

Spesialiststrøm fra sykehusene – hva så?

Offentlige sykehus tappes for medisinsk kompetanse når spesialister lokkes til privat virksomhet med faglig frie tøyler og høyere lønn.

De regionale helseforetakene vil ha større kontroll med sykehuslegenes adgang til å ha bistillinger. Bildet er nyansert.

– Man kan godt si at vi som blir privatpraktiserende, taper det offentlige helsevesen for kompetanse, men hvis sykehusene hadde vært interessert i å beholde oss, hadde de vel tatt mer hensyn til oss, sier Just Omtvedt.

Etter åtte år som plastikkirurg ved offentlige sykehus var han lei. Av ikke å bli respektert som faglig autoritet, og ikke å bli verdsett av sykehusledelsen. Av å miste makt og råderett over sin medisinske kompetanse, og overstyring fra andre yrkesgrupper ved sykehuset. Av et hierarkisk system tyngt av intriger, og kolleger som med spisse albuer strebet etter attraktive posisjoner. Av vaktbelastning, byråkrati og for lite tid brukt til operasjon og pasientrett arbeid. Av lønn som han mener ikke stod i forhold til kompetanse og innsats. For seks år siden tok han sin hatt og plastikkirurgiske kompetanse og gikk – til egen privatklinik i Askim og råderett over arbeidsdagen, som går med til å utføre alle typer kosmetisk kirurgi.

Han fnyser av andres innvendinger om at han bruker kompetansen sin til behandling som ikke er medisinsk begrunnet. Bortimot alle klientene er så psykisk plaget av sine fysiske skavanker at det forsvarer påskriften medisinsk indisert, mener Omtvedt.

– Også mine klienter må tas alvorlig. Jeg er lege, og jeg hjelper pasienter, sier han.

Plastikkirurgisk flukt

Mens den tidligere Haukeland-overlegen forskjønner kvinner i Indre Østfold, strever plastikkirurgiske avdelinger ved universitetssykehus med å holde på kompetente medarbeidere. St. Olavs Hospital i Trondheim har for tiden kun én plastikkirurg, skjønt ute i byen driver den private Klinik Stokkan med flere kirurger, to på heltid, to på deltid. Ved de plastikkirurgiske avdelingene ved Rikshospitalet og Ullevål universitetssykehus er tilgangen på assistentleger upåklagelig, men dårligere når det gjelder leger med høy kompetanse.

Professor Frank Åbyholm, avdelingsoverlege ved Rikshospitalet, nøler ikke med å bruke ordet flukt for å beskrive situasjonen. Han legger tall fra Norsk Plastikkirurgisk forening på bordet:

– Av 62 plastikkirurger i yrkesaktiv alder driver 35 privat kosmetisk kirurgisk virksomhet på fulltid. I tillegg har mange av de offentlig ansatte plastikkirurgene bistillinger ved private klinikker. Med få unntak er dette ensbetydende med kosmetisk kirurgi, hevder Åbyholm.

Legeforeningen oppgir andre tall, henholdsvis 78 og 22.

De siste årene har tappingen av kompetanse fra offentlig til privat virksomhet vært eksplosjonsartet, og avdelingsoverlegen roper varsku:

– Bak en spesialist i plastikkirurgi med spisskompetanse, ligger det ca. ti år med systematisk trening ved et universitetssykehus. De erfarne kirurgene er krumtapper i sykehusdriften. Vi er avhengige av dem hvis vi skal være på høyden når det gjelder utvikling av fag og av nye og bedre behandlingsmetoder.

