

FREMTIDENS TARIFFAVTALE - PROSJEKT 2

Fremtidens tariffavtale



FORORD

Som en del av forberedelsene til overenskomstrevisjonen 2018, og for å utvikle fremtidens tariffavtaler, ville de regionale helseforetakene, med tilslutning fra helseforetakene, gjennomføre to prosjekt. For å sikre en bred forankring i helseforetakene, ble arbeidet organisert som to felles interregionale prosjekter. Ambisjonen var at prosjektene ble gjennomført med deltakelse fra landets helseforetak med sykehusdrift, Spekter og Legeforeningen.

Prosjekt 1 skulle organisere en teknisk gjennomgang av drifts- og bemanningssituasjonen/arbeidsplaner for å sikre kunnskap om hvilket mulighetsrom som finnes for å organisere legenes arbeidstid innenfor arbeidsmiljølovens hovedregler. Prosjektrapporten fra prosjekt 1 er sendt deltakerne i prosjekt 2 først i desember 2018 og har således ikke lagt til grunn for arbeidet i prosjekt 2.

I prosjekt 2 (dette prosjektet) skulle legenes lønns- og kompensasjonsordninger gjennomgå med sikte på å utvikle fremtidens tariffavtaler ut fra endrede behov i samfunnet, hos arbeidsgivere og arbeidstakere. I dette prosjektet har fire medlemmer fra legeforeningen og fire ledere som har bred og lang erfaring fra ledelse av leger fra de ulike helseregionene utgjort prosjektgruppen. Sekretariatet har bestått av en deltaker fra Legeforeningen og to fra Helse Vest RHF.

Det har vært avholdt syv møter, hvorav ett ved hjelp av Skype. Prosjektgruppen har hatt åpne, gode og konstruktive diskusjoner. Dialog og diskusjon, åpenhet, refleksjon og respekt for ulike synspunkter og vurderinger med hensikt å oppnå forståelse mellom partene har preget arbeidet. Alle har ønsket å bidra til konstruktive innspill til at fremtidens tariffavtaler tar opp i seg medarbeidere og arbeidsgivers behov for å legge til rette for en god og trygg spesialisthelsetjeneste for pasientene, samt et godt arbeidsmiljø.

Det har ikke vært mulig innenfor den tidsrammen prosjektet har hatt til å berøre alle enkeltpunktene i prosjektmandatet. Prosjektgruppen vil peke på at samarbeid og utvikling av fremtidens tariffavtaler bør fortsette mellom partene, både i og utenfor formelle rammer som tarifforhandlinger. Som en avslutning på hvert kapittel er det bokser med oppsummering av hvert kapittel og momenter i fremtidig samarbeid mellom partene for å skape gode tariffavtaler for fremtiden. Det er lagt til grunn for i arbeidet i gruppen at referater fra møtene eller sluttrapporten (dette dokumentet) ikke forplikter partene tariffmessig.



INNHOOLD

2.	Prosjekt og prosjektmandat	10
2.1	Innledning	10
2.2	Mål for prosjektet	11
2.3	Prosjektorganisering	12
3.	Strategisk planlegging og forvaltning av personell og kompetanse	13
3.1	Målbildet	14
3.2	Strategisk planlegging og forvaltning av personell og kompetanse	14
3.3	Endringsfaktorer som kan påvirke behov for spesialistkompetanse	15
4.	Livsfase, likestilling og ledelse	17
4.1	Hvordan er situasjonen i dag?	18
4.2	Livsfaser	18
4.2.1	<i>Etablering</i>	19
4.2.2	<i>Familieliv, graviditet og foreldrerollen</i>	19
4.2.3	<i>Leger sent i karrieren</i>	19
4.3	Likestilling	20
4.4	Leger som ledere	20
4.4.1	<i>Tiltak for å rekruttere, utvikle og beholde leger som ledere i sykehus</i>	20
5.	Utdanning og utvikling av leger	23
5.1	Ny spesialistutdanning for leger	24
5.2	Spesialistutdanning ved bruk av simulering og ferdighetstrening	25
5.3	Hvordan kan fremtidens tariffavtaler legge til rette for å utvikle kompetanse for leger i sykehus?	25
5.3.1	<i>Kompetansebehov og planer</i>	25
5.3.2	<i>Utdanningspermisjon</i>	26
6.	Måter å jobbe på	27
6.1	Team på tvers av fag og profesjon	28
6.2	Arbeidsdeling	28
6.3	Sykehus i nettverk og ambulante tjenester	29
6.4	Planlegging for helhetlige og forutsigbare pasientforløp	30
6.5	Virtuelle team og tilbud	31
6.6	Arbeidstid	32

7.	Modeller for lønn og lønnsutvikling	35
7.1	Bakgrunn	35
7.2	Overenskomsten	35
7.3	Alternative lønnsmodeller	36

Sammendrag

Spesialisthelsetjenesten er i utvikling og sykehusenes drift er i kontinuerlig endring. Teknologisk utvikling, nye behandlingsmetoder og medikament, samfunnstrender som individualisering og urbanisering påvirker måten vi arbeider i sykehusene. Pasientene ønsker større grad av medvirkning og deltakelse. Legegruppen er også i endring, blant annet er en stadig større andel av sykehusleger kvinner i tillegg til at dagens leger i langt større grad er likestilte i familiesituasjonen. Ny spesialistutdanning ble startet før første del av utdanningen, LiS1 i 2017, og for hele spesialiseringsløpet i 2019.

Det antas at arbeid på sykehus fremover i stadig større grad vil preges av arbeid i team. Samarbeid på tvers av legespesialiteter øker, og noen prosedyrer vil kunne bli utført av andre enn i dag. Samarbeid i team må kunne planlegges for å kunne bruke ressurser som medisinsk teknisk utstyr og areal på best måte.

Tariffavtaler, arbeidsplaner og arbeidstidsordninger må ta hensyn til endringer i arbeidsmåter. Pasientsikkerhet, forsvarlig drift og arbeidsmiljø samt legenes rettigheter og behov må ivaretas. Forutsigbare arbeidsplaner er viktige for å legge til rette for god planlegging både for leger og sykehus. Tariffavtalene må utformes slik at arbeidsplaner kan legge til rette for de ulike livsfasene. Mange av legene vil ha hele karrieren i helseforetakene, og det må være mulig å finne løsninger som svarer på ulike livsfaser i en lang yrkeskarriere. Nyutdannede leger må sikres konkurransedyktig lønn. Det er et mål at eldre overleger fortsetter å ha en viktig rolle hvor de benytter sin kompetanse. Mulige kompensasjonsordninger ved bortfall av vakttillegg og endring av arbeidsplaner vil kunne legge til rette fortsatt høy arbeidsdeltakelse for denne gruppen.

