

Inger Lise Skog Hansen

Fra forvaltning til helseforetak

Utfordringer for LO i en fristilt sykehussektor

LOs framtid i offentlig sektor

Inger Lise Skog Hansen

Fra forvaltning til helseforetak Utfordringer for LO i en fristilt sykehussektor

LOs framtid i offentlig sektor

© Fafo 2004
ISSN 0804-5135

Innhold

Om prosjektet	5
1 Innledning	7
Ansatte og yrkesgrupper	7
Fagbevegelsen i sykehussektoren	9
Forhandlingsystem og arbeidsgivermotpart	11
2 Utviklingstrekk	13
Fra forvaltning til foretak	13
Konsekvenser for fagbevegelsen	17
Et offensivt NKF	19
Yrkesgruppene	21
Tariffpolitikk og avtaler	25
Medlemsutvikling og organisasjonsstruktur	28
3 utfordringer fram mot 2010	32
Politiske flertall avgjørende for veivalg	32
Fagligpolitiske utfordringer for LO	33
Organisatoriske utfordringer for LO	34
Tariffpolitiske utfordringer	36
Litteratur	38

Om prosjektet

I dette prosjektet gir Fafo en samlet, helhetlig beskrivelse og analyse som kan gi grunnlag for en debatt om felles utfordringer for fagbevegelsen i offentlig sektor. Bakgrunnen er de store endringene i offentlig sektor som medfører utfordringer av både faglig-politisk og organisatorisk art. Oppdragsgiver for prosjektet er de to kartellene LO Stat og LO Kommune.

Dette er *ikke* et prosjekt som skal legge opp til debatt om hva som er offentlig ansvar, hvordan tjenestene skal organiseres og hvem som skal utføre dem. Det dreier seg heller ikke om hvordan fagbevegelsen skal kjempe politisk for mer offentlig styring og ansvar eller for å bevare offentlige arbeidsplasser. Vårt formål er å legge opp til en debatt om hvilke konsekvenser endringene i offentlig sektor får for fagbevegelsen, og hvordan den skal tilpasse seg organisatorisk og på andre måter for å stå sterkest mulig i kampen for å skape best mulige kår for sine medlemmer.

Prosjektet har tatt for seg de samfunnsområdene som i dag er innenfor LO Stat og LO Kommune sine domener, et spenn fra kommunal forvaltning til Telenors forretningsdrift. Vi prøver å si noe om hva som skjer innenfor hele det store spennet av områder og virksomheter som i dag sorterer under de to kartellene.

Prosjektet er bygd opp av tre moduler, hvor modulene samlet utgjør en helhet, men hvor ulike brukergrupper i sine diskusjoner kan plukke dokumentasjon fra modulene etter behov for sitt formål. Samlet håper vi dette kan utgjøre et grunnlag for LO til å diskutere strategi og organisatoriske løsninger

De tre modulene er:

Modul I Ståstedet beskriver utviklinga av offentlig sektor, fagbevegelsens organisasjonsstruktur og hvilken faglig politikk fagbevegelsen har ført fra starten for vel hundre år siden, og til i dag. Modulen prøver også å si noe om hvilke utfordringer som har vokst fram i løpet av de siste åra og som ikke har funnet noen løsning.

Det er umulig å gå i dybden på hele den enorme offentlige sektoren med sine mange hundre tusen arbeidstakere. I *modul II Områdebeskrivelser* tar vi derfor for oss et utvalg på ni bransjer/områder og virksomheter som representerer ulike deler av sektoren. Gjennom disse håper vi å gi en dypere forståelse av hva som skjer og hvordan sektoren samlet vil utvikle seg.

I *Modul III Debattheft* samler vi trådene og prøver å gi en kort, helhetlig beskrivelse av de viktigste utviklingstrekkene som får konsekvenser for fagbevegelsen framover. Dette skal være grunnlaget for en debatt om utfordringene på lang sikt og hvordan fagbevegelsen må tilpasse seg organisatorisk og faglig-politisk..

Resultatet av arbeidet er publisert i følgende dokumenter, alle med felles hovedtittel *LOs framtid i offentlig sektor*:

Modul I:

- Espen Løken og Arne Pape: LO i offentlig sektor. Fra vekst og hegemoni til omstilling og konkurranse (Fafo-rapport 437)

Modul II:

- Åsmund Arup Seip: Med ekspedisjonssjefen som motpart. Framtidig organisering og forhandling i departementene (Fafo-notat 2004:7)
- Nina Kristiansen Skalle: En sterk aktør i et skrumpende marked. utfordringer for LO i Skatteetaten (Fafo-notat 2004:8)
- Håvard Lismoen: En framtid for LO i Forsvaret? (Fafo-notat 2004:9)
- Marit Skivenes: Profesjonalisering og privatisering i barnevernsektoren. Problem eller potensial for LO? (Fafo-notat 2004:10)
- Leif Moland: Når katta vokser og musene blir mange. Om vekst, oppstykkning og nye aktører i pleie- og omsorgssektoren (Fafo-notat 2004:11)
- Inger Lise Skog Hansen: Fra forvaltning til helseforetak. utfordringer for LO i en fristilt sykehussektor (Fafo-notat 2004:12)
- Stein Gunnes: LO og bussektoren. Samling om felles utfordringer (Fafo-notat 2004:13)
- Sigmund Aslesen: Fra monopolist til markedsaktør. utfordringer for LO i postsektoren (Fafo-notat 2004:14)
- Bård Jordfald: Fra traust etat til Oslo Børs. Om endringer i norsk telekommunikasjon og utfordringer for fagbevegelsen (Fafo-notat 2004:15)

Modul III:

- Inger Lise Skog Hansen og Espen Løken: utfordringer for LO i offentlig sektor. Debatt-hefte. (Fafo-rapport 438)

Inger Lise Skog Hansen og Espen Løken har delt prosjektlederansvaret for prosjektet. I tillegg takkes Kristine Nergaard, Dag H. Odnes og Torgeir Aarvaag Stokke for verdifulle innspill underveis og kvalitetssikring av publikasjonene. Takk og også til publikasjonsavdelingen for godt samarbeid i ferdigstillingen av publikasjonene!

