

Leger må jobbe mindre i fremtiden

EUs arbeidstidsdirektiv får store konsekvenser for leger i utdanningsstillinger. I Storbritannia må utdanningskapasiteten økes.

«Vi vil trenge flere leger og en bedre organisering for å overholde EU-reglene,» skriver BMJ på lederplass. Det britiske tidsskriftet tar opp de nye arbeidstidsbestemmelsene for leger i EU (1).

19 % reduksjon

Etter 1. august 2004 vil verken underordnede leger eller annet helsepersonell lenger være fritatt for bestemmelsene i arbeidstidsdirektivet. Da vil legenes ukentlige arbeidstid bli lovregulert til maksimum 58 timer, og i 2009 vil den bli ytterligere redusert til 48 timer per uke.

Innskjerpingen betyr at underordnede leger i Storbritannia vil få redusert sin arbeidstid med 19 % i forhold til dagens gjennomsnitt på 72 timer per uke. BMJ påpeker at redusert arbeidstid vil få konsekvenser for hvordan spesialistutdanningen blir organisert.

Videre stiller direktivet strenge krav om



11 timer hvile per 24 timer tjeneste blir en utfordring ved sykehusene. Illustrasjonsfoto

at arbeidstakeren skal ha 11 timer hvile per 24 timer tjeneste, og at nattarbeidere ikke skal jobbe mer enn åtte timer i døgnet.

Bindende for Norge

Målet med arbeidstidsdirektivet, som ble innført i 1993, er å verne arbeidstakere mot utnyttelse, slitasje og skader. Leger i utdanningsstillinger og visse yrkesgrupper i tungindustrien har imidlertid vært fritatt for bestemmelsene. Det har vært uklart om bestemmelsene gjelder for både aktiv og passiv arbeidstid, eller bare for aktiv arbeidstid. Spørsmålet ble avklart i en EU-dom i fjor,

som spesifiserte at arbeidstid er den tiden en arbeidstaker er i tjeneste, uansett om man er aktiv eller passiv. Den samme dommen slo også fast at arbeidstidsdirektivet også skal gjelde for leger (2).

I henhold til EØS-avtalen er arbeidstidsdirektivet også bindende for Norge. Konsekvensene for norske leger blir imidlertid langt mindre dramatisk enn i mange andre land.

– Underordnede sykehusleger i Norge har en gjennomsnittlig avtalt tjenestetid på 43,7 timer per uke, så vi ligger innenfor EU-kravene. Direktivet vil imidlertid få konsekvenser for særavtalebestemmelsene, spesielt bestemmelsene om passiv arbeidstid. Det som også kan bli et problem i en travel sykehushverdag, er å innfri kravene om hvile i tjenestetiden, sier Bente Kristin Johansen, forhenværende Ylf-leder.

– Tom Sundar, *Tidsskriftet*
tom.sundar@legeforeningen.no

Litteratur

1. The European working time directive for doctors in training. *BMJ* 2001; 323: 1266.
2. Fosseng HP. EU-dom får konsekvenser for norske leger. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3338.

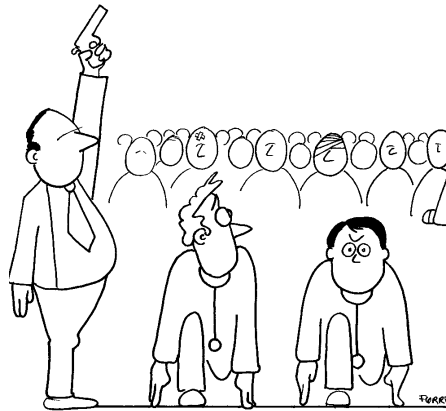
Mye uavklart, men sykehusreformen i rute

– Det vil fortsatt være mange uavklarte spørsmål når staten overtar eierskapet for sykehusene ved årsskiftet, men det skal ikke være noe uavklart som kan true driften av sykehusene.

Det forsikret helseminister Dagfinn Høybråten om på pressekonferansen i desember, hvor han redegjorde for status og videre fremdrift av reformen. Sykehusreformen er blitt kalt Tore Tønnes reform, men Dagfinn Høybråten understreket at han overtar videreutviklingen av sykehusreformen med stor entusiasme. Han la vekt på at det er Stortinget som legger opp de store linjene for den nasjonale helsepolitikken, og at det er derfor de fem regionale helseforetakene han som helseminister utøver sin styringsposisjon.

– Det nasjonale og regionale nivået må skape handlefrihet for det enkelte foretak, og ikke gi sentralistisk detaljstyring av ytterste ledd. Styringen må organiseres slik at pasientene får informasjon og medinnflytelse, som loven legger opp til. Dette er ikke sentralisme eller styngsoptimisme, men reell plassering av makt i faglige miljøer og hos pasientene, sa Høybråten.

Han understreket videre at Bondevik-regjeringen har større ambisjoner enn kun å ha rollen som gjennomfører av reformen. Blant



annet ønsker helseministeren aktivt å åpne for mer bruk av private aktører, og det er satt i gang arbeid for å vurdere hvordan private sykehus kan innlemmes i fritt sykehusvalg og innsatsstyrt finansiering.

Helseministeren sa videre at når den ytre reformen, dvs. gjennomføringen av eierskiftet, er på plass, er tiden inne for å se på innhold. Særlig vekt la han på at helsetjenestene blir bedre for de svakeste pasientgruppene, som psykiatriske pasienter, rusmiddelmissbrukere og pasienter i terminal fase.

Rett person på rett plass

Helseministeren understreket at endringene 1. januar 2002 gjelder sykehusenes overordnede organisasjonsstruktur. Da skal alle nød-

vendige omlegginger som følger av at helseforetakene skal følge regnskapsloven, være på plass. Bygg og utstyr som er nødvendige for levering av helsetjenester, skal fra denne datoen være helseforetakenes eiendom.

– Det er ingen uenighet mellom staten og fylkene om disponering av bygg og utstyr som er nødvendig for god og sikker drift av sykehusene. Dette skal være på plass fra dag én. Foretakene skal også råde over medarbeidere for å gi gode helsetjenester til befolkningen, sa Høybråten.

Helseministeren presiserte sitt fokus på pinlig nøyaktighet i forhold til lønnsutbetalinger i januar 2002. – Medarbeiderne tar med seg alle tariffestede rettigheter. Den enkelte medarbeider får etter arbeidsmiljøloven videreført individuelle rettigheter, og ansatte i fylkeskommunenes helseadministrasjoner har rettskrav på stilling i helseforetakene, sa han videre.

Av dagens ca. 700 årsverk vil de regionale helseforetakene trenge ca. 200. – Mange av de 700 vil gå inn i foretakene og avlaste helsepersonell, slik at helsepersonell får drive med det de skal gjøre. En arbeidsdeling hvor man får rett person på rett plass, er viktig, og er slik jeg ser det, kjernen i de indre reformene, sa helseministeren.

– Ingrid M. Hoie, *Tidsskriftet*
ingrid.hoie@legeforeningen.no