Kollega Sverre O. Harbo, avdelingsoverlege ved plastikkirurgisk avdeling ved Ullevål, følger på:

– De offentlige sykehusene er pålagt å behandle de vanskeligste pasienttilfellene, som leppe-gane-spaltetkirurgi, mikrokirurgiske inngrep, medfødte misdannelser, operasjoner etter brannskader osv. Vi må ha kirurger her over lang tid for å bygge opp kompetanse og erfaring til å behandle de mest kompliserte tilfellene, men det er svært vanskelig når spesialistene forsvinner. Når kompetansen forringes hos oss, forringes den også ved andre avdelinger ved sykehuset som er avhengig av plastikkirurgisk bistand. Slik synker kvaliteten på det totale offentlige behandlingstilbudet, og til sjuende og sist er det befolkningen som taper på kompetanseflukten, påstår Harbo.

Helsemyndighetene riser egen bak

De to avdelingsoverlegene mener kompetanseflukten får ytterligere vind i seilene når kosmetiske klinikker får sykehusstatus.

– Det er et tankekort at helsemyndighetene betrakter det offentlige helsevesen og de private som én utøver, synes Harbo.

– Innen plastikkirurgi er det mange private klinikker som har avtale med Helse Øst og Helse Sør om å gi behandling som tidligere var forbeholdt sykehusene, som for eksempel brystrekonstruksjon etter brystkreft. Slik blir terskelen for å gå over i privat helsevirksomhet enda lavere: I tillegg til at man nyter godt av de lønns- og arbeidsbetingelser som det private markedet kan stille opp med, kan man nå føle seg som ordentlig doktor selv om man jobber ved en privat plastikkirurgisk klinik, sier Harbo.

Så vel Harbo som Åbyholm presiserer at private godkjente sykehus er bra supple-

ment som kan gi enkelte pasientgrupper raskere behandling. – Men man må ikke glemme å opprettholde et sterkt offentlig helsevesen for de pasienter som aldri vil få et privat behandlingstilbud. De private klinikkene trenger også kirurger, som de nødvendigvis må rekruttere fra offentlige sykehus, minner Harbo om.

– Men bidrar ikke de private til å frigjøre kapasitet ved de offentlige sykehusene?

– Det bærer galt av sted hvis man ensidig måler helsevesenet etter ventelister og antall operasjoner, svarer Åbyholm. – Et godt helsevesen handler ikke om kvantitet, men om kvalitet. Det er også svært uheldig at man ved én og samme privatklinik som er blitt godkjent som sykehus, både gir kosmetisk kirurgi og annen plastikkirurgisk behandling. En stor gruppe pasienter vil komme i en gråsoner der det er uklart hvorvidt behandlingen er medisinsk indisert eller ei, og vi kan risikere at det offentlige finansierer kosmetisk kirurgi, advarer han.

Yrkesetisk spørsmål

Harbo klandrer ikke kolleger som forlater sykehusene, og mener det er en stor utfordring for det offentlige å ta vare på og verdsette kompetansen.

– De private sykehusene er bygd opp rundt den produktive enhet som det kirurgiske team representerer. Offentlige sykehus må bruke tid på andre oppgaver. I hele sykehusorganisasjonen må det en erkjennelse til om at det er de produktive enhetene som gir inntjening, og som til sjuende og sist også sikrer arbeidsplassene til alle ansatte. En klar målsetting for en kirurgisk avdeling vil eksempelvis være at kirurgene bruker mest mulig tid på operasjonsstuen, mener Harbo, og fortsetter:

– Helsemyndighetene har valgt å legge store pasientgrupper ut på anbud for å sikre raskere behandling. Denne markedstilpassningen vil imidlertid kun gi kortvarig gevinst. For å beholde og øke kompetansen blant kirurgene, må man også vurdere å sette kirurgene ut på anbud.

Også Åbyholm etterlyser større offentlig kreativitet for å holde på kompetansen. Samtidig legger han et ansvar på den enkelte lege:

– Man må spørre seg hva man ønsker å bruke spesialistutdanningen til. Kosmetisk kirurgi er ikke behandling av syke mennesker. Valget mellom offentlig og privat virksomhet i mitt fag blir dermed et yrkesetisk spørsmål: Hva er min oppgave som lege?