Oslo, mai 2004

Inger Lise Skog Hansen og Espen Løken

1 Innledning

Sykehusene er en av grunnsteinene i det offentlige helsevesenet. Gjennom hele etterkrigstiden har verdiene og målene som styrer helsepolitikken forblitt stabile: Å sørge for at hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn, klasse og geografi har god tilgang på offentlige helsetjenester med høy kvalitet. Det er viktig for folk å være trygg på at sykehusene kan gi nødvendig hjelp ved behov. Et godt offentlig helsevesen kan ses som den viktigste garantien mot framveksten av kommersielle private sykehus og et todelt helsevesen.

Det siste tiåret har vært preget av store endringer innenfor det offentlige sykehusvesenet. Stortinget vedtok i 2001 at eierskapet til de offentlige sykehusene skulle overføres fra fylkeskommunen til staten. Fra 1.1.2002 har de somatiske sykehusene som en del av spesialisthelsetjenesten vært 100 prosent eid av staten. Denne reformen representerte ikke bare en endring av eierskap, men også en omfattende organisasjonsendring. Sykehusene ble skilt ut av forvaltningen og etablert som heleide statlige helseforetak innenfor en statsforetaksmodell. Reformen kalles sykehusreformen, men omfatter det aller meste av den tidligere fylkeskommunale og statlige spesialisthelsetjenesten innenfor både somatikk og psykiatri.

I denne områdebeskrivelsen vil vi av hensyn til begrensede ressurser kun se på de somatiske sykehusene. Mange av endringene innenfor sykehussektoren er imidlertid felles for hele spesialisthelsetjenesten, og utfordringene for fagbevegelsen vil derfor i stor grad være sammenfallende for alle disse tjenestene.

Ansatte og yrkesgrupper

De somatiske sykehusene er en stor statlig arbeidsplass. I 2002 arbeidet det 78 370 personer innenfor den somatiske spesialisthelsetjenesten. Totalt var disse fordelt på 63 895 årsverk¹. I tabell 1 ser vi antall ansatte og årsverk fordelt på de ulike stillingsgruppene. Den første kolonnen viser oversikt over antall ansatte personer regnet sammen av antall registrerte heltidsansatte og deltidsansatte. Den andre kolonnen er antall beregnede årsverk i de somatiske institusjoner.

¹ Årsverk er antall heltidsansatte pluss deltidsansatte (omregnet til heltid) ved utgangen av året. Somatiske institusjoner er sykehus og andre somatiske institusjoner som fødestuer og rehabiliteringsinstitusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten. Alle tall er hentet fra Statistisk sentralbyrå.

Tabell 1 Stillingsgrupper i somatiske institusjoner, antall ansatte og antall beregnede årsverk, 2002.

	Antall ansatte	Antall årsverk
Totalt	78370	63895
Leger	7860	7386
Sykepleiere	28257	22630
Hjelpepleiere*	7987	5404
Annet personell i pasientrettet arbeid	1872	1319
Jordmødre	1628	1221
Fysioterapeuter	1456	1262
Bioingeniører	3860	3306
Radiografer	1512	1397
Ergoterapeuter	418	343
Sosionomer	269	216
Psykologer	212	185
Administrasjons- og kontorphersonell	11295	
Ansatte med service- og driftsfunksjoner	11567	
Annet personell (administrasjon, drift og service totalt)		19088

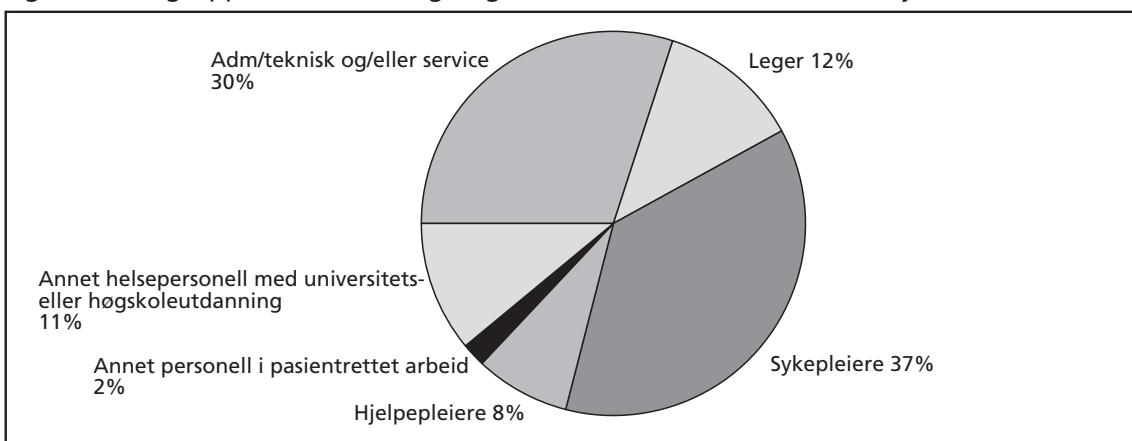
* Inkluderer barnepleiere.

Statistikk antall ansatte hentet fra spesialbestilling fra Statistisk sentralbyrå

Statistikk antall beregnede årsverk, Spesialisthelsetjenesten Statistisk sentralbyrå

Sykepleierne er den desidert største yrkesgruppa innenfor de somatiske institusjonene. Figur 1 viser størrelsesforholdet mellom de ulike yrkesgruppene.