Dagens tariffavtale er bygget opp av minstelønn med tillegg av variable lønnselement som i sum utgjør legenes lønn. Helseforetakene har ønsket at en bør sikte seg inn på en enklere tariffavtale som ikke forutsetter høye tjenesteplaner for den enkelte lege for å oppnå totallønn. Totallønnsavtaler kan fungere i enkelte avdelinger, rapporten oppsummerer fordeler og ulemper samt kriterier som kan bidra til å lykkes med dette. Det tar lang tid å endre tariffavtaler. I arbeidet med fremtidens tariffavtaler må partene ha felles mål om å skape en god spesialisthelsetjeneste for pasientene og medarbeidere. Samarbeid om fremtidens arbeidsformer bør finne sted også utenom lønnsoppgjørene. Partene bør søke å skape felles arenaer for samarbeid, noe som dette prosjektet er et eksempel på.

Prosjektrapporten peker på utviklingstrekk, viktige momenter som ny struktur for spesialistutdanning, likestilling, livsfase, ledelse og kompetanseutvikling. Avslutningsvis tar rapporten opp forskjellige måter å jobbe på og modeller for lønnsdannelse. Prosjektgruppen anbefaler at partene etablerer samarbeidsarenaer mellom lønnsoppgjørene for å utvikle fremtidens tariffavtale. Arbeidet vil kreve kontinuitet og partnerskap og en forpliktende modell for å diskutere ulike problemstillinger.

Organisering og utvikling av spesialisthelsetjenesten skjer raskere og raskere. Partene bør forme en tariffavtale som tar hensyn til behov for arbeidsgiver og arbeidstakere. En tariffavtale bør spille på lag for begge parter og støtter opp om en robust offentlig spesialisthelsetjeneste.



2. PROSJEKT OG PROSJEKTMANDAT

2.1 Innledning

Spesialisthelsetjenesten er i utvikling og sykehusenes drift har endret seg vesentlig. Helseforetaksreformen har ført til at rammene til spesialisthelsetjenesten er tydeligere definert. Mange av landets helseforetak planlegger, eller står foran store utbyggingsprosjekt.

Medisinsk og teknologisk utvikling, fornyelse og forbedring har kommet pasientene til gode. Sykehusene og medarbeiderne har økt aktiviteten uten at ressursene har økt tilsvarende. Tallet på behandlede pasienter har gått opp og ventetidene ned.

Det er et sterkt politisk signal om å legge til rette for *pasientens helsetjeneste*. Pasientenes forventninger til spesialisthelsetjenesten vil øke og de forventer å kunne planlegge behandlingen sammen med behandler.

Ny modell for legers spesialistutdanning er påbegynt og innføres for hele spesialiseringsløpet i mars 2019. Simulering, ferdighetstrening i team og e-læring i kombinasjon med supervisjon og veiledning vil påvirke hvordan utdanning og videreopplæring vil foregå i sykehusene. Ny spesialistutdanning vil ventelig også kreve mer planlagte og helhetlige utdanningsløp i flere enheter og mellom samarbeidende helseforetak, eller hos avtalespesialister. Det er viktig å unngå store regionale forskjeller som konsekvens av ny spesialistutdanning.

Endringer i driftsformer vil påvirke arbeidshverdagen og måten oppgavene løses på i sykehusene. Eksempler på dette er endring fra døgn- til dagbehandling, innføring av ny teknologi og nye metoder, mer ambulant virksomhet, avstandsoppfølging og virtuelle møter med pasienter. Samarbeid på tvers av sykehus og foretak vil måtte bli enklere, informasjon om pasientene vil bli lettere tilgjengelig, også for pasientene selv.

Ovennevnte krever godt samspill mellom aktørene. Fremtidens tariffavtale bør uformes slik at den bygger opp om felles langsiktige strategier. Det er viktig å se ansvaret for utdanning av spesialister, forskning og utvikling i kombinasjon med gode pasientforløp. Dette er likeverdige oppgaver i henhold til spesialisthelsetjenesteloven.

Når nye driftsformer utvikles må medarbeiderperspektivet ivaretas og gjenspeiles i arbeidsplaner, arbeidsavtaler og tariffavtaler som inngås. Tariffavtalen skal være en avtalt ramme som gir partene forutsigbarhet. Tariffavtalene må balansere arbeidstakernes rettigheter og arbeidsgivers styringsrett.

Tariffavtalen skal være en avtalt ramme som gir partene forutsigbarhet. Økonomiske virkemidler må sees i sammenheng med sektorens behov og bærekraft.

Arbeidsplaner må være tilpasset lov og regelverk, forsvarlighetskrav og den enkelte medarbeiders arbeidssituasjon, livssituasjon og helse. Tariffavtalen må gjenspeile en helhet for å legge til rette for et godt og forutsigbar arbeidsmiljø.

Arbeidstidsreguleringen i tariffavtalen må være fleksibel nok til å kunne ivareta ulike perspektiv.

Det er også viktig at det legges til rette for god og stabil drift som tar hensyn til forutsigbare svingninger i aktivitet. Dette må gjøres på en god måte for sykehusene og for legene.

2.2 Mål for prosjektet

Overenskomstens del A2 mellom Spekter og Legeforeningen har, med unntak av enkelte endringer (som innføring av faste stillinger for LiS leger i spesialisering), i hovedsak vært uendret siden 2002. Tolkning og praktisering av tariffavtalen har, som for andre tariffavtaler, vært grunnlag for tolkning og tvister.

Som en del av forberedelsene til overenskomstrevisjonen 2018, og for å utvikle fremtidens tariffavtaler, besluttet de regionale helseforetakene å gjennomføre to prosjekter.

Tariffavtalene mellom Spekter/helseforetakene og Akademikerne/Den norske legeforening må utvikles videre med siktemål å bidra til å ivareta:

- Forutsigbare pasientforløp som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet
- Trygt, sikkert og forutsigbart arbeidsmiljø
- Kvalitet i utdanningsforløpene tilpasset ny utdanningsstruktur
- Lønns- og arbeidstidsbetingelser som sikrer at helseforetakene oppfattes som attraktive arbeidsplasser
- God ressursutnyttelse og god drift

Prosjektmandat

I prosjektet skal legenes lønns- og kompensasjonsordninger gjennomgås med sikte på å utvikle fremtidens tariffavtaler ut fra endrede behov i samfunnet, hos arbeidsgivere og arbeidstakere. Hensikten er ikke å redusere lønnsmassen til legene, men se på hvordan nye innretninger kan bidra til å understøtte fremtidige endringer i spesialisthelsetjenesten¹⁴. Legenes lønns- og arbeidsbetingelser er viktig for blant annet å sikre kompetanse og god rekruttering.

