefolderen som veiledere, og leger i spesialisering fordi de skal vite hva de har krav på.

I tillegg satser Legeforeningen på å øke antall kvalifiserte veiledere ved å tilby kurs om veiledning. Informasjon om kursene fås ved henvendelse til Elin Stangeland på adresse elin.stangeland@legeforeningen.no eller Terje Pettersen på adresse Terje.Pettersen@stami.no. Utdanningsprogrammet "Veiledning i medisinsk spesialistutdanning", som består av to filmer med kurshefte, er gjort tilgjengelig på nett, og våren 2011 blir prøveprosjekt med gruppeveiledning av leger i spesialisering iverksatt.

Resultatene av evaluering vil gjøres kjent gjennom Tidsskriftet.

ÅSE BRINCHMANN-HANSEN

aase.brinchmann.hansen@legeforeningen.no

Medisinsk fagavdeling



DEN NORSKE
LEGEFORENING

Veiledning av leger i spesialisering

- Veiledning av leger i spesialisering er en forpliktelse en sykehusavdeling har påtatt seg ved å bli godkjent utdanningsinstitusjon (Generelle spesialistregler § 8)
- Veileder skal være oppnevnt før lege i spesialisering tiltrer
- Ledelsen har ofte delegert ansvaret til utdanningsutvalget å oppnevne veiledere og ansvaret for at veiledning gjennomføres
- Veileder har i samarbeid med lege i spesialisering ansvar for at individuell utdanningsplan utarbeides
- Veileder skal i samarbeid med lege i spesialisering regelmessig evaluere faglig progresjon
- Alle overleger som er godkjente spesialister i faget er kvalifisert som veiledere
- Veiledningssamtalene skal bidra til at yngre leger får hjelp til å løse medisinsk-faglige oppgaver, hjelp til å ta beslutninger bygget på profesjonalitet og hjelp til å reflektere over egen medisinsk praksis.

Gratis nettkurs for faglig oppdatering

Helsepersonell er pålagt å holde seg faglig oppdatert. Gjennom nettkurset kunnskapsbasertpraksis.no lærer du hvordan du finner forskningsbasert kunnskap og omsetter den til praktisk arbeid. Og det koster deg ikke en krone.

Lillebeth Larun, fysioterapeut av utdanning og forsker ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, forteller engasjert om nettkurset som Kunnskapssenteret har utviklet i samarbeid med Senter for kunnskapsbasert praksis ved Høgskolen i Bergen.

- Kurset lærer deg kunnskapsbasert praksis, det vil si å ta faglige avgjørelser gjennom systematisk og reflektert bruk av ulike kunnskapskilder, med spesielt fokus på forskningsbasert kunnskap forklarer Larun.

- Du lærer hvordan du søker i databaser, hvordan du kritisk vurderer artikler du finner og hvordan du kan omsette kunnskapen til praktisk arbeid, enten det er for å ta individuelle beslutninger i konkrete arbeids-situasjoner eller i utvikling av prosedyrer, fortsetter hun.

- Hvorfor er det så viktig å oppdatere seg på hva forskningen sier?

- Helsepersonell må hver dag ta faglige avgjørelser, men den dokumenterte kunnskapen om hva som er god praksis er i stadig utvikling, og det man lærte på et tidspunkt kan være endret. Man kan ikke basere seg på hva man har lært eller hva man tror, sier Larun.

Praktiske eksempler

Nettkurset er pedagogisk tilrettelagt og lærer deg trinn for trinn hvordan du kan nyttgjøre deg forskning i arbeidshverdagen, fra å formulere

hvilke spørsmål du ønsker svar på, til søking etter relevant litteratur, kritisk vurdering av litteraturen og hvordan den kan omsettes til praktisk arbeid. Alle trinnene er spekket med praktiske, kliniske eksempler, videoer og øvingsoppgaver.

Statistikk for folk med tallfobi

Kurset har også en statistikkdel for folk som ikke liker tall, men som likevel må forholde seg til tall i jobben, for eksempel fra fagartikler.

- Statistikkdelen gir deg en enkel innføring i grunnstammen i statistikk, det vil si hvordan du beskriver tall, analyserer tall og formidler tall, og lærer deg hvordan du kan forstå statistikk, opplyser Larun.

Internopplæring av ansatte

Helsepersonelloven krever at helsepersonell holder seg faglig oppdatert. I følge Larun er nettkurset velegnet til internopplæring av ansatte.

- Man trenger ikke å sende ansatte på kostbare kurs. Kunnskapsbasertpraksis.no er et godt pedagogisk tilrettelagt læringsverktøy som kan brukes til faglig utvikling og til å kvalitetssikre at ansatte har minimumskunnskap, mener hun.

Ønsker tilbakemeldinger

Kunnskapsbasertpraksis.no har vært på nett siden september 2008 og rundt 70.000 treff. Brukervennlighet og læringseffekt av kurset evalueres

kunnskapssenteret



Faktaboks:

Kurset dekker de seks trinnene i kunnskapsbasert praksis:

- Refleksjon
- Spørsmålsformulering
- Litteratursøk
- Kritisk vurdere
- Anvende
- Evaluere

og på grunn av stor etterspørsel i utlandet, er det også planer om å oversette til engelsk.

- Kurset er i løpende utvikling. Vi vil gjerne ha tilbakemeldinger om feil og mangler og innspill til forbedringer, gjerne på kbp@hib.no, sier Lillebeth Larun.