Figur 1 Yrkesgruppers andel av beregnede årsverk i somatiske institusjoner, 2002



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Kvinnearbeidsplass med stor andel deltid

Sykehussektoren er en kvinnearbeidsplass. Ifølge tall fra NAVO er det 78 prosent kvinner ansatte innenfor spesialisthelsetjenesten som helhet, og 22 prosent menn. Blant sykepleierne er det i all hovedsak kvinner, men også innenfor det tidligere så mannsdominerte legeyrket har kvinnene gjort sitt inntog. Blant de overordnede legene er det 25 prosent kvinner, men blant de underordnede legene er det nesten 50 prosent kvinner.

Andelen med deltidsansettelse er ofte høyere på kvinnearbeidsplasser. Helsevesenet er i så henseende intet unntak. Det er vanskelig å få oversikt over hvor mange som faktisk arbeider deltid og heltid i helsevesenet, fordi mange har et ansettelsesforhold satt sammen av ulike stillingsbrøker i forskjellige stillinger. En ansatt kan arbeide 100 prosent stilling totalt, men stillingen kan være satt sammen av ulike stillingsbrøker, eller en del av stillingen utgjøres av ekstravakter. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at 45 prosent av de ansatte jobber deltid. I tabell 2 ser vi deltidsandelen i noen av stillingsgruppene.

Tabell 2 Andel deltid i enkelte stillingsgrupper i prosent av antall ansatte, 2002.

Total andel deltid	45
Leger	11
Sykepleiere	53
Hjelpepleiere	74
Administrasjons- og kontorphersonell	37
Ansatte med service- og driftsfunksjoner	42

Kilde: Spesialbestilling fra Statistisk sentralbyrå

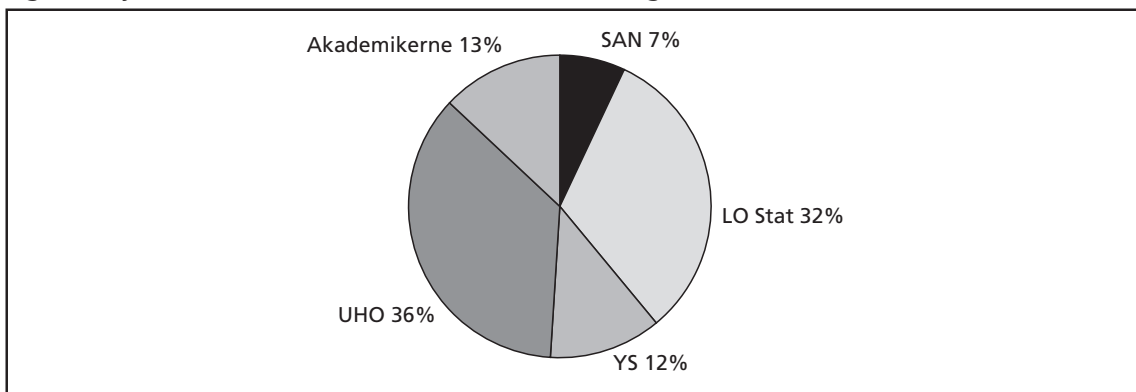
Sykepleierne er den største yrkesgruppa i sykehusene, og i 2002 arbeidet 53 prosent av dem deltid. Andelen sykepleiere som arbeider deltid er omtrent uendret gjennom hele 90-tallet, men den gjennomsnittlige stillingsprosenten har økt fra i underkant av 57 prosent i 1990 til 62 prosent i 2000 (Mundal 2002). Vi har ikke tilsvarende tall for andre yrkesgrupper, men vi vet at andelen hjelpepleiere i deltid også har vært stabil gjennom hele 90-tallet.

Fagbevegelsen i sykehussektoren

Sykehussektoren er preget av mange enkeltforbund. Det er registrert 41 forskjellige forbund innen NAVO Helse. Disse er representert gjennom fem hovedsammenslutninger. Hovedsammenslutningene representerer de organiserte innenfor hele spesialisthelsetjenesten, ikke bare de somatiske sykehusene. Medlemstallene vi har kunnet hente ut er tall for spesialisthelsetjenesten som helhet.

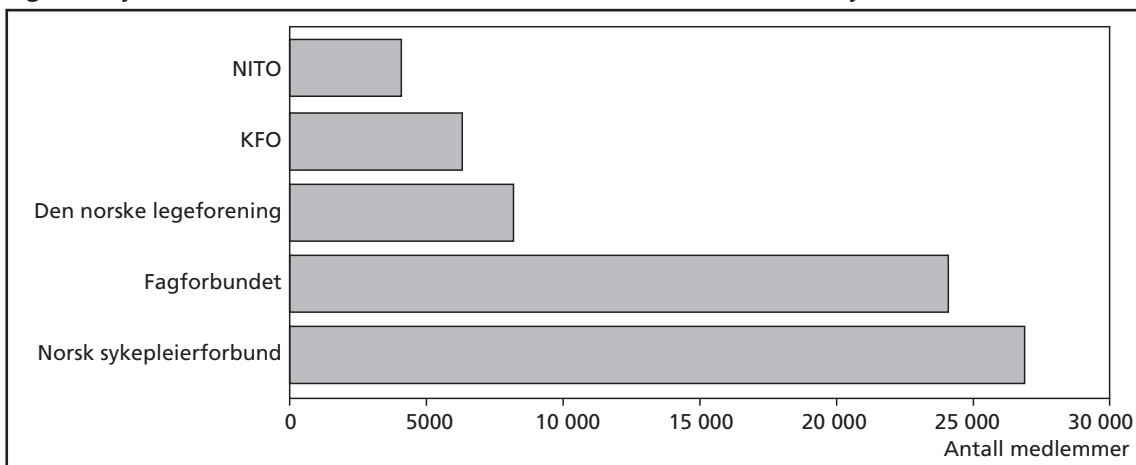
Utdanningsgruppenes Hovedorganisasjon (UHO), hvor Norsk Sykepleierforbund er organisert, er den største hovedsammenslutningen. Nest størst er LO Stat, med Fagforbundet som det dominerende forbund. Legene er organisert i Akademikerne. YS har Kommunalansattes Fellesorganisasjon (KFO) som sitt største forbund innenfor dette området, i tillegg til blant annet Norsk Radiografforbund og Farmasiforbundet. Sammenslutningen av akademikerorganisasjoner i NAVO (SAN) har NITO som sin største medlemsorganisasjon. Totalt står det nesten 82 000 medlemmer bak disse sammenslutningene i NAVO Helse.