Elementer som bør vurderes i dette er prosjektet er blant annet

- Fordeler og ulemper med dagens lønnsstruktur
- Grunnlønn versus faste/variable tillegg
- Bruken av individuelle og kollektive tillegg
- Lønnsnivå LIS versus legespesialister og overleger

- Lønnsutvikling LIS og overleger
- Likestillingselementet i ulike lønnsstrukturer
- Arbeidsgivers behov for lengre planleggingshorisont
- Arbeidstagers behov for forutsigbarhet
- Tjeneste ved flere sykehus/sykehus i team
- Forutsigbare utdanningsløp og spesialistutdanning
- Arbeidstidsbestemmelsene tilpasset pasientsikkerhet/dagens legers behov/AML

2.3 Prosjektorganisering

Prosjektet er et nasjonalt samarbeidsprosjekt som eies av de regionale helseforetakene og er gjennomført som et felles interregionalt prosjekt. Legeforeningen er invitert inn, og deltar i prosjektet. Deltakere i prosjektet har vært:

Helse Fonna	Olav Godtfred Klausen (leder)
Helse Bergen	Hanne Klausen
Nordlandssykehuset	Beate Sørslett
Helse Møre og Romsdal	Henrik Erdal
Oslo Universitetssykehus	Morten Tandberg Eriksen
Legeforeningen	Anne Karin Rime
Legeforeningen	Kjetil Hognestad Karlsen/Geir Arne Sunde
Legeforeningen	Kristin Utne
Legeforeningen	Einar Vie Sundal / Håvard Ravnstad
Sekretariat, Helse Vest	Hilde Christiansen
Sekretariat, Helse Vest	Johanne Kalsheim
Sekretariat, Legeforeningen	Kristin Krogvold



3. STRATEGISK PLANLEGGING OG FORVALTNING AV PERSONELL OG KOMPETANSE

3.1 Målbildet

Målet er å videreutvikle en sterk og bærekraftig offentlig spesialisthelsetjeneste som dekker befolkningens behov.

Kompetente medarbeidere er avgjørende for å beholde og utvikle en offentlig spesialisthelsetjeneste som har tillit og anerkjennelse i befolkningen

Spesialisthelsetjenesten vil ha behov for flere medarbeidere fremover. Det er viktig at sykehusene satser på riktig rekruttering. Det å beholde kompetente leger i sykehus gjennom forskjellige livsfaser er avgjørende for å lykkes. Sykehusene må satse på utdanning, forskning, kompetanse og utvikling. Ny utdanningsstruktur for leger gir utfordringer, men også muligheter både for legene og spesialisthelsetjenesten.

3.2 Strategisk planlegging og forvaltning av personell og kompetanse

Strategisk planlegging er å planlegge for fremtiden. Helseforetakene har i 2018 utarbeidet utviklingsplaner – strategiske langtidsplaner.

Strategisk planlegging er en forutsetning for å opprettholde en offentlig spesialisthelsetjeneste med god kvalitet. Strategisk planlegging forutsetter godt kunnskapsgrunnlag.

For å forstå konsekvensen av ulike tiltak eller fremtidige utviklingstrekk for personell ressurser har Helse Vest RHF på vegne av RHF-ene utviklet Nasjonal bemanningsmodell. Nasjonal bemanningsmodell er et verktøy som kan brukes for å simulere effekten av ulike scenariofortellinger. En scenariofortelling er mulige historier om fremtidig utvikling som kan peke på utvikling i flere retninger.

I en strategisk planleggingsprosess kan for eksempel følgende spørsmål være aktuelle:

- Befolkningens behov i et langsiktig perspektiv
- Legge til grunn bærekraft og langsiktighet
- Kompetansebehov som sees i generasjonsperspektiv
- Løfte frem muligheter for medarbeidere
- Bygge bærekraftige fagmiljø for å imøtekomme pasientens behov for helsehjelp?
- Utvikle strategier som bidrar til en kompetent og bærekraftig spesialisthelsetjeneste for de kommende generasjoner, (medarbeidere, ledere, eiere) og som har stor tillit i befolkningen

RHF-ene har en viktig rolle i dimensjonering av utdanning som eier/sørge for ansvaret og i tråd med spesialistforskriften.

3.3 Endringsfaktorer som kan påvirke behov for spesialistkompetanse

Flere faktorer kan påvirke fremtidig utvikling i behovet for og tilgjengeligheten av spesialistkompetanse.

Knut Stavem skriver i sin artikkel som tar for seg scenarieanalyse^[2]:

Faktorer som landets økonomiske utvikling, endring i demografi, utdanningsmønster, kjønnsroller, organisasjoner eller teknologisk utvikling har stor betydning for fremtidig utvikling. Han viser til følgende viktige krefter for utviklingen i helsesektoren:

- Utvikling i landets økonomi
- Endret prioritering
- Effekt av eldrebølgene
- Effekt av ny teknologi
- Effekten av mer eller annen utdanning
- Effekt av innvandring
- Effekt av globalisering
- Ledende aktører
- Sentrale valg for aktører
- Endringer i organisasjoner og profesjoners innflytelse
- Endret fordeling av oppgaver mellom offentlig og privat sektor
- Aktuelle nyskapinge eller reformer
- Ytre sjokk eller uventede hendelser



4. LIVSFASE, LIKESTILLING OG LEDELSE

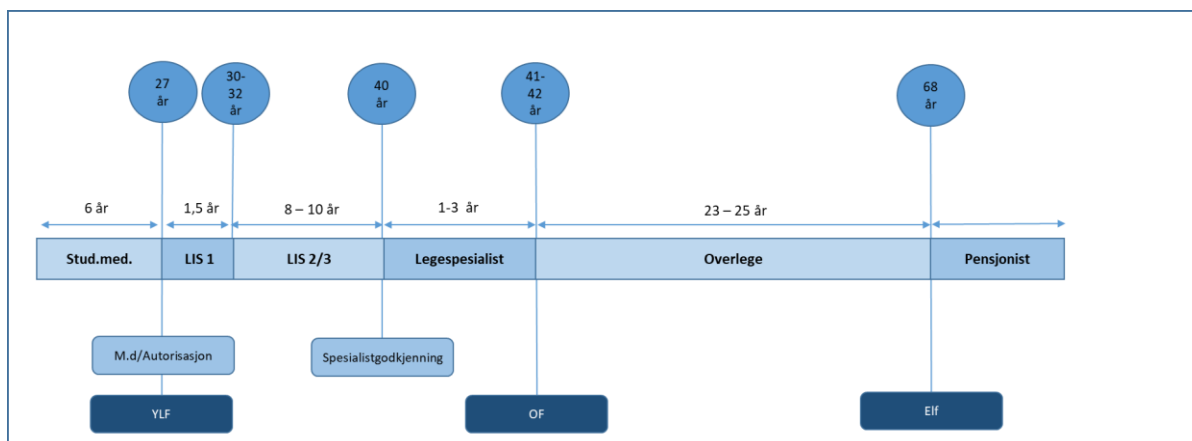
4.1 Hvordan er situasjonen i dag?