Legeforeningens øvrige lederstipend

For 2011 har Legeforeningen flere ulike lederstipend som medlemmer kan søke.

Yngre legers forenings lederstipend

To stipender på kr 60 000 skal deles ut. Yngre legers forenings styre (Ylf) vil vurdere søknadene og tildele stipender.

Stipendene skal benyttes til kompetansegivende lederopplæring. Stipendene er forbeholdt leger som tar vekttallsgivende lederutdanning. Stipendet er åpent for alle Ylfs medlemmer, men nåværende og tidligere tillitsvalgte etter hovedavtalen, og tillitsvalgte sentralt i foreningen vil bli prioritert.

Søknad om tildeling av stipend sendes til Ylfs styre, Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo.

Utdanningsfond I Lederstipend 2011

- Legeforeningens sentralstyre har for 2011 avsatt til sammen kr 300 000 i lederstipend eller viderequalifiseringsstipend til leger.
- Stipendordningen er finansiert via Utdanningsfond I.
- Retningslinjer for tildeling av lederstipend.
- Stipendet skal fortrinnsvis gå til yngre leger som ønsker å ta lederutdanning.
- For å kunne motta lederstipend må utdanningen minst være 30 studiepoeng (10 vekttall).
- Det er en forutsetning for tildeling av stipend at mottaker ikke er omfattet av full finansierte ordninger.
- Det kreves dokumentasjon på opptak og fullføring av studium.
- Mottaker plikter å avgi rapport om hva midlene er anvendt til.
- Stipendet må anvendes innen ett år fra tildelingstidspunkt.
- Det kan søkes om stipend på inntil kr 25 000. Det gis anledning til å søke ytterligere stipend på kr 25 000 for videre trinn innenfor samme utdanning. Første gangs søkere vil bli prioritert.
- Stipendene utlyses vår og høst.
- Den som mottar stipend plikter å avgi regnskap og rapport om hva midlene er benyttet til.

Kortfattet søknad / prosjektbeskrivelse, bekreftelse på opptak ved søknad om lederstipend og kostnadsoversikt vedlegges søknadene som sendes til:
Den norske legeforening, Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo

Sentralstyrets lederstipend

Det er avsatt kr 180 000 i lederstipend for 2011.

Det er seks stipend à kr 30 000.

Søknad sendes til:

Den norske legeforening, Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo
merkes sentralstyrets lederstipend.

Oslo legeforenings lederstipend

I budsjettet for 2011 er det avsatt midler til stipend til lederutdanning for tillitsvalgte i Oslo legeforening med kr 50 000.

Søknad som vurderes av Oslo legeforenings styre, sendes

Oslo legeforening, Postboks 178 Sentrum, 0102 Oslo





Norsk overlegeforening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Formål

Norsk overlegeforening (Of) arbeider for at overleger vil ta på seg og bli værende i lederfunksjoner. Of vil i den kommende periode som ett av flere tiltak prioritere lederutdanning og lederutvikling.

Ofs landsrådsmøte 15.04.2010 vedtok i forbindelse med behandling av budsjett for 2011 å øremerke kr. 300 000 av egenkapitalen til å etablere en ordning med lederstipend til videreutdanning og etterutdanning for ledere etter retningslinjer som godkjennes av styret. Ordningen er en prøveordning som vil bli evaluert årlig.

Stipendkomite

Stipendkomiteen består av 2 representanter fra Ofs lederutvalg og en fra Ofs styre. Stipendkomiteen vurderer søknader fortløpende og gir tilbakemelding til styret når stipend er innvilget. I tvilstilfeller kan søknader legges fram for styret til endelig avgjørelse.

Kriterier for å søke stipend

- Lederstipend er et tilbud til medlemmer av Norsk overlegeforening
- Det kan søkes stipend både for lederutdanning som gir studiepoeng og annen lederutdanning.
- Program med bekreftelse på opptak må vedlegges utfylt søknadsskjema.
Alternativt kan det søkes stipend som innvilges under forutsetning av senere opptak.
- Leger som innehar lederstillinger og andre som har interesse for ledelse og/eller innehar tillitsvalgtverv kan søke.
- Mulighet for dekning hos arbeidsgiver må være forsøkt, slik at stipendet fra Of blir et supplement. Det fokuseres i denne sammenheng på arbeidsgivers ansvar når det gjelder etter- og videreutdanning for leger i lederstillinger.
- Totalbeløpet er begrenset oppad til kr. 30.000 i dokumenterte utgifter.
- Stipendet skal primært dekke kostnader/avgifter til selve lederutdanningen/lederkurset.
- Søknad om dekning av eventuelle reiseutgifter og hotell, må skje på grunnlag av dokumenterte faktiske kostnader. Søkere vil få beskjed senest 2 måneder etter søknadsfristen.

Mottak av stipend forutsetter:

- Bekreftelse på gjennomført utdanning/kurs.
- Innsendelse av utfylt sluttrapport i samsvar med vedlagt sluttrapportmal.

Eventuelle spørsmål kan rettes til Norsk overlegeforenings sekretariat ved Signe Gerd Blindheim tlf. 23 10 91 58. Søknader med vedlegg kan sendes på e-post til signe.gerd.blindheim@legeforeningen.no

Øvrig informasjon og søknadsskjema etc.: <http://www.legeforeningen.no/id/156497.0>

Returadresse:
Norsk Overlegeforening
Postboks 1152 Sentrum, 0107 Oslo