Figur 2 Styrkeforhold mellom hovedsammenslutningene i NAVO Helse



De fleste forbundene i sektoren er organisert rundt en profesjon. Mange av de 41 forbundene er små profesjonsforbund. Det finnes også enkelte store forbund med få medlemmer innenfor bransjen. EL & IT forbundet er eksempel på dette med sine 51 medlemmer innenfor området NAVO Helse.

Figur 3 Styrkeforholdet mellom de fem største enkeltforbundene i sykehussektoren



De to desidert største forbundene i sektoren er Norsk Sykepleierforbund (NSF) med sine 26 883 medlemmer og Fagforbundet med sine 24 083 medlemmer. Lægeforeningen har 8 182 medlemmer og KFO 6 320 medlemmer. NITO er det femte største forbundet med 4 081 medlemmer. De fleste av disse, 3 411 medlemmer, er bioingeniører tilknyttet Bioingeniørfaglig Institutt. (Norsk Bioingeniørforbund fusjonerte i 1998 med NITO, og bioingeniørene ble organisert i et selvstendig faglig institutt innen NITO). De resterende 36 forbundene i bransjen har fra rundt 1 000 medlemmer og helt ned til kun 4–5 stykker.

Det finnes to hovedtyper av forbund i sektoren: Profesjons- eller yrkesorganisasjoner, som organiserer alle innenfor en profesjon eller yrke, og vertikale forbund som organiserer blant alle ansatte innenfor samme arbeidsplass. De to eneste forbundene som organiserer vertikalt er Fagforbundet og KFO. Etter at Norsk Kommuneforbund og Norsk Helse- og Sosialforbund slo seg sammen i juni 2003, har de en samlet medlemsmasse på nesten 290 000, og 24 083 av disse er innenfor spesialisthelsetjenesten. Det nye Fagforbundet er dermed blitt tre ganger så store som KFO innenfor NAVO Helse.

Organisasjonsgrad

Organisasjonsgraden innenfor helsesektoren er rundt 80 prosent ifølge Statistisk sentralbyrås Arbeidskraftundersøkelse 2. kvartal i 1998. Vi har ikke egne tall for sykehussektoren, men ut fra organisasjonsgraden for enkeltgrupper kan vi anta at organisasjonsgraden er omtrent den samme i sykehussektoren.²

I alle de helsefaglige profesjonsforbundene er organisasjonsgraden høy. Den norske lægeforening har en organisasjonsgrad på 93,2 prosent, Norsk Sykepleierforbund organiserer cirka 90 prosent av sykepleierne. Bioingeniørene i NITO hadde en organisasjonsgrad på 92 prosent i 2001. Fagforbundets organisasjonsgrad blant hjelpepleierne er vanskelig å beregne på grunn av dårlig medlemsstatistikk. Opplysninger fra forbundet viser at organisasjonsgraden blant hjelpepleierne som helhet er cirka 77 prosent. På grunn av generell høy organisasjonsgrad i sykehussektoren vil vi anta at organisasjonsgraden blant hjelpepleierne er omtrent på samme nivå.

Forhandlingsystem og arbeidsgivermotpart

Ved den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten ble de nye helseforetakene meldt inn i arbeidsgiverorganisasjonen NAVO. Helseforetakene utgjør et eget forhandlingsområde som kalles NAVO Helse (område 10). Hovedavtalene i NAVO inngås med hovedsammenslutningene, og har vært likelydende for de enkelte sammenslutningene.

Det er hovedsammenslutningene som er direkte part i avtalene alene, for LO-forbundene er dette LO Stat.

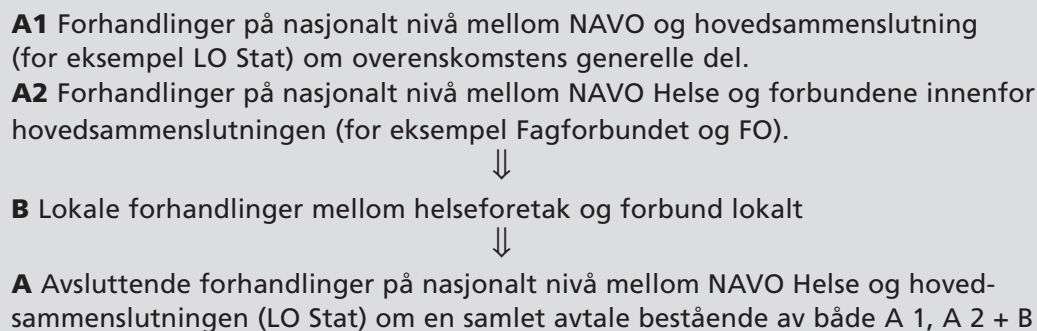
I NAVO er forhandlingene delt i to nivåer, et nasjonalt nivå (A) med forhandlinger mellom NAVO og hovedsammenslutningene, og et lokalt nivå (B) mellom de enkelte virksomheter og arbeidstakerorganisasjonene lokalt. Tradisjonelt har A-delen vært relativt lite normtett og lite omfattende.

Ved overgangen fra KS-området til NAVO i forbindelse med sykehusreformen, klarte arbeidstakerorganisasjonene å få gjennomslag for et nivå (A2) med nasjonale forhandlinger på forbundsnivå. En tilnærmet samlet fagbevegelse innenfor spesialisthelsetjenesten ønsket

² For hele spesialisthelsetjenesten er organisasjonsgraden ca. 80%. Prosenten er beregnet ut fra antall ansatte i spesialisthelsetjenesten og antall organiserte. Tallet på ansatte er hentet fra NAVO, og vi tar forbehold om at dette er noe usikre tall. NAVO arbeider p.t. med å beregne organisasjonsgrad innenfor spesialisthelsetjenesten.