Utviklingen i legeårsverk i spesialisthelsetjenesten viser en økning på om lag 2 800 årsverk fra 2011 til 2016. Det er kvinner som utgjør den største andelen av leger i spesialisering i spesialisthelsetjenesten, omtrent 60 prosent. Samtidig er omtrent 40 prosent av overlegene kvinner. Det betyr at det etter hvert vil bli en overvekt av kvinner blant ferdige spesialister/overleger. Det forventes en ytterligere økning i kvinneandelen basert på kjønnsfordelingen på medisinstudiet og nyutdannede leger. Statistikk om turnustjenesten viser at rundt 60 prosent av søkerne og de tilsatte legene er kvinner. Kvinneandelen i LIS1 er tilnærmet lik andelen for leger i spesialisering[3].

4.2 Livsfaser

Legers inntreden i arbeidslivet sammenfaller gjerne i tid med etableringsfasen, foreldrepermisjoner/graviditet og start i foreldrerollen. Leger av begge kjønn både ønsker og forventes i større grad å kunne ta aktivt del i barnas liv enn det som var vanlig for tidligere generasjoner.

Dette er en samfunnsutvikling sykehusene ønsker å støtte opp om. Når utdanning, videreutdanning, forskning og driftsoppgaver planlegges er det viktig å ta hensyn til ulike faser i livet. En leges yrkesliv kan illustreres som vist i figur 3. Det medisinske livsløpet forventes å endres i ny modell for LIS utdanning.



Figur 3: Det medisinske livsløpet basert på dagens situasjon før ny spesialistutdanning (Einar Sundal, DNLF, mai 2018)

For leger i spesialisering er lønnsutviklingen i dag knyttet opp til tjenestetid i spesialiteten. For overleger avhenger lønnen av hvilke tillegg utover minimumslønn man opparbeider seg. Det er ikke en definert lønnsstige for overleger i den sentrale delen av overenskomsten.

4.2.1 Etablering

En medisinerutdanning gir høye studielån og leger kommer sent i gang med fast inntekt og etablering. Utdanning og kompetanseutvikling bør i fordeles over hele karrieren og ikke bare være ledd i spesialistutdanningen. Konkurransedyktige vilkår i starten av karrieren vil legge til rette for god rekruttering i hele landet.

4.2.2 Familieliv, graviditet og foreldrerollen

Arbeidstid og arbeidsplaner må bidra til balanse mellom arbeid og fritid. Det må finnes gode løsninger for dette på arbeidsplassen og måten en organiserer og planlegger aktiviteten på må blant annet sikre forutsigbarhet. Det er viktig at også fedre motiveres til foreldrepermisjoner.

Det er viktig å sikre at foreldrepermisjoner ikke fører til redusert lønns- og karriereutvikling.

Hvilken effekt det har å få barn for karriere og lønnsutvikling for menn og kvinner er usikre. En studie fra NHH^[4] viser at kvinner og menn har lik lønnsutvikling i årene frem til de får barn, deretter oppstår en lønnsforskjell mellom menn og kvinner. Forskjellen man finner i lønn er ulik mellom bransjene. Lønnsforskjellen er størst i bransjer som premierer lange dager, for eksempel i konsulent- og advokatbransjen. Innen medisin, ingeniør- og teknologifagene ser forskerne at kvinner som sakker akterut når de får barn, henter inn igjen lønnsforskjellen etter noen år.

4.2.3 Leger sent i karrieren

Leger er engasjert i arbeidet sitt, og har hittil stått lenge i arbeid.

Sykehusene trenger kompetent arbeidskraft. Det er viktig å beholde leger med erfaring og kompetanse, blant annet for å bidra til kompetanseoverføring i form av opplæring, veiledning og supervisjon av nye leger. Tiltak som kan bidra til å ivareta kompetente leger over en viss alder kan være vaktfritak, ferieordninger, endringer i arbeidstid og arbeidsbelastning og hvilke oppgaver som inngår i rollen.

Legenes sentral overenskomsten (A2, § 3.6.4) åpner opp for å kunne gå ut av vaktordninger ved en bestemt alder. Det er imidlertid ulike ordninger for kompensasjon av bortfall av vaktlønn ved sykehusene. Fremtidens tariffavtaler bør i større grad peke på mulige løsninger for at eldre leger kan stå lengst mulig i jobb.

Vaktbelastning varierer mellom fag og fra sykehus til sykehus. Tariff- og arbeidsavtaler må ha fleksibilitet for individuelle tilpassinger.

På samme måte må tariff- og arbeidsavtaler legge til rette for bærekraftige og hensiktsmessige løsninger slik at vaktbelastningen ikke blir uforholdsmessig høy for leger tidlig i karrieren.

Prosjektgruppen har diskutert forskjellige mulig løsninger som for eksempel forskjellige bakvaks løsninger eller vakt i deler av døgnet.

4.3 Likestilling

Tariffavtalene må tydeliggjøre at lønn og lønnsdannelse skjer uavhengig av kjønn.

Kvinner er underrepresentert i enkelte roller. Vi ser en økende kjønnsdeling i valg av spesialitet og at kvinnelige leger som tar doktorgrad, men det er få kvinnelige leger som blir professorer. Reelle forskjeller i lønn mellom mannlige og kvinnelige leger er vanskelig å bekrefte eller avkrefte. Dette er noe som bør vurderes nærmere.

Prosjektgruppen anbefaler partene å analysere lønnsdata for å kartlegge om det finnes systematiske forskjeller i lønn.

4.4 Leger som ledere

I komplekse organisasjoner som sykehus vil det være en styrke at medarbeidere med god kunnskap om virksomheten tar på seg lederansvar. Det er ønskelig at leger ser ledelse som en mulig karrierevei.

Både arbeidsgiver og Legeforeningen har et ønske om at legene skal være representert på de ulike nivå i ledelsen i helseforetakene.

I enkelte stillinger er det viktig at ledere er leger med innsikt i sykehusdrift og medisinsk faglig kompetanse. Mange leger ønsker å kunne fortsette å ha faglig tilknytning i tillegg til lederstillingen. I en del lederstillinger kan dette være mulig og ønskelig. Jo mer omfattende lederstillingen er, jo vanskeligere kan det være å kombinere legearbeid med lederrollen.