– Til pasientenes beste

– Jeg skjønner ikke hva som er galt med å hjelpe 700–800 kvinner i året med medisinsk indiserte inngrep, som for eksempel

brystrekonstruksjon etter brystkreft, sier Helge Roald ved Colosseumklinikken i Oslo. Klinikken er godkjent som privat sykehus, og Roald er svært fornøyd med en jevn strøm av behandlingsoppdrag for det offentlige.

– Våre beste samarbeidspartnere er helseadministrasjonene i Helse Sør og Helse Øst. 50 % av det vi driver med i dag, er annet enn kosmetisk kirurgi, vi gjør for eksempel brystrekonstruksjon i stor grad. Fra januar til mai i år, utførte vi 250 til 300 en til tre-timers operasjoner for det offentlige, lekser han opp. – Vi er i ferd med å overta behandlinger for flere større sykehus. Vi gjør elektiv behandling, men tar også sekveler, for eksempel etter brann-

skader. Private klinikker og sykehus som før var uglesett, bygger seg nå opp til å bli enheter som supplerer de offentlige sykehusene.

Roald roser ledelsen i de regionale helseforetakene for klartenking:

– De vet å utnytte spesialistenes kompetanse, og møter oss på en konstruktiv måte. Jeg synes ikke vi taper helsevesenet for kompetanse, vi bringer tvert imot kompetansen tilbake når vi nå utfører oppdrag for det offentlige.

Han tilbakeviser også at det kun er det offentlige som kan stå for utdanning.

– Vi vil gjerne øse av vår erfaring og å bidra til utdanning av nye spesialister. Men av og til føler vi at enkelte kolleger

ved sykehus motarbeider oss ved å uttale seg negativt om vårt virke. Har sykehusleger kanskje et revir som skal beskyttes? spør Helge Roald.

Flukt – realitet eller følelse?

Flere fagområder enn plastikkirurgi sliter med å holde legene innenfor de offentlige sykehusenes porter, men fakta som underbygger kompetanseflukt er vanskelig å oppdrive.

Størrelsen på søknadsbunken for å bli godkjent som sykehus, kan gi en pekepinn. Fra 1. januar 2002 til midten av august 2003, har Helsedepartementet fått inn 27 slike søknader. Behandlingen som skal tilbys, er hovedsakelig innen plastikkirurgi, generell kirurgi, ortopedi, og øre-nese-hals-sykdommer, får Tidsskriftet opplyst.

– Per dags dato har vi ikke sett kompetanseflukt av særlig grad, mener statssekretær Kristin Ravnanger i Helsedepartementet. Hun nærer ingen frykt for at flere private sykehus skal tappe offentlige sykehus for kompetanse, men erkjenner at det offentlige har en stor utfordring i å gi spesialister så gode arbeidsbetingelser at de vil bli ved de offentlige sykehusene.

– Omfanget av private sykehus er fortsatt lite, og de private sykehusene er små og ensrettede. Leger er mer opptatt av muligheter for faglig utvikling og faglig miljø enn lønn, og da sitter det offentlige med de beste kortene på hånden, tror Ravnanger.

Konkurranse på ulike vilkår

Universitetssykehusene opplever situasjonen forskjellig. Mens sjeflege Helge Svaar ved Akershus Universitetssykehus ikke oppfatter kompetanseflukt som noe problem, melder Stener Kvinnsland ved Haukeland Universitetssykehus HF at sykehuset uten tvil merker tap.

Ved Universitetssykehuset Nord-Norge, UNN, opplever ledelsen konkurransen fra det private som en reell trussel som krever stor oppmerksomhet.

– Konkurranse er bra så lenge den er på like vilkår, men med krav om å yte øyeblikkelig hjelp, vaktbelastning, undervisning osv., er det en utfordring for oss å matche tilbudene fra de private arbeidsgiverne, sier Trine Magnus, sjef for kliniske avdelinger. – Vi må basere vår drift på at det alltid vil finnes leger som synes det er mer utfordrende, faglig utviklende og interessant å jobbe i offentlige sykehus enn privat. Den dagen det ikke finnes leger som synes det, er vi sjakk matt, kommenterer hun.

Ved UNN er flere fagområder utsatt for konkurranse fra private arbeidsgivere, spesielt plastikkirurgi, ortopedi, øre-nese-hals- og øyeavdelingen. I løpet av de ti siste årene, har øyeavdelingen mistet én professor og to overleger til privat praksis. Av 11 utdanningskandidater som har fått spesialiteten ved avdelingen, er kun tre fortsatt ved UNN. Fire er i privat øyepraksis,



Som privatpraktiserende plastikkirurg i egen klinikk, bruker Just Omtvedt størstedelen av arbeidsdagen til kosmetisk kirurgi på operasjonsstuen. Foto SCANPIX/Geir Carlsson

mens fire er overleger ved andre sykehus. I følge Magnus er forholdene omtrent tilsvarende ved øre-nese-halsavdelingen.

– Jeg er ikke motstander av å utnytte kompetanse og kapasitet som er etablert privat; vi har krav på oss til å inngå avtaler om kjøp av behandling vi ikke kan gi. Men å kjøpe tjenester lyder enklere enn det er. Vår fremste plikt er å sikre at vi har bemanning og kompetanse som kan gi prioriterte pasienter den behandling de har krav på. Det private har ikke nødvendigvis den kompetansen vi primært trenger. Hvis vi kjøper x antall enkelttjenester, kan det skje x antall ganger at pasientene må til ny behandling, og legges inn hos oss. Vi snakker tross alt om mennesker, som har behov for en totalpakke, forklarer Magnus.

Konkurrerer med seg selv

Sjeflege Ola Bergslien ved St. Olavs Hospital nøler ved ordet kompetanseflukt, men kaller det heller en passasje av folk, eksempelvis innen plastikkirurgi og øre-nese-halssykdommer. Han erkjenner at det er konkurranse mellom det offentlige og det private helsemarked om de beste fagfolkene.

– Utfordringen er at de mest kompetente spesialistene blir kjøpt opp uten at de private aktørene må bære utdanningskostnadene, men kan høste gratis der andre har betalt for å så, sier Bergslien.

Han mener det er mindre redelig å sammenlikne offentlig og privat virksomhet der de private benytter seg av sykehusets ansatte: – De jobber der på fritiden, i konkurranse med seg selv. Og det gjelder alle personellkategorier.

– Disse legene får utdanning, faglig oppdatering og trygghet i form av sosiale rettigheter bekostet av sykehuset. Dette ivaretas ikke av de private tilbyderne, som derved sparer utgifter. Privatklinikker trenger ikke å investere i faglig oppdatering, og kan velge hva de vil drive med, for eksempel behandling av diagnoser som er godt betalt i forhold til innsats. Det gir konkurranse på ulike vilkår, som gir en vridning når det gjelder personell, diagnoser og kostnadsnivå, sier Bergslien. – Hvilke konsekvenser mener du dette får for pasientene?

– På kort sikt, og så lenge vi har en kjøproblematikk, vil de fleste pasienter oppleve det som positivt med et privat marked med korte ventelister. På lengre sikt vil dette drenere det offentlige for økonomi og gode ansatte, som også blir sittende med de tyngste oppgavene. Det er vi ikke tjent med, svarer Bergslien. Som motvekt tror han vi må tenke i baner som bindingstid og overgangssum for intellektuell kapital.

Bindingstid?

I spissformulerte vendinger har lege og helsepolitisk talsmann for Sosialistisk Venstreparti, Olav Gunnar Ballo, tatt til orde for å innføre bindingstid eller overgangssum.

– Det er tankevekkende at man betaler skyhøye priser for fotballspillere som går over fra én klubb til en annen, mens spesialister som har fått kostbar utdanning betalt av det offentlige, uten videre kan gå over til det private helsemarkedet, synes Ballo.

