

### Når får vi vite mer om finansieringen av spesialistutdanningen? Blir det samarbeid eller meningsløs konkurranse innen og mellom de regionale helseforetakene?

Dette var noen av spørsmålene deltakerne tok opp da helseforetaksreformen ble debattert på kirurgisk høstmøte.

– En endelig modell for finansiering av spesialistutdanningen er ikke valgt, sa ekspedisjonssjef Vidar Oma Steine i Sosial- og helsedepartementet. – Det vil bli laget systemer som sikrer finansiering av både de eksisterende landsdelsfunksjoner og finansiering av medisinsk virksomhet hvor det private markedet ikke har noen tilbud.

Steine fremhevet at neste generasjons finansieringsordninger må ha den spennvidde at de vil ivareta formålet, avhengig av hvilket oppdrag som blir gitt. – Det er en utfordring å finne teknikker for å gi strategiske styringssignaler, sa ekspedisjonssjefen.

Kritikken mot departementet har vært tosidig: Det ene er at det er østeuropeisk preg over reformprosessen, det andre er at nå blir det markedskreftene som rår. Steine mente disse to synspunktene viser kjernesidene ved reformen som er en oppgradering av statens posisjon til overordnet styring og at foretakene samtidig er plassert ut av forvaltningen.

– Staten ønsker å skape lønssystemer som understøtter effektivitet og måloppnåelse, noe som er helseforetakenes primære oppgaver. De fem regionale helseforetakene handler ulikt. Det finnes ikke en standardløsning, sa Steine.

### Bekymret for forskningen

Mange av deltakerne stilte spørsmål ved hvordan forskningen vil bli ivaretatt etter statlig overtakelse.

– Jeg har tro på reformen, for verre enn det er nå kan det ikke bli, sa sjeflege Rolf Kåre- sen ved Ullevål universitetssykehus. – Hva gjør staten med de områder hvor private aktører ikke leverer, for eksempel forskning? Kommer det økonomiske midler til sykehu-

sene som har undervisning? Hva med akuttmedisin og psykiatri? spurte han.

### Kan ikke overlates til private

– Offentlige sykehus har forpliktelser overfor befolkningen gjennom å ha en god akuttberedskap, drive spesialistutdanning og opplæring av leger og annet helsepersonell. De private leverandørene har ikke de samme forpliktelsene, sa avdelingsoverlege Mons Lie ved Ullevål universitetssykehus.

– Høyteknologisk medisin gir de private aktørene muligheten til å satse på områder hvor det allerede er gode tilbud, som for eksempel miniinvasiv kirurgi og robotkirurgi. Han presiserte også viktigheten av å stille krav til dokumentert kvalitet på tjenestene.

### Faglige innspill

– Dette er en innholdsreform, og driften må forankres i faglighet. Det må være en faglig forankret ledelse i driftsenhetene, de må sikres nødvendig styringsinformasjon og det må være kompetanse i de styrende organer som kan forstå faglige innspill nedenfra, sa president Hans Petter Aarseth.

Han sa at finansieringsordningene må være slik at det blir lønnsomt å bli valgt av pasientene.

– Ny avtalestruktur må gi fleksibilitet og lønn som fortjent ut fra kompetanse, ansvar og innsats. Spesialistutdanningen må tilpasses de nye rammebetingelsene, understreket han.

Aarseth informerte om at Legeforeningen hadde sendt et utkast om spesialistutdanningen til departementet, men foreløpig uten svar. Han sa også at den tradisjonelle tenkning om helsevesenet er snudd opp ned, og reiste spørsmålet om legene også har klart det.

– Ved gjennomføringen av reformene er det legene som må stå i spissen. Vi som leger må si hva som skal gjøres og ta ledelsen i avdelingene, mente Aarseth.

Ellen Juul Andersen  
Informasjonsavdelingen

### Antall leger < 67 år med norsk autorisasjon eller lisens<sup>1</sup> per 29.10. 2001 etter statsborgerskap.

Statsborgerskap	Totalt registrerte	Herav bosatte i Norge
Norge		13 802
eller ukjent	16 267	
Sverige	3 507	671
Tyskland	836	568
Danmark	1 906	327
Island	249	120
Finland	228	83
Nederland	113	79
Bosnia-Hercegovina	73	71
Irak	59	56
Polen	60	51
Jugoslavia	60	50
Storbritannia	63	47
Russland	41	38
Frankrike	63	31
India	26	26
Iran	33	25
USA	30	23
Belgia	33	20
Pakistan	20	20
Italia	44	19
Østerrike	49	19
Litauen	18	16
Spania	27	14
Sri Lanka	15	13
Bulgaria	11	10
Andre	211	170
<b>Totalt utenlandske</b>	<b>7 775</b>	<b>2 567</b>

Kilde: Dnlf's legeregister.

Merk at tallene også inkluderer leger som ikke er medlemmer av Den norske lægeforening.

<sup>1</sup>Tallene inkluderer kun leger som er registrert i Dnlf's legeregister, og er dermed ikke fullstendige for leger uten norsk autorisasjon, spesielt ikke for leger som ikke er bosatte i Norge per i dag. I tallene er det inkludert 1 915 leger uten norsk autorisasjon i «totalt registrerte», hvorav 1 438 er bosatte i Norge per i dag.

Forholdet mellom «totalt registrerte» og «herav bosatte i Norge» er en indikasjon på «turnover» blant legene.

## En stille uke på operasjonsstuene

Kirurgisk høstmøte ble arrangert for 77. gang i år. Arrangør er Norsk kirurgisk forening. I tillegg til generell kirurgi hadde 13 andre spesialiteter fagmøter og generalforsamlinger i løpet av uken da høstmøtet ble arrangert.

Norsk kirurgisk forening er den samlende enhet for de øvrige kirurgiske spesialiteter. Det er over 1 000 godkjente spesialister i generell kirurgi, og snaut 900 av dem er medlemmer i foreningen. Hans-Petter Næss ble valgt til ny leder.

På generalforsamlingen til Norsk kirurgisk forening ble to æresmedlemmer utnevnt. Hans Olav Myhre og Helge Nornes ble tilføyd en kort, stolt liste over kirurger som gjennom mange år har utmerket seg.

Årets programbok med vitenskapelige forhandlinger, redigert av Lars Vasli og Kirsten Krogh-Sørensen, ble lagt frem. Den inneholder 307 abstrakter og også årets var den tykkeste til nå. Les mer om høstmøtet: [www.legeforeningen.no/nkf](http://www.legeforeningen.no/nkf)