Det er viktig for medarbeidere at de har en dedikert leder som bygger fellesskap og legger til rette for godt faglig planlagt klinisk arbeid, for legene og andre yrkesgrupper. Enhetlig ledelse der man er leder for flere yrkesgrupper krever dedikerte og kompetente ledere. Leger som velger lederstillinger må anerkjennes på samme måte som de som velger øvrige karriereveier i sykehus. Mobilisering av leger til lederroller er en viktig strategi for sykehusene.

Tradisjonelt har det vært en klar overvekt av mannlige leger i ledelse. Utfordringen med å rekruttere kvinner til ledelse er større innen enkelte fagområder.

4.4.1 Tiltak for å rekruttere, utvikle og beholde leger som ledere i sykehus

Det må være mulig å være ledere i de forskjellige faser i livet. Det må aktivt søkes kjønnsbalanse i ledelse.

Det bør legges til rette for møtearenaer og nettverk for ledere på tvers av avdelinger, klinikker og foretak. Videre bør det legges til rette for tilstrekkelig merkantil støtte for ledere.

LIVSFASE, LIKESTILLING OG LEDELSE

- Arbeidsgiverpolitikk må være kjønnsnøytral, det samme gjelder tariffavtaler
- Leger i starten av karrieren må sikres konkurransedyktig lønn
- Sykehusene må legge til rette for svangerskap, samt foreldrerollen og familieliv
- Vurdere lønnsstige for overleger
- Oppgaver må sees i et livsperspektiv
- Legge til rette for at overleger kan stå lengst mulig i jobb
- Kompensasjonsordning ved vaktfritak bør veies mot belastningen ved ubekvem arbeidstid
- Andre vaktordninger som for eksempel forskjellige bakvaksordninger
- Tilrettelegge for et større opplærings- og veiledningsansvar for eldre leger
- Rekruttering av leger av begge kjønn til lederroller er viktig for sykehusene

For å bidra til rekruttering av leger til ledelse bør det legges til rette for at leger kan kombinere ledelse med klinisk arbeid, der dette lar seg gjennomføre. Ved å tilby leger muligheten for å vende tilbake til overlegestilling ved avdelingen når vedkommende trer ut av lederstillingen, vil man redusere terskelen for å velge ledelse.



5. UTDANNING OG UTVIKLING AV LEGER

5.1 Ny spesialistutdanning for leger

Ny utdanningsmodellen for leger i spesialisering (LIS) som er definert i Spesialistforskriften er den største omleggingen av legers utdanning i nyere tid og innebærer en rekke endringer i blant annet ansvarsfordeling, roller og myndigheter. Det innføres læringsmål, hvor oppnådd kompetanse skal bestemme progresjon i utdanningen. Veiledning og supervisjon av LIS skal styrkes betydelig. Dette vil kreve ressurser.

Kvaliteten i spesialistutdanningen har stor betydning for behandlingskvalitet og pasientsikkerhet. Spesialistutdanningen er i stor grad en praktisk utdanning med daglig arbeid i helse- og omsorgssektoren. Hovedansvaret for den nye spesialistutdanningen er lagt til det organisatoriske systemansvaret/ ledelsen ved det enkelte helseforetak/sykehus.

Formålet med ny utdanningsmodell kan oppsummeres som følger i henhold til forskrift og regelverk for ny spesialistutdanning, (Spesialistforskriften).

- Utvikle en spesialiststruktur som imøtekommer fremtidens helseutfordringer og pasientens behov
- Ansvar og myndighet på samme sted – ledelsesansvar og roller er tydelige
- Målstyrt utdanning og utvikling av helhetlige og forbedrede utdanningsløp
- Systematisk kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Utdanningsaktivitet og kvalitet skal dokumenteres
- Økt fokus på pasientsikkerhet og pasientperspektivet
- Faglig harmonisering med EU
- Utdanningsansvarlige overleger kan være et godt tiltak for å legge til rette for ny LIS utdanning.

Sykehusene er en viktig aktør for utdanning av alle helseprofesjoner. Det er derfor nødvendig å legge til rette for at utdanning av LIS sees i sammenheng med øvrig utdanningsvirksomhet i organisasjonen, og klarer å binde sammen profesjoner som arbeider sammen i tverrfaglige team. Både strukturen på utdanningen og organisering av sykehusene, kan legge til rette for en utvikling som vil bedre virksomhetens læringskultur som igjen vil bidra til bedre og tryggere pasientbehandling.

Både medarbeidere og arbeidsgiver er interessert i å skape forutsigbare utdanningsløp. Det fordrer tydelige avtaler mellom sykehus, spesielt innad i de ulike helseregioner.

Spesialistutdanning hos avtalespesialister kan for enkelte fag være et viktig og nyttig supplement til utdanning i sykehus.

Legeforeningen vil fortsatt være en viktig ressurs i utvikling av spesialistutdanningen av leger.

5.2 Spesialistutdanning ved bruk av simulering og ferdighetstrening

Simulering og ferdighetstrening er viktige virkemidler i utdanning av helsepersonell og kan legge til rette for mer fleksibel gjennomføring av utdanningsaktiviteter.

Simulering og ferdighetstrening bør planlegges på link linje med andre aktiviteter. Simuleringstrening vil kreve strukturert planlegging.

Simulering og ferdighetstrening er også viktig for å vedlikeholde og videreutdanne legespesialister.

5.3 Hvordan kan fremtidens tariffavtaler legge til rette for å utvikle kompetanse for leger i sykehus?

Arbeidsgivere og arbeidstakere bør i fellesskap løfte frem Hovedavtalen som en viktig bærebjelke for utvikling av godt samarbeid, samspill og partsarbeid lokalt. Hovedavtalen er en viktig avtale der partenes forventninger og plikter til hverandre er beskrevet.

Kompetanse har en sentral rolle i hovedavtalen og krav og forpliktelser er formulert. Det er stilt krav til hva virksomhetene skal legge vekt på, den legger rammene for hva medarbeidere skal forvente og hva som forventes av dem. Overenskomstens del A2 mellom Spekter og Legeforeningen har ulike bestemmelser om kompetanse tiltak. Blant annet tid til faglig fordypning og utdanningspermisjon. Dette er kompetansetiltak partene er enige om å disponere ressurser til.

