

Nye organisasjonsmodeller skapte debatt

Nye organisasjonsmodeller, leger i motbakke og seniorpolitikk var temaer under Overlegeforeningens kurs i ledelse og aktuell helsepolitikk i april.

Sykehusene har gått fra todelt til enhetlig ledelse. Flere sykehus innfører nå modeller med resultat- og produksjonsenheter, og behandlingsteam med én leder, mens tradisjonell avdelingsstruktur og kliniske avdelinger som enhet forsvinner. Overlegene drøftet hvilke konsekvenser dette har og hvordan det passer med enhetlig ledelse av kliniske enheter.

Jørgen Holmboe, seniorrådgiver i Helse-direktoratet, Erik Kreyberg Normann, administrerende direktør ved Akershus universitetssykehus (Ahus) og Odd Grenager, hovedtillitsvalgt for overlegene ved samme sykehus, innledet om temaet som skapte stort engasjement.

Det var stor enighet blant deltakerne om at man må ha tydelige ledere. Det ble også gitt klart uttrykk for at det må være legene som har det hele og fulle behandlingsansvaret, og at den som sitter med det medisinske faglige ansvaret må ha kontroll over nødvendige ressurser. Enkelte ga uttrykk for at man savner tydeligere ledelse ut fra dagens sykehusstruktur, mens en sa at som ansvarlige leger gjør vi det vi alltid har gjort – nærmest på tross av den organisasjonsmodellen som er lagt.

– Hvor finner vi den administrative og den faglige ledelse, spurte Jørgen Holmboe. Omfanget av administrative lederfunksjoner og nærhet til produksjonsprosessen avgjør behovet for når faglig og administrativ kompetanse kan skilles, mente han.

Avdelingssjefen må ikke nødvendigvis være den beste fagperson i alle deler av virksomheten, men det må være tilstrekkelig klarhet om hvordan det faglige ansvaret er ivaretatt. Faglig ledelse (systemansvar) er ikke i konflikt med å være organisatorisk underordnet en leder med annen fagbakgrunn, mente Holmboe.

– Jeg mener at de grep vi har tatt på Ahus, er noe av det viktigste vi har gjort, og at det stort sett har vært en ryddig prosess, sa Erik Kreyberg Normann. – Mitt mål som øverste administrative leder er å sikre at mest mulig av ressursene går til pasientbehandling, og at man, når man får et budsjett, ikke «kaster pengene ut av vinduet». Det er spesielt sykepleiernes lønnsutgifter og bemanningsplaner som har vært utfordringen, hevdet han.

Vi har funnet en form som gjør at driften går bedre nå, sa han, og ga uttrykk for at de har fått en helt annen styring på ressursene ved Ahus med de grep de har tatt. – Det handler om å få en total styring på en del av de store ressursene, sa han. Kreyberg Normann understreket også betydningen av å ha leger i ledelsesposisjoner. – De kan si fra når det er behov, sa han.

Odd Grenager var mer skeptisk og mente at Ahus ikke har valgt ideelle løsninger. Konsekvenser av organiseringen har medført at medisinsk ansvarlig, ikke lenger har hånd om nødvendige ressurser for å ivareta fagansvar, mente han og sa at tydelig

ledelse er blitt utvannet etter innføring av den nye modellen. Han ga også uttrykk for skepsis i forhold til at det legges for mye ansvar til divisjon for sykepleie.

– Hvordan skal vi få frem de gode lederne, var blant spørsmålene som ble stilt under debatten, mens Jørgen Holmboe stilte spørsmålet om hvordan leger skal bli gode ledere? Dere illustrerer at legene nå i større grad innser at det er attraktivt å være leder, sa han til deltakerne. – Det er et poeng å være med der beslutningene fattes. Dere som sitter i slike posisjoner må være forbilder, sa han og understreket at det å gå inn som leder er en karriere som det er verdt å gå inn i.

Gode tilbud hjelper leger som sliter

«Leger i motbakke» var et tema som både skapte engasjement og ettertanke. Mange leger sliter med problemer knyttet til psykisk helse, mestring av arbeidsliv og sosiale relasjoner. – Hva vet vi om mentale helse og suicidalitet blant leger, spurte Reidar Tyssen, spesialist i psykiatri ved Institutt for medisinske adferdsfag ved Universitetet i Oslo. Karin Isaksson Røe orienterte om erfaringer fra Villa Sana ved Modum Bad, og en av foreningens mange støtteleger fortalte litt om sine erfaringer som støttelege. Deltakerne fikk også innblikk i historien til en legekollega som hadde erfart det å bli utbrent.

Seniorpolitikk var siste tema på kurset. Her reiste man bl.a. spørsmålet om dagens overleger vil arbeide like lenge som sine eldre kollegaer, og dersom dette ikke vil være tilfellet, hvordan sykehusene kan motivere og legge til rette for at de velger å arbeide lenger. Hva kan legene lære av det private næringsliv? var også blant temaene.

Effektivt årsmøte i god atmosfære

Årsmøtet samlet mer enn 50 deltakere. Arne Laudal Refsum orienterte om den helsepolitiske situasjonen, og stilte spørsmålet om det bare er den dårlige samhandlingen som er sykehusvesenets problem. Han mente at ferdigbehandlede pasienter er et kapasitets- og et behandlingsproblem og at det nå er på tide å bli kvitt korridorpasientene.