å beholde størst mulig grad av sentrale forhandlinger. Det oppnådde de ved å få gjennomslag for et ekstra nivå med sentrale forhandlinger (A2) der de enkelte forbund forhandler direkte. Hovedsammenslutningene er imidlertid part i de endelige avtalene.

Ideell forhandlingsstruktur for NAVO Helse er:



Siste fase i forhandlingsprosessen i NAVO er avsluttende sentrale forhandlinger mellom NAVO Helse og hovedsammenslutningene om en samlet avtale bestående av både A 1+2 og B. Et samlet avtaleforslag foreligger ikke før denne siste sentrale forhandlingen er avsluttet. Det er den samlede avtalen medlemmene må ta stilling til. Avstemningsresultatet i alle helseforetakene innenfor området til NAVO Helse slås sammen, slik at det er det samlede avstemningsresultat i hele overenskomstområdet innenfor hver hovedsammenslutning som er avgjørende for om forhandlingsresultatet skal godkjennes eller ikke. Forbundene kan ikke forkaste forhandlingsresultat alene. Som vi skal komme tilbake til seinere er dette den ideelle modellen. I den reelle forhandlingsprosessen kan det skje avvik i forhold til modellen, blant annet i forhold til praktisering av fredsplikt, og muligheten for arbeidskamp (konflikt).

2 Utviklingstrekk

Det siste tiåret har det skjedd en rekke store endringer innenfor sykehussektoren. Det gjør sektoren interessant når en skal se på utviklingen innenfor offentlig sektor og utfordringer for LO. Mange av endringene har rot i nyliberale ideer om styring av offentlig sektor. Incentivsystemer i form av stykkpris har erstattet rammefinansiering som hovedfinansiering, pasientrettighetene er styrket, vi har fått fritt sykehusvalg, og myndighetene har i større og større grad tatt i bruk målstyring. Samtidig er sykehusene blitt omgjort til statlig eide helseforetak. Den statlige overtakelsen av sykehusene og organiseringen i foretak medførte skifte av tariffområde til NAVO, et tariffområde der praksis har vært mer likt tariffsystemet i privat sektor. De ansatte gir uttrykk for at de opplever et økende krav til omstilling og høyere effektivitet, samt fare for oppsigelser som følge av nedleggelse av sykehus, privatisering og anbudsutsetting.

Fra forvaltning til foretak

Den medisinske utviklingen gjør at behandlingsmulighetene stadig øker, og etterspørselen etter helsetjenester kan synes ubegrenset. Over hele den vestlige verden har utgiftene til helse økt drastisk fra 60-tallet og fram til i dag. Bare fra 1999 til 2002 økte utgiftene til somatiske sykehus med mer enn 32 prosent, fra i overkant av 31 milliarder kroner i 1999 til nesten 42 milliarder i 2002. Et av motivene med sykehusreformen var økt kostnadskontroll. Krav om kostnadskontroll og reduserte utgifter er ikke nytt innenfor sykehussektoren. På 70-tallet fantes en finansieringsordning med prosentvis refusjon i forhold til antall kurdøgn i sykehusene, men systemet førte til en voldsom utgiftsvekst og manglende kostnadskontroll. I 1980 ble det innført rammefinansiering for å oppnå bedre kostnadskontroll og lavere utgiftsvekst. Knappe ressurser og store indre stridigheter mellom grupper i sykehusene førte til at problemene og konfliktnivået i sykehusene vokste. I 1985 var helsevesenet det store valgkamptemaet, spesielt de lange ventelistene. Kravet fra politikerne var at behandlingsskapiteten måtte opp, uten at det medførte vekst i utgiftene.

Innsatsstyrt finansiering (ISF)

Økt grad av økonomiske incentiver i form av stykkpris ble diskutert fra midten av 80-tallet, men det kom ingen endringer i finansieringsordningen for sykehusene før på 90-tallet. Da Gudmund Hernes overtok som helseminister i 1995, innførte han ordningen Innsatsstyrt finansiering (ISF). Dette var første steg mot en mer resultatorientert finansiering av sykehusene. Ved hjelp av økonomiske incentiver ønsket myndighetene å øke behandlingsaktiviteten for å bidra til å redusere ventetid. Ordningen er knyttet til et medisinsk

diagnosesystem, DRG (Diagnose Relaterte Grupper), og med varierende økonomiske tilskudd eller «takst» for ulike diagnoser. I tillegg var det mulig å stimulere til økt aktivitet innenfor for eksempel dagkirurgi ved andre tilleggsrefusjoner. ISF-refusjon til det enkelte regionale helseforetak består av DRG-refusjon + eventuelle tilleggsrefusjoner.

Stortinget vedtok at ISF skulle utgjøre 30 prosent av den totale finansieringen fra 1.1.1997. Andelen har gradvis økt. Allerede året etter at ordningen ble innført, økte den til 45 prosent og var i 2003 kommet opp i 60 prosent. Fra 2002 fikk de regionale helseforetakene også ISF-refusjon når de kjøpte dagkirurgisk behandling hos privatpraktiserende avtalespesialister utenfor de offentlig godkjente sykehusene.

Etter at systemet ble innført, har antall behandlede pasienter økt. Medaljens bakside er faren for at sykehusene prioriterer etter hva som gir mest økonomisk gevinst, og ikke fokuserer like strengt på hva som er befolkningens samlede behov for helsetjenester. Det er også påvist triksing med DRG-plassering for å hente ut mest mulig refusjon.

Parallelt med økt pasientbehandling har kostnadene økt. Kostnadsveksten var bakgrunnen for at helseminister Høybråten i revidert styringsdokument til de regionale helseforetakene 1. juli 2003 ga beskjed om å behandle færre pasienter. Meldingen vakte betydelige reaksjoner blant politikere, og helseministeren måtte ta retrett kort tid etter. I desember 2003 la Stortinget fram sin innstilling til Stortingsmelding om et nytt finansieringssystem for spesialisthelsetjenesten. Flertallet støttet en videreføring av dagens modell, men med en reduksjon av ISF fra 60 til 40 prosent. Dette er et uttrykk for at det politiske flertall mener at for sterke økonomiske insentivsystemer i helsevesenet fort kan få uheldige virkninger.

Pasientrettigheter og fritt sykehusvalg

Utover 80-tallet økte oppmerksomheten om borgernes rettigheter til offentlige tjenester, ikke minst nødvendig helsehjelp. Borgerne ble beskrevet som kunder og bestiller av tjenester. I 1990 kom ventelistegarantien, og i 1999 ble den første pasientrettighetsloven vedtatt. I loven ble befolkningens rett til nødvendig helsehjelp rettighetsfestet. Det revolusjonerende i den første pasientrettighetsloven var imidlertid at retten til fritt sykehusvalg ble fastslått. Pasienter ble gitt rett til å velge hvilket offentlig sykehus behandlingen skal foretas i. I 2003 ble pasientrettighetsloven endret, og retten til fritt sykehusvalg utvidet til også å gjelde private sykehus. Pasienter har rett til å få fastsatt en dato (innen 30 dager) for når behandlingen skal gis, og dersom pasienten ikke har fått behandling innen fristen, inntreer en rett til å få behandling i private sykehus eller i utlandet. Det frie sykehusvalget er ment å styrke sykehusenes konkurranse om pasientene.

Foretaksmodell – mot et markedsbasert sykehussystem?

Med ISF og fritt sykehusvalg hadde sykehussektoren sterke markedstrekk allerede før sykehusreformen. Omorganiseringen til foretak i spesialisthelsetjenesten representerer likevel noe fundamentalt nytt innenfor helsesektoren. Valg av denne modellen var en institusjonalisering av en markedsmodell. Sykehusene ble fristilt fra forvaltningen som selvstendige juridiske enheter med ansvar for egen drift, rettslig og økonomisk. Sykehusene er 100 prosent statlig eid, og kan følgelig ikke gå konkurs, men skal drives etter bedriftsøkonomiske premisser.

Det er opprettet fem regionale helseforetak (RHF) som har ansvaret for at befolkningen i den enkelte region får det helsetilbudet de har krav på: Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest, Helse Øst og Helse Sør. Rikshospitalet og Radiumhospitalet som også tidligere var statlige sykehus, er lagt inn under Helse Sør. De regionale helseforetakene eier alle sykehusene i sin region. Sykehusene er organisert som helseforetak (HF) under de regionale helseforetakene. Disse helseforetakene er heleide datterselskaper og kan bestå av ett eller flere sykehus og andre virksomheter under spesialisthelsetjenesten. Det er etablert skille mellom bestillerenhet, som er de regionale helseforetakene, og leverandørene som er de enkelte helseforetakene.

Staten ved Helsedepartementet er eier av de regionale helseforetakene. Foretaksmøtet, det vil si helseministeren (tilsvarende generalforsamlingen i aksjeselskaper), er statens direkte styringsredskap overfor de regionale helseforetakene. Store endringer innenfor helseforetakene skal legges fram for foretaksmøtet, for eksempel nedleggelse av sykehus. I tillegg styrer staten gjennom bevilgninger over statsbudsjettet og gjennom å gi lover og forskrifter. Rammer for styringen av helseforetakene presenteres av staten gjennom Styringsdokumentet som utarbeides av departementet. Her presenteres budsjетtrammer og premisser for driften i regionen.

I de regionale helseforetakene og de enkelte helseforetak er det utnevnt styrer i tråd med praksis fra aksjeselskaper i næringslivet for øvrig. De ansatte har rett til minimum to representanter i styret, ofte er de representert med tre styremedlemmer. De øvrige styrerepresentantene er oppnevnt av eier, og mange er hentet fra næringslivet. Foretaksorganiseringen slår fast at resultatansvaret legges til det enkelte helseforetaks styre og ledelse. Den styringsretten staten fikk ved å overta sykehusene, ble i stor grad ofret ved valg av foretaksmodellen. Den direkte styringen er lagt til styrene i de regionale helseforetakene og de enkelte helseforetakene.

Den politiske styringen av sykehusene er overført fra lokalpolitisk nivå i fylkene, til et sentralt nivå der staten og departementet har det politiske ansvaret. Foretaksmodellen gir et system med mer indirekte styring, der enkeltavgjørelser og prioriteringer i konkrete saker legges til helseforetakene. Modellen er også preget av mindre offentlig innsyn i prioriteringer knyttet til den daglige driften. Kravet fra eier om at de regionale helseforetakene skal gå i økonomisk balanse fra 2004 legger et sterkt press på foretakene, som selv må vurdere hvordan disse målene skal nås.

Sykehusene er komplekse organisasjoner med forskjellige oppgaver. De produserer og forvalter helsetjenester, men er også utviklingsorganisasjoner gjennom deltakelse i utdanning og forskning (SINTEF 2002). Den resultatstyringen som legges til grunn i foretaksmodellen gjør at myndighetene forholder seg til sykehusene først og fremst som produksjonsorganisasjoner, og i mindre grad tar andre samfunnsmessige hensyn.

Den prioriteringsprosessen som ligger i sykehusenes forvaltning av offentlige helseressurser er politisk i sin natur, men nå løsrevet fra politisk styring. Et mål med å organisere sykehusene etter foretaksmodellen var at de skulle myndiggjøres og gis større mulighet for styring. To år etter at reformen ble iverksatt raser debatten om nedleggelser av lokalsykehus og fødestuer, omorganiseringer og funksjonsfordelinger mellom sykehusene i de enkelte regionene. Tidligere havnet forslag om store endringer innenfor sykehussektoren i fylkestinget og ble følgelig gjenstand for folkelig debatt og politisk behandling. Ansvaret for dagens

strukturendring av helsetjenestene er lagt til styrene i de regionale helseforetakene. Fram til 2004 er majoriteten av styrene lukket for offentligheten.

Tidligere direktør for Helse Sør, Steinar Stokke uttalte til Fagbladet i juli 2003:

«Et helsevesen dominert av fylkesgrenser skal innen 2006 vike plassen for et regionalt tilbud. Nye strukturer krever nedbemanning og økt fleksibilitet blant arbeidstakerne.»

Ikke-medisinske tjenester under press

Sykehus kan ikke privatiseres eller selges uten at dette forelegges eier gjennom Foretaksmøtet. En forutsetning for helseforetakene er at kjernevirksomheten i sykehusdriften, det vil si kliniske, medisinske og helsefaglige funksjoner ikke kan privatiseres eller skilles ut. Ikke-medisinske tjenester omfattes derimot ikke av disse begrensningene. Slike tjenester kan privatiseres. De kan skilles ut gjennom samarbeid med private aktører, gjerne ved deleierskap. Et eksempel på dette er kjøkkendriften ved Sykehuset i Buskerud HF som er satt ut til forpleiningselskapet Eurest, som selger mat til sykehusets avdelinger.

Det er sannsynlig at presset på utskilling i egne datterforetak eller konkurranseutsetting vil komme i forhold til kjøkken, renhold og andre driftsoppgaver ved helseforetakene. I Helse Sør foreslo ledelsen 26. august 2003 å opprette et eget utskilt helseforetak for fellestjenester. Det utskilte helseforetaket skulle overta IT, lønn, personal og økonomitjenester fra de ulike sykehusene i Helse Sør. Hensikten var å oppnå store besparelser ved sentralisering og reduksjon i antall stillinger. I likhet med mange andre forslag ble dette omstillingsvedtaket kraftig kritisert av de tillitsvalgte, for manglende konsekvensutredning og kvalitetssikring. Mange slike forslag er utarbeidet av konsulentfirmaer, og ofte blir ikke de ansatte involvert i prosessen.

Privatisering

Det private sykehusmarkedet i Norge er i vekst. Myndighetene har gitt klare instruksjoner til de regionale helseforetakene om å se de private aktørene som en del av det samlede spesialisthelsetjenestetilbudet til befolkningen. I styringsdokumentet fra Helsedepartementet til de regionale helseforetakene i 2003 presiseres det at

«Regionale helseforetaks ivaretagelse av "sørge for"-ansvaret omfatter kjøp av spesialisthelsetjenester fra ulike private tilbydere. Dette medfører at man må forholde seg til arbeidsdelingen mellom egne foretak og private aktører, herunder på hvilke områder det skal legges til rette for konkurranse. Dette skal skje innenfor gjeldende konkurranseregler.» (Styringsdokument 2003 til Helse Nord:32)

I denne instruksjonen stadfester departementet at sykehusene opererer i et marked og skal konkurrere med hverandre. Departementet gir instruksjoner om å behandle de private aktørene likeverdig med deres egne helseforetak, samtidig som det presiserer at dette ikke utelukker at man skal drive i forhold til helsepolitiske mål.

Da helsereformen trådte i kraft i 2002, var det seks godkjente private sykehus. Fram til 31.08.03 er det godkjent ytterligere åtte private sykehus med til sammen 37 senger. I september 2003 lå det 18 søknader fra private sykehus til behandling i Helsedepartementet (Eilertsen 2003). Ventelistene i norske sykehus har blitt sterkt redusert. Flere steder er de i ferd med å avvikle dem på noen områder, og det varsles at en kan risikere overkapasitet på sykehussenger. En konsekvens av å slippe til stadig flere private aktører kan bli at det offentlige helsevesenet blir sittende med de kostnadsstunge behandlingene, ansvar for akuttmedisin og opplæring av medisinsk personell, samtidig som de private sykehusene kan høste økonomisk profitt av nisjebehandling, for eksempel enkle kirurgiske inngrep. Fra mange helseforetak har det vært advart mot å godkjenne flere private sykehus. Dette har ikke medført en mer restriktiv politikk fra myndighetenes side. En søknad som ligger til behandling høsten 2003 er fra Volvat Medisinske Senter Vestfold AS, som har søkt om godkjenning for en kirurgisk sengeavdeling på Nøtterøy. Planen er å tilby enkle kirurgiske inngrep på pasienter med urinveisproblemer, kvinnesykdommer, samt øre-, nese-, hals. I tillegg vil de foreta ortopediske inngrep, som for eksempel hofteoperasjoner. Sykehuset i Vestfold HF advarer mot å godkjenne denne søknaden. De frykter at det vil bli kamp om penger og fagfolk innenfor helseregionen. Argumentasjonen er nettopp at Sykehuset i Vestfold og Helse Sør er i ferd med å avvikle ventelistene. På sikt regner de med overkapasitet, og i en slik situasjon anser de det som feil å la et privat sykehus skumme fløte mens de offentlige sykehusene er pålagt kostnadsstunge oppgaver. Noen mener at etableringen av et privat tilbud vil kunne føre til redusert medisinsk tilbud i sykehusene i helseregionen (NRK Vestfold 02.09.03).

Skattefritak for helseforsikringer

Da Helseministeren i juli 2003 ga melding til de regionale helseforetakene om å redusere pasientbehandlingen, økte tegningen av nye private helseforsikringer. Urolighet for hvorvidt en er sikret god behandling ved sykdom, fremmer private løsninger og helseforsikringer.