5.3.1 Kompetansebehov og planer

Kompetanseutvikling er viktig for både arbeidsgiver og medarbeider. Det er store forskjeller i behov for kompetanse, avhengig av hvilke tjenester det enkelte sykehus tilbyr, funksjonsfordelinger, utvikling i sykdomsbildet i befolkningen og behovet til den enkelte medarbeider. For å definere kompetansebehov er en metodisk tilnærming nødvendig som tar hensyn til å vedlikeholde faglig trygghet blant leger. For eksempel er høyspesialisering en utfordring i store sykehus når leger går i vakt der breddekompetanse er nødvendig for å håndtere problemstilling som går utover subspesialitet.

Sykehus bør være tydeligere på hvilke kompetansekrav man skal ha i vaktlag eller enheten og som skal vedlikeholdes over tid. Hvilken generell kompetanse er viktig for å kunne være trygg i vakt? Utvikling av kompetanseplaner bør få økt fokus. Det tydeliggjør forpliktelser for foretakene og skaper forutsigbarhet for legene.

Kompetanseplaner bør baseres på sykehusenes behov, og bør sees sammen med forsvarlighet og pasientsikkerhet.

Hver lege bør ha en flerårig kompetanseplan som er basert på både arbeidsgiver og arbeidstakers behov. Arbeidsgiver må sørge for at kritisk kompetanse blir vedlikeholdt, inklusiv kompetansen i flerfaglige team.

Planlagte og gjennomførte kompetansetiltak er verdifull dokumentasjon for den enkelte medarbeider og en kvalitetsdokumentasjon for helseforetakene. Kompetanseutvikling bør legges til den daglige driften der sykehuset er en anerkjent arena for læring og ferdighetstrening. Supervisjon og veiledning er viktig for å sikre at erfarne overleger overfører kompetanse til mindre erfarne overleger eller ferdig utdannede legespesialister, at yngre leger overfører ny kunnskap til eldre kolleger. Dette er en vekselvirkning som er nødvendig for alle. Det bør være en kultur for å gi tilbakemeldinger for å unngå feil og heve pasientsikkerheten. Det må være en erkjennelse at alle ikke skal eller kan utføre alle oppgaver.

5.3.2 Utdanningspermisjon

Planer som etableres for kompetanseutvikling for den enkelte lege og avdelingen som helhet bør inkludere utdanningspermisjon og bør planlegges lang tid i forveien. Det følger av overenskomstens del A2 at overleger og legespesialister har minimum fire måneders utdanningspermisjon i løpet av en fem-årsperiode.

Historisk har utdanningspermisjon vært avviklet som en sammenhengende periode, men det kan også av ulike årsakvære aktuelt å dele opp utdanningspermisjoner i kortere bolker enn fire måneder som viktig tiltak for bedre kontinuitet i kompetansetiltak for overleger. Det er særlig viktig at man planlegger uttak av utdanningspermisjon slik at man ikke avslutter karrieren med utdanningspermisjonen. Utdanningspermisjon skal nyttes for å utvikle eller beholde kompetanse.

Det er partenes felles ansvar at utdanningspermisjonen gjennomføres.

UTDANNING OG UTVIKLING AV LEGER

- Unngå store regionale forskjeller som konsekvens av ny spesialistutdanning
- Tydelige kompetansekrav i ulike vaktlag
- Simulering som virkemiddel
- Partene lokalt må løfte frem avtalens bestemmelser og vise handlingsrom og gjensidig forpliktelse for hovedavtalens bestemmelser
- Behov for tydelige kompetanseplaner over tid
- Ivareta både teamkompetanse og individkompetanse
- Vurdere utdanningsansvarlige overleger
- Gjensidig ansvar for uttak av utdanningspermisjoner



6. MÅTER Å JOBBE PÅ

6.1 Team på tvers av fag og profesjon

Fordi helseforetakene er store og komplekse virksomheter øker kravet til tverrfaglig samarbeid på tvers av nivåer nå enn tidligere. Borill og medarbeidere^[5] har gjort en studie av tverrfaglig teamsamarbeid. Studien viser seg at samarbeid i tverrfaglige team fører til større kostnadseffektivitet ved å redusere antallet innleggelser dersom noen viktige kriterier ligger til grunn. Tverrfaglig samarbeid bidrar også til å få bedre samhandling mellom aktørene på vers i helse- og omsorgstjenesten og bedre kvalitet i pasientomsorgen.

For å oppnå ovennevnte mål angir Borill at teamene må ha klare mål for samarbeide, høy grad av deltakelse fra teammedlemmene, felles mål om kvalitet i behandlingen og at teamet må få støtte til innovasjon og nytenkning.

Nøkkelrollen i teamet er teamlederen. Greenfield og medarbeidere^[6] viser i sin studie at en suksessfull leder er karakterisert av entusiasme, likevekt og evnen til å overkomme motstand.

Leger vil ofte ha en lederrolle i tverrfaglig teamarbeid. Tariffavtalen bør gjenspeile viktigheten av gode teamledere.

6.2 Arbeidsdeling

De medisinske spesialitetene utgjør det viktigste grunnlaget for legenes arbeidsdeling og for deres identitet. Arbeidsdeling gjennom spesialitet er ett eksempel på hvordan legene ved horisontal arbeidsdeling løser sine kompliserte oppgaver. Dette skaper i utgangspunktet få konflikter, selv om det finnes eksempler på «nabokrangler», for eksempel i hvilken grad kardiologer kan gjøre invasive prosedyrer som vanligvis har vært forbeholdt kirurger eller radiologer. Grensene mellom spesialitetene vil kontinuerlig utfordres av nye metoder og teknologi.

Den store utfordringen kan oppstå når veletablerte vertikale strukturer skal transformeres til horisontale, som for eksempel oppgavedeling mellom radiologer og radiografer.

Løsningen ligger kanskje i at likeverd i teamet ikke oppfattes som faglig likeverd, men som det å ha en deltakende posisjon – å være et fullverdig medlem^[7]. God faglig teamledelse er en viktig ressurs for sykehusene.

6.3 Sykehus i nettverk og ambulante tjenester

Teknologi fører til at det blir lettere å samle kompetanse fra ulike sykehus og ulike nivåer i helsetjenesten rundt pasienten - i stedet for å sende pasienten mellom aktørene. Ambulerende team møter pasienten hjemme og får dermed andre forutsetninger både for diagnostikk og behandling. Dette åpner også for samarbeid på tvers av nivåene i helsetjenesten.

Nasjonal helse- og sykehusplan setter blant annet nye krav til samarbeidsformer som skal bidra til helhetlige og sammenhengende pasientforløp. Det som kan og skal utføres nært pasientene kan legges til mindre sykehus/lokalsykehus, det som bør sentraliseres blir sentralisert. Dette skaper behov for forutsigbar planlegging av fordeling av oppgaver og ressurser mellom ulike sykehus.