Refsum tok også opp helseministerens utspill om at det ikke skal komme en eneste ny lege i sykehus. Både Legeforeningen og Overlegeforeningen har understreket at det trengs en vekst hos fastlegene som følge av økt rekruttering, endret alderssammensetning og nye oppgaver. Men det blir umulig når ministeren varsler at det ikke skal



Overlegeforeningens nye styre. Fra v.: Marit Tønder Rødland, Jon Helle, og Inger-Lise Haakstad, (gjenvælg), Tom Guldthav (ny), Arne Laudal Refsum, Olaug Villanger (ny), Åsmund Bredeti (ny), og Erna-Gunn Moen (ny). Foto Lise B. Johannessen

komme en eneste lege i sykehus, understreket han. – Det har vært et betydelig økt antall leger i sykehus, men vi vet godt at vi trengs. Det er behov både innen geriatri, psykiatri, onkologi, palliativ medisin og ortopedi. Vi må fortelle dette, når ministeren ikke får frem kompleksiteten, sa Refsum, og pekte på at flere fastleger også vil oppdage mer som igjen vil føre til flere henvisninger til sykehusene.

Må ha nok kapasitet

Refsum ser også for seg at det vil vokse frem et større privat helsemarked i Norge, og mente at et privat arbeidsmarked vil være gunstig. Det må være rom for dette og vilkår hvor RHF-ene ikke forlanger mer opplysninger enn det de kan dokumentere i egen virksomhet for at man skal få levere anbud, og kontraktsperiodene må bli lenger enn i dag. Det må være likt for de private og det offentlige, mente Overlegeforeningens leder.

– Vi står overfor en rekke utfordringer, hvorav organisering av sykehusavdelinger er én, sa han. – Vi må ha oppmerksomheten rettet både på sentralisering og desentralisering. Men hvor langt skal vi gå i sentraliseringen? spurte Refsum. – Jeg tror at vår oppgave blir å snakke kvalitet, samtidig som vi må finne en måte evaluere aktivi-



Jørgen Holmboe, Erik Kreyberg Normann og Odd Grenager innledet om nye organisasjonsmodeller i sykehus. Foto Lise B. Johannessen

teten på. – De som ikke klarer å opprettholde kvaliteten etter nasjonale kvalitetsindikatorer som fagmiljøene er blitt enige om sammen med helsemyndighetene, de får gi seg. Refsum tror faglige revisjoner, såkalte «audits» etter engelsk modell, er en av veiene å gå. – Vi må snakke med ærlige og ikke vikarierende argumenter, sa han.

Årsmøte gjenvälte Arne Laudal Refsum

som leder av Overlegeforeningen. I styret får han med seg tre tidligere styremedlemmer samt fire nye, men ikke desto mindre, erfarne tillitsvalgte. Det nye styret representerer alle de fire helseregionene.

Lise B. Johannessen

lise.berit.johannessen@legeforeningen.no
Avdeling for informasjon og helsepolitikk

SOP – ytelser og kapital i 2008

Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) utbetalte i 2008 139 millioner kroner i ytelser til ordningens medlemmer eller etterlatte. Det betyr en økning på 0,9 % fra 2007.

Av dette utgjorde 62,2 millioner kroner pensjoner, 10,5 millioner kroner engangsstønad til etterlatte ved medlemmers død og 66,3 millioner kroner avbruddsytelser til leger som var borte fra sin private praksis pga. sykdom, permisjon i forbindelse med nedkomst eller adopsjon eller som pleiepenger ved alvorlig syke barn. I tillegg utbetalte SOP i alt 9,7 millioner kroner i støtte til diverse prosjekter som er definert innenfor ordningens formålsparagraf, herunder bl.a. Legeforeningens Forskningsinstitutt, et pensjonsforberedende seminar, et sykdomsforebyggende tilbud ved Res-

surssenteret Villa Sana på Modum Bads nervesanatorium og fylkesvise kollegiale støttegrupper.

Årlig alderspensjon fra SOP utgjør i 2009 kr 353 100 før fradrag for alderspensjon fra folketrygden og tjenstepensjonsordninger. Til sammenlikning utgjør maksimalt oppnåelig pensjon for lege med full medlemstid i offentlig tjenstepensjonsordning 66 % av 12 ganger folketrygdens grunnbeløp, dvs. kr 556 428. SOPs bokførte totalkapital var 3 850 millioner kroner per 31.12. 2008. Kapitalen er forvaltet etter de samme regler som gjelder for livsforsik-

ringsselskaper og pensjonskasser. Investeringsstrategien innebærer at maksimalt 30 % av investeringsporteføljen (kapital eksklusiv eiendomsinvesteringer) kan plasseres i aksjer, herav 25 % i norske og 75 % i utenlandske selskaper. For øvrig er kapitalen plassert i rentebærende papirer. Kapitalforvaltningen ga i 2008 en negativ avkastning. Den verdijusterte avkastningen av investert kapital var –6,75 %.

Einar Espolin Johnson

einar.espolin.johnson@legeforeningen.no
Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger