

Kunngjøringer

Fordypningsstilling tellende i relasjon til spesialistreglene

A2-avtalen § 6.3 presiserer at forskning, fagutvikling og kvalitetsutvikling skal utgjøre minst 50 % av arbeidstiden i fordypningsstilling.

Tjeneste i fordypningsstilling teller med inntil 50 % i spesialistutdanningen i tråd med avdelingens utdanningsstatus, avhengig av dokumentert klinisk tjeneste. Den øvrige del av tjenesten (fordypning/forskning) kan telle i relasjon til punktet «forskningstjeneste».

Ifølge retningslinjer fra Norsk overlegeforening og Yngre legers forening er det viktig at fordypningsdelen i stillingene brukes etter intensjonen. Det vil si at arbeidet i denne delen må kunne beskrives som: Forskning, fordypning, faglig perfektjonering eller utviklingsarbeid. Disse stillingene skal ikke fungere som vanlige arbeids- og utdanningsstillinger mer enn en på forhånd avtalt andel. Den kliniske delen skal være fra 0 % til 50 % av arbeidsplanen for leger i fordypningsstillinger. Det forutsettes deltagelse i alle aspekter av den kliniske tjenesten.

Også vikariater i fordypningsstillingene må fylle disse forutsetningene.

Selv om en fordypningsstilling skulle bli benyttet galt, f.eks. ved å la legen arbeide 100 % klinisk, vil tjenesten kun telle med 50 % for spesialistutdanningen.

Retningslinjer for avslutning av medisinsk behandling

Sentralstyret opprettet 16.8. 2006 en arbeidsgruppe som skulle vurdere behovet for retningslinjer vedrørende avslutning av medisinsk behandling ved enkelte tilstander. Arbeidsgruppen suppleres med Wilhelm Sorteberg, Rikshospitalet, en representant for det onkologiske fagmiljøet og en representant for det geriatriske fagmiljøet.

Revisjon av retningslinjer

Det skal opprettes en arbeidsgruppe for revisjon av Legeforeningens retningslinjer for smertebehandling i Norge. Gruppen består av representanter for foreningsledene som var representert i arbeidsgruppen som laget Retningslinjene. Disse ble vedtatt i sentralstyret 28.10. 2003, og i forordet foreslo man revisjon hvert fjerde år. Problemstillingen berører også legers forskrivningspraksis av vanedannende medikamenter den reviderte utgaven skal også omfatte retningslinjer for forskrivning av vanedannende medikamenter.

Mekling, streik og oppfølging

Forhandlingsprosessen med NAVO endte i brudd, med mekling, streik, ny meklingsrunde og et meklingsresultat.

Bruddet 20.12. 2006 kom da posisjonen overfor Akademikerne ble uttalt som helt «låst» – og for å unngå at oppgjøret igjen ble forskjøvet, fra 1. januar til 1. mai.

Mekling ble gjennomført med frist 17. januar, men førte verken til løsning eller forslag (skisse) fra Riksmeklingsmannen. Grunnlaget for bruddet i mekling var annerledes enn grunnlaget forhandlingsbruddet, noe som ligger i meklings karakter.

I mekling blir alltid innretning og omfang av økonomi det sentrale – i og med at de tekstelige elementer som regel videreføres.

Begge parter stilles i en vanskelig situasjon når det ikke fremlegges forslag fra meklingsmannen. At alt som har skjedd i mekling er underlagt taushetsplikt gjør at ingen kan si noe om grunnlaget for streiken. I motsatt tilfelle undergraves meklingsinstituttet. Denne situasjonen gjør det også vanskelig for andre enn de som deltar å vurdere situasjonen.

Informasjon under streiken

All informasjon under streiken måtte baseres på grunnlaget for forhandlingsbruddet. Budskapet var godt implementert hos våre dyktige lokale tillitsvalgte og streikende som også viste forståelse og innsikt i restriksjonene fra meklingsmannen.