Sykehus i et helseforetak skal fungere sammen i forpliktende nettverk både faglig og organisatorisk og sikre formålstjenlig oppgavedeling til beste for pasientene. Felles mottak av henvisninger for enkelte fagområder, felles ventelister og ambulerende virksomhet er eksempel på aktuelle tiltak.

Det er viktig å legge til rette for gode fagmiljø på små sykehus. Det må være overleger på små sykehus som kan supervisere LIS, ha erfaring og opplæring i veiledning og fremstå som gode rollemodeller.

Noen læringsmål i ny spesialitetsstruktur vil kunne nås raskere på mindre sykehus. Det kan være i alles interesse å kunne ta utdanning ved forskjellige sykehus. En forutsetning for «utveksling» bør være at det er et klart mål ved å være i tjeneste et annet sted. Man bør også skille mellom å jobbe et annet sted for nå spesifikke læringsmål, og der hvor dette er ønskelig for å dekke et bemanningsbehov.

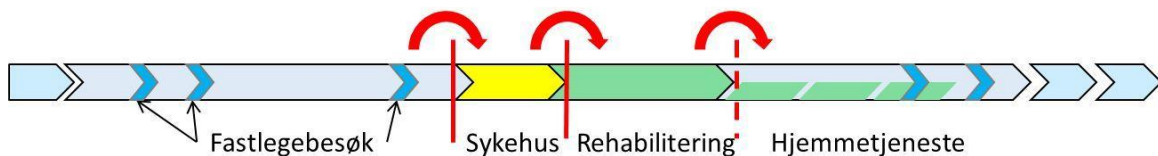
Viktige moment er:

- Gjensidig planlegging og forpliktelse i forhold til utdanning av leger.
- Forutsigbarhet ved en detaljerte utdanningsplaner som del av arbeidskontrakten.
- Forpliktende avtaler mellom sykehus/foretak er viktig som del av innføring av ny LIS utdanning
- Tjeneste ved flere sykehus for å oppfylle læringsmål
- Utdanning ved både små og store sykehus
- Ambulante (pasientnære) tjenester forutsetter gode avtaleverk
- Ambulering forutsetter gode avtaleverk

6.4 Planlegging for helhetlige og forutsigbare pasientforløp

Helhetlige og sømløse pasientforløp går fra første kontakt med helsetjenesten om et helseproblem eller en ny henvendelse om et tidligere overstått helseproblem og til siste kontakt knyttet til det aktuelle behovet^[4]. En person kan ha flere helseproblemer samtidig. Pasientforløp forstås som

«En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode.»



Kjennetegn ved helhetlige pasientforløp:

- Kontinuitet – tjenestene henger sammen gjennom god samhandling – tjenestene virker sammen/er koordinerte.
- Samarbeid – to eller flere virksomheter har gjensidig forpliktende og samtidig ansvar over tid.
- Sømløshet – smidig overføring av informasjon og oppgaver til rett tid.
- Pasientsentrert – pasienten deltar i beslutninger om målsetting og utforming av tiltak.
- Informasjonsdrevet - fremdriften i forløpet er kontinuerlig basert på kunnskap/opplysninger om pasientens tilstand og behov.

For å kunne planlegge til rette gode pasientforløp er langsiktig planlegging viktig. Legene må kunne planlegge sin tid og sykehusene må kunne tilby forutsigbarhet for pasienter, leger og andre medarbeidere. I et team vil de ulike medarbeiderne sammen måtte planlegge tiltak. God utnyttelse av avansert teknologi og areal krever også god planlegging.

I styringsdokument er sykehusene pålagt å planlegge og gi pasientene timene frem i tid. Dette påvirker sykehusenes behov for større grad av langtidsplanlegging.

6.5 Virtuelle team og tilbud

Det er i økende grad mulig å tilby diagnostikk, behandling og opplæring virtuelt som også inkluderer pasient og pårørende.

Metodikken vil bli tatt i bruk i sykehus, distriktpspsykiatriske senter (DPS) og distriktsmedisinske senter (DMS).

Diagnostikk av hjerneslag og utredning av hudsykdommer er to eksempler på eksisterende teknologiske løsninger i bruk. Andre prisbelønte eksempler er «e-Meistring», se faktaramme.

IKT kompetanse bør vektlegges i utdanning av leger og spesialistutdanning/videreutdanning.

Et eksempel som kan illustrere nye måter å yte tjenestene på ved bruk av ny teknologi og nye arbeidsformer:

e-Meistring er terapeutveiledet internettbehandling for panikklidelser, sosial angst og depresjon

Veiledet internettbehandling inneholder de samme elementene som ordinær kognitiv atferdsterapi hos behandler i poliklinikk. Forskjellen er at behandlingen og tilbakemelding fra behandler skjer via internett. Med veiledet internettbehandling kan en dermed nå pasientgrupper som ellers har høy terskel for å søke hjelp, eller av andre grunner har utfordringer med å komme i kontakt med hjelpeapparatet.

e-Meistring er en fleksibel behandlingsform og støtter dermed oppunder målet om å øke tilgjengelighet til effektive helsetjenester.

Kilde: <https://helse-bergen.no/emeistring/om-emeistring>

Økt bruk av for eksempel videokonferanser gir redusert reisevirksomhet, redusert tids- og ressursbruk for pasient og miljøgevinst.

Ved tilpassede arbeidsprosesser og arbeidsplaner kan sentraliserte, spesialiserte og kompetente virtuelle team bidra i utredning og behandling av pasienter på lokalsykehus og i kommunehelsetjenesten.

Leger på vakt kan kommunisere virtuelt (video/bilder/elektronisk journal) med andre for å diagnostisere og bidra til rett behandling.

6.6 Arbeidstid

Legenes tariff avtalte arbeidstidsregler begrunner et særlig behov for å sikre forsvarlig vern. I rapporten fra «Fremtidens tariffavtaler for leger Delprosjekt 1 AML» gjengis fra oppsummeringen:

«Unntaket fra AML som er regulert i overenskomstens del A2 er godt innarbeidet og benyttet i foretakene. I vurderingene fra foretakene, både ledelse og tillitsvalgte er det pekt på at det er krevende vurderinger å analysere konsekvenser av alternativer, det er mange kryssende hensyn.

Konsekvensvurderingene er således knyttet tett til dagens drift og organisering av arbeidet til legene. Vurderingene av AML som ytre rammer er i hovedsak beskrevet som en løsning som ikke ivaretar tilstrekkelig behov i dagens modell. Det betyr at en ut fra det materialet arbeidsgruppen har fått oversendt, ser at det kan være krevende å gå bort fra unntaket fra AML med dagens organisering.»