– Jeg frykter at legeflukten fra det offentlige

vil øke og gjelde stadig flere spesialiteter. Vi må finne et ris bak speilet. Det bør være en type kontrakt mellom den som tar utdanning og den som står for utdanningen, som sikrer at sistnevnte har noe igjen for investeringene, hvis den utdannede slutter innenfor et gitt tidsrom, fremholder Ballo.

Høyres helsepolitiske talsmann, Bent Høie, tar helt avstand fra å legge sterke føringer på spesialisters frihet til å velge arbeidssted for å unngå kompetansetapping.

– Med dagens helsepolitikk er det private helsemarkedet blitt en del av det offentlige tilbudet, som kjøper helsetjenester fra private tilbydere. Kompetansen til leger i privat virksomhet kommer dermed fortsatt fellesskapet til gode. Det finnes riktignok unntak, for eksempel kosmetisk kirurgi uten medisinsk begrunnelse, men i det store og hele vil konsekvensene av å legge sterke føringer på spesialistene bli mer negative for samfunnet, sier Høie, som mener det er sunt med en konkurrerende arbeidsgiver til det offentlige.

Foten ned for bistillinger

Helsedepartementets styringsdokument til de regionale helseforetakene gir tydelige signaler om at helseforetakene må ha et bevisst forhold til at bistillinger lett kan skape uheldige konkurranseforhold. Helsepersonelloven (1) slår også fast at leger på eget initiativ skal opplyse arbeidsgiver om bierverv, engasjementer, eierinteresser eller andre virksomheter som kan komme i konflikt med interessene til hovedarbeidsgiver. Nå utarbeider de regionale helseforetakene ytterligere retningslinjer for å innskjerpe sykehuslegenes adgang til



Trine Magnus, sjef for kliniske avdelinger ved Universitetssykehuset Nord-Norge, opplever konkurranse fra det private helsemarkedet som en reell trussel. Sosialistisk Venstrepartis helsepolitiske talsmann, Olav Gunnar Ballo, vil finne et ris bak speilet som motvekt til legeflukt fra offentlige sykehus. Foto SCANPIX/Jon Hauge og SCANPIX/Rune Stoltz Bertinussen

bistillinger i konkurrerende virksomheter. Ved Helse Vest RHF har man knesatt som et prinsipp at man ikke oppretter deltidshjemler, kun heltidshjemler.

– Vi ønsker at medarbeidere i Helse Vest skal ta ut sin arbeidskraft, sine ferdigheter og entusiasme i våre foretak, sier viseadministrerende direktør Helge Bryne.

Etter fjorårets uro ved øre-nese-halsavdelingen ved Sentralsjukehuset i Rogaland, da samtlige leger ønsket 20 % deltidshjemmel, er Bryne overbevist om at dette er den eneste rette, langsiktige strategien.

– Vi respekterer tidligere inngåtte deltidshjemler. Det blir opp til det enkelte helseforetak å håndtere disse. Fra vår side blir det en utfordring å gjøre Helse Vest så attraktivt at folk ønsker å jobbe fullt i eget foretak, sier Bryne. – Et annet forhold er de som jobber privat uten deltidshjemmel på sin fritid, fortsetter han.

– Vi ønsker ikke at våre ansatte skal drive virksomhet som er i konkurranse med hovedarbeidsgiver, ved blant annet å drive privat virksomhet i fritiden. Slike forhold vil vi regulere. Dette er for øvrig i tråd med resten av arbeidslivet, sier Bryne.

Vedtaket ble gjort i vår, og prosessen med å implementere det ved helseforetakene er så smått i gang. Direktør Anne Bogsnes i Helse Bergen HF tror ikke det vil bli stor diskusjon om innskjerpingen ved nyansettelser. Ved sykehusene i Helse Bergen er man nå i gang med å kartlegge omfanget av kombistillinger.

– Hvordan forholder du deg til at overleger ved sykehuset jobber ved private klinikker, som opererer på oppdrag fra Helse Bergen?