Streiken ble igangsatt og varte i vel en uke før meklingsmannen fant grunnlag for igjen å kalle inn partene. Etter en natts mekling ble det en løsning som Akademikerne var fornøyd med.

Høstens forhandlingsforløp og konflikten vil bli grundig analysert for oppfølging og tiltak. Akademikerne helse og Legeforeningen har analysert situasjonen i NAVO området fra helseforetaksreformen, med særlig gjennomgang av de store problemene som har eksistert siden 2004. I NAVO-området har Akademikerne helse og Legeforeningen utfordringer som ikke eksisterer innenfor de mange andre forhandlingsarenaer.

Forløpet denne gang med mekling under restriksjoner, gjør det vanskelig for utenforstående å få oversikt over de faktiske forhold som ligger til grunn for streiken. Utenforstående må basere sine vurderinger på partenes retorikk sammenholdt med det offentliggjorte resultatet av streiken. Det gjør at noen velger en forenklet tilnærming: at streiken skyldes manglende dialog mellom partene. Det vil si at virkemiddelet for å unngå brudd og streik i neste hovedtariffoppgjør blir å bedre dialogen. Dette er dessverre for enkelt.

Det foreligger god dokumentasjon forut for forhandlingsbruddet. I en rapport fra Akademikerne i mai 2006 om forhandlings-systemet konkluderes det med at problemene

som har eksistert siden 2003 skyldes både systemet og forvaltningen av dette. Årets hovedtariffoppgjør tok fire måneder, de to tidligere hovedtariffoppgjør tok 14 måneder (2002–03) og 20 måneder (2004–05) med betydelige utfordringer med systemendringer og indre splid underveis. Vi kan trekke ut enkelte tendenser: Alle forhandlingsforløp blir stanset og forskjøvet og det stilles krav som ikke hører hjemme i et hovedtariffoppgjør og krav som er egnet til å skape splittelse bakover. I alle tidligere forhandlingsforløp har Akademikerne helse og Legeforeningen opplevd splittelse internt (Union cracking). Risikoen for splittelse øker i takt med lengden på forhandlingsforløpet.

Uklare avtaleforhold

Inngåelse av avtaler på de ulike nivåene forplikter partene til forsvarlig avtaleforvaltning. Lokale tvister løses i liten grad i avtaleperioden som forutsatt. Lokale tvister skyves inn i hovedtariffoppgjøret med krav om ettergivelse lokalt (forlik sentralt) for å kunne forhandle et hovedtariffoppgjør. Dette skjedde i februar 2005 og i november 2006.

Avtaleforholdene er uklare. Det gir rom for ulike og nye tolkninger. Det forelå ingen revidert overenskomst før meklingsmannen, kun en samling av dokumenter som sammen utgjør de sentrale elementer av overenskomsten. Akademikerne helse og Legeforeningen mener at begge parter er tjent med å større grad av ryddighet i avtaleforholdene som middel for å redusere konfliktnivået, og vi mener at sykehusene er tjent med en arbeidsgiverideologi som involverer tillitsvalgte og organisasjoner. Tett og god samhandling mellom arbeidsgiversiden lokalt og sentralt bør danne et viktig grunnlag for utvikling av helsetjenesten. Partene har felles interesser, men må samtidig ha et system for å løse de interessenmotsetninger som nødvendigvis eksisterer og oppstår.

Systemet må bli mer robust og forutsigbart og danne grunnlag for reelle forhandlinger lokalt og sentralt. Det er all grunn til å studere situasjonen i dag nærmere, også for eier av tjenesten.

Akademikerne helse vil på bakgrunn av evalueringen av hovedtariffoppgjøret 2006–07, sammenholdt med tidligere forhandlingsrunder, ta stilling til hvilke tiltak som bør iverksettes. Det er allerede etablert kontakt med øvrige hovedsammenslutninger for å arbeide sammen om felles utfordringer.

Anne Kjersti Befring

anne.kjersti.befring@legeforeningen.no
Forhandlings- og helseerettsavdelingen