Delprosjekt 2 har ikke gått nærmere inn på arbeidstidsbestemmelsene i sitt arbeid.



7. MODELLER FOR LØNN OG LØNNSUTVIKLING

7.1 Bakgrunn

Dagens lønnsmodell består av mange byggesteiner. Hvorvidt dagens lønnsmodell oppfattes som komplisert av leger og arbeidsgivere varierer. Partene bør jobbe aktivt sammen med å utvikle gode lønnsmodeller for leger i sykehus.

Arbeidet i Prosjekt 1 viser at det er få lønnsmodeller som er utviklet lokalt i sykehusene. Det er få eksempler som kan danne grunnlag for å si at det er utviklet nye lønnsmodeller som er treffende for arbeidsgiver og arbeidstakeres behov.

Andre lønnsmodeller enn A2 skisserte oppbygging, eksisterer på noen sykehus, bl.a. ved Oslo Universitetssykehus (OUS) og Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Modellen ved OUS bruker andre modeller enn overenskomstens del A2 for å regne ut lønn og tillegg, men er ikke en «ren» totallønnsmodell. Modellene ved UNN beskrives som «renere» totallønnsmodeller.

Lønnsmodeller som belønner produktivitet er diskutert i prosjektgruppen, men anbefales ikke.

Forhandlingstekniske element som sentrale versus lokale forhandlinger og fordeling av lønn innenfor legenes lønnsmasse er ikke diskutert i prosjektgruppen.

7.2 Overenskomsten

Dagens sentrale tariffavtale er en minstelønnsavtale, der lønn består av minstelønn med en rekke kollektive og individuelt avtalte tillegg. I diskusjonene i prosjektgruppen er det tatt til orde for en tydeligere tariffavtale.

Leger har særegne arbeidstidsbestemmelser sammenlignet med alle andre yrkesgrupper i sykehusene. Leger er definert som dagarbeidere med vaktteneste. Dette innebærer at leger i hovedsak jobber ordinær dagtid, men også dekker behovet for øyeblikkelig hjelp gjennom vaktordninger på kveld, natt og helg. Belastningen på vakt er varierende – fra spesialitet til spesialitet, sykehus til sykehus og mellom legegrupper.

Legeforeningen viser til at det ved flere sykehus jobber leger i spesialisering opptil 50% av arbeidstiden i vaktteneste. Arbeidstidsbestemmelsene i tariffavtalen skal ta høyde for variasjon i vaktbelastning. Det er blant annet gjort ved å åpne for lokale løsninger ut over vernebestemmelsene i A2.

Partene har avtalt unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidskapittel og leger er omfattet av unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidskapittel i flere tiår. Det er inngått avtale om særskilte grenser (vernebestemmelser) for arbeidstid og fritid.

Historisk utvikling viser at individuelle tillegg benyttes i mindre grad enn tidligere. Samtidig viser historiske data en tendens til reduksjon i utvidet arbeidstid (UTA). Årsakene til dette er usikre. En av årsakene kan være vekst i legeårsverk.

Forsvarlig arbeidsbelastning er viktig både for legenes helse og pasientsikkerheten.

Arbeidstid, inklusiv overtid skal registreres slik at det er mulig å synliggjøre belastningen på vaktlag og enkeltleger. Dette forutsetter et godt samarbeid mellom sykehusledelse, ansatte og tillitsvalgte. Det er bare på denne måten man kan planlegge en forsvarlig bemanning av norske sykehus.

7.3 Alternative lønnsmodeller

Alternative lønnsmodeller er brukt ved noen sykehus og avdelinger.

Eksempel på alternative lønnsmodeller kan være totallønnsavtaler. Totallønnsavtaler er brukt ved noen sykehus, er ikke entydig definert og praktisere ulikt.

Erfaringer med totallønnsavtaler er ulike. Totallønnsavtaler kan være utfordrende å få til å fungere, og forutsetter god samarbeidskultur. Homogene vaktlag, stabilitet i vaktskiftene og avklarte arbeidsoppgaver kjennetegner miljø som har gode erfaringer med totallønnsavtaler.

Ulike positive og negative effekter ved totallønnsavtaler kan trekkes frem. Totallønnsavtaler kan blant annet bidra til:

- Mer fornøyde arbeidsgivere på grunn av forutsigbarhet med unntak av fravær og ferieavvikling.
- At ledere bruker mindre tid på oppgaver knyttet til oppfølging og kontroll av lønn
- Å redusere konflikter knyttet til variasjoner og endring i behov
- Å skape og opprettholde tillit mellom ledere og medarbeidere
- Enkel og oversiktlig dersom dette kombineres med god oppgaveplanlegging og fordeling mellom legene.
- Manglende utvikling/regulering underveis gir problemer
- Krevende å ramme inn
- Forutsetter ensartet legegruppe i vaksjiktet
- Liten påvirkning på oppgaver og ansvar

Totallønnsavtaler har til hensikt å gi økt autonomi. Det kan likevel for enkelte medarbeidere oppleves å skape mindre autonomi i forhold til ramme og avdelingsdrift. Totallønnsavtaler kan utfordre muligheten til individuell tilrettelegging.

MODELLER FOR LØNN OG LØNNSUTVIKLING

- Vekting av grunnlønn versus tillegg
- Tydelig tariffavtale
- Konkurransedyktig lønn gjennom hele karrieren
- Lønnsutvikling gjennom hele karrieren
- Totallønn versus grunnlønn med mange tillegg

[1] Prosjektgruppen forstår mandatet slik at når det totale tallet på leger øker, øker også den totale relative lønnsmassen tilsvarende

[2] Stavem K. Scenarieanalyse – en metode for langsiktig planlegging. Tidsskr Nor Legeforen 2000; 120: 100-1

[3] Leger i kommuner og spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet, november 2017.

[4] A. Bütikofer, S. Jensen and K. Salvanes (2018) The Role of Parenthood on the Gender Gap among Top Earners. European Economic Review

[5] Borrill, C, S, Carletta, J, Carter, J, A, Dawson, F, J, Garrod, S, Rees, A, Richards, A, Shapiro, D & West, A, M (2000) The effectiveness of Health Care Teams in the National Health Service. Aston Centre for Health Service Organization Research. University of Glasgow

[6] Greenfield, D, Nugus, P Travaglia, J og Braithwaite, J (2011) Factors that shape the development of interprofessional improvement initiatives in health organisations. BMJ Quality & Safety Online. 10.1136

[7] Aasland, OG. Lett med horisontal arbeidsdeling, vanskeligere med vertikal, vanskeligst med vertikal som har blitt til horisontal. Tidsskr Nor Legeforen 2014; 134: 1978

[8] Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov, Helsedirektoratet