– Jeg vet at det er sykehusansatte som også har privat praksis, men hvis vi skal sikre pasientene den behandling de trenger, må vi være smidige og fleksible. Hvis vi er steile og sier opp leger som har kombipraksis, vil mye virksomhet ved sykehuset dø ut, og pasientene stå uten tilbud, svarer Bogsnes.

Også ved andre store sykehus strammes mulighetene for bierverv inn. Ved de plastikkirurgiske avdelingene ved Ullevål universitetssykehus og Rikshospitalet, er heltidstillinger etablert praksis.

– Her får man ikke redusert stilling dersom eneste begrunnelse er å tjene penger på samme type arbeid annet sted, sier Sverre Harbo.

Fra UNN opplyser Trine Magnus at man prøver ut en modell hvor legene mot god totallønn, forplikter seg til ikke å jobbe i konkurrerende virksomheter. Forsøksordningen omfatter fem avdelinger ved sykehuset, og skal evalueres etter ett år. Det finnes imidlertid ingen myndighet bak forpliktelsen.

– I så vel NAVO som i Legeforeningen blir man svevende når restriksjoner på legenes bruk av arbeidstiden kommer på tale, sier Magnus.

Skepsis i Legeforeningen

Legeforeningens generalsekretær Terje Vigen forstår sykehuslegenes frustrasjon over å miste kolleger med erfaring og kompetanse til private klinikker. Han setter imidlertid spørsmålsteget ved hvor reell kompetanseflukten er i dagens situasjon, og hvorvidt den medfører negative konsekvenser for pasientbehandling og utvikling av fagmiljø. Legeforeningen ser med stor skepsis på helseforetakenes oppryddingsarbeid med hensyn til legers adgang til å ha bierverv.

– Den praksis som noen av helseforetakene legger opp til vedrørende nekting av bierverv, blir etter min mening for restriktiv, omfattende og generell, og nærmest et forbud mot å bruke fritiden til legearbeid. Ingen er tjent med å etablere en praksis som innebærer en ensidig negativ innstilling til bierverv av medisinsk karakter. Det som må være avgjørende for arbeidsgiver, er hva slags bierverv det dreier seg om, og hvilken betydning det rent konkret får i forhold til hovedarbeidsgiver. Dette må vurderes på bakgrunn av omfang og innhold i relasjon til hovedstillingen, og i forhold til det enkelte fagområde eller til pasientenes behov i nedslagsfeltet, sier Vigen.

Han fortsetter: – Arbeidsgivere må bygge på bedre grunnlag enn antakelser om bierverv før man nekter leger å inneha medisinsk bierverv. Blant annet må arbeidsgiver sannsynliggjøre at biervervet faktisk innebærer konkurranse med hovedstillingen, og dermed illojalitet i arbeidsforholdet, før man nedlegger forbud. Det er ikke umiddelbart klart hva som er konkurrerende virksomhet. Er ventetid på behandling et forhold som har betydning? I så fall, hvor kort skal den være for å kunne tillegges vekt? spør Vigen.

I en situasjon hvor spesialistlegemerkedet blir mer mettet, tror Vigen man vil se en økende tendens til at helseforetakene vil ha legenes kompetanse innenfor sykehuset, ved å hindre dem i å ha bierverv innenfor eget fagområde.

– For å motvirke en uheldig praksis og urimelige reguleringer, er det behov for at Legeforeningen tar fatt i problemstillingene, og bidrar til en nyansert tilnærming som både ivaretar arbeidsgiver og arbeidstakers interesser, fremholder Vigen.

Ingrid M. Høie

ingrid.hoie@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. [http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldes?doc=/usr/www/lovdato/all/nl-19990702-064.html&dep=alle&emne=helsepersonelloven&](http://www.lovdato.no/cgi-wift/wiftldes?doc=/usr/www/lovdato/all/nl-19990702-064.html&dep=alle&emne=helsepersonelloven)

> Se også side 2554