I statsbudsjettet for 2003 ble det vedtatt skattefritak for helseforsikringer, slik at bedrifter som kjøper private helseforsikringer til sine ansatte ikke trenger å betale arbeidsgiveravgift eller trekke personlig inntektsskatt av det beløpet som betales. Poenget med helseforsikringer er at en er sikret behandling innen en viss frist. Enkelte kommuner har tegnet samlet helseforsikring for hele befolkningen. Ved ledig kapasitet på noen områder har helseforetakene mulighet for å tilby tjenester på det kommersielle markedet. Dette er en tilrettelegging for økt markedsretting av spesialisthelsetjenesten.

Konsekvenser for fagbevegelsen

Nye former for medbestemmelse

I forarbeidene til lov om helseforetak sier Helsedepartementet at en av hensiktene ved foretaksstrukturen er å dempe fagenes/profesjonenes innvirkning på styringen av sykehusene.

«Når sykehusene er underlagt direkte politisk styring, vil enkeltaktører i sykehusene ha større mulighet til å vinne frem, eller skape støy rundt styringsmessige forhold. I den grad slikt skjer, undergraves den ledelsesmessige autoriteten ytterligere. En av hensiktene med foretaksorganiseringen er å redusere muligheten for denne typen spill og dermed understøtte ledelsesautoriteten – slik at det politisk styrte offentlige oppdraget kan følges opp.» (Ot.prp. nr 66. 2000–2001)

I dag finnes ikke det samme rom for politisk påvirkningsarbeid og alliansebygging utenfor sykehusene som da fylkeskommunen eide sykehusene. Nærmeste ankemulighet for store strukturendringer er statsråden, som kan gripe inn gjennom Foretaksmøtet. De profesjonelle styrene og fristillingen av helseforetakene har medført at ledelsen i sykehusene har fått mer myndighet, og sannsynligvis også en større opplevelse av autoritet. Dette representerer en kulturendring som er en utfordring for de ansatte.

De ansatte har rett til minimum to, oftest tre representanter i styrene. Å sitte som tillitsvalgt i styret for en helseregion, kan sammenlignes med å være konserntillitsvalgt i det private næringsliv. Gjennom å være «konserntillitsvalgt» og styremedlem, kommer ansatte-representanter inn i et styre hvor de må delta i prioritering og styring innad i helseregionen, og i det enkelte helseforetak. På regionnivå kan beslutninger skape strid mellom de forskjellige helseforetak, og det fordrer et godt nettverk i de enkelte forbund for å forankre og kunne diskutere saker som kommer opp. Med de tøffe økonomiske rammene og krav om innsparing som hersker i alle de regionale helseforetakene, inngår de tillitsvalgte i et forum hvor de står ansvarlig for driften økonomisk og juridisk. Ansatterepresentanter vil komme i situasjoner hvor de er med på vedtak som vil medføre store konsekvenser eller oppsigelser blant de ansatte. Forholdet mellom det å være tillitsvalgt og styrerepresentant kan være vanskelig. I en behandling i Helse Nord av rollen som ansatterepresentant i styret (styresak 19/2003), presiserer de fra helseforetakets side at selv om ansatterepresentantene skal ivareta de ansattes interesser, så er de samtidig likeverdige styremedlemmer der krav om å sette selskapet i sentrum er avgjørende.

Hvordan medbestemmelse for de ansatte skal organiseres, er fortsatt ikke fastsatt mange steder. Noen steder sliter tillitsvalgte med å komme med i utvalg og prosjektgrupper, mens andre steder er de tillitsvalgte lokalt godt inkludert. En av de tingene tillitsvalgte peker på, er at de mer eller mindre er ute av ansettelsesprosessene. Tidligere var de ansatte representert i ansettelsesråd, nå blir de kun informert i ettertid om hvem som er ansatt.

I de saker hvor ansatte blir inkludert, er det et stort problem at sakspapirer kommer så seint at de tillitsvalgte sjelden får verken rådført seg med andre eller tid til å sette seg ordentlig inn i sakene. Ofte er premissene allerede lagt. I slike tilfeller betyr det at den reelle innflytelsen blir begrenset.

Det kan tenkes at ledelsen i helseforetakene i større grad ønsker å involvere de ansatte gjennom tillitsvalgte. Det kan sikre at de ansatte får et eierskap til omstillingsprosesser. Omstillingsprosesser lykkes oftest bedre med de ansatte på laget. Dette er utgangspunktet for ledelsen i Helse Øst. I et saksframlegg om samarbeid med de tillitsvalgte på regionnivå står det:

«Helse Øst ønsker å legge til rette for en samarbeidsordning med de tillitsvalgte som ved siden av å sikre kontakt og dialog vil bidra til eierskap til den strategi og de om-

stillingstiltak som vedtas. Dette vil kunne bidra til å lette gjennomføringen.» (Sak nr. 165 – 2002 Helse Øst)

Overgangen fra arbeidsgiverorganisering i KS til NAVO representerte en overgang til et nytt avtaleverk og en arbeidsgivermotpart som ønsker mest mulig lokale forhandlinger. Dette gjelder ikke bare lønnstillegg, men også andre bestemmelser som tidligere lå i et sentralt avtaleverk. Dette betyr også nye oppgaver for de tillitvalgte lokalt, og en større betydning av dyktige og godt skolerte forhandlere lokalt.

Et offensivt NKF

Norsk Kommuneforbund (NKF) har vært det forbundet i LO som har markert seg mest når det gjelder endringer i sykehussektoren. Det er også dette forbundet som har flest medlemmer i sektoren. FO er det nest største LO-forbundet i spesialisthelsetjenesten, men de har ikke så mange medlemmer i sykehusene.

Kampen mot fristilling startet i 1998. Da gjaldt diskusjonen omgjøring av de kommunale sykehusene i Oslo til AS. LO stod samlet, men det var NKF som kjørte saken. Forslaget ble lagt på is. Dette skyldtes nok brei mobilisering mot forslaget, men like mye at helseminister Høybråten på bakgrunn av forslaget i Oslo satte ned et statlig utvalg for vurdering av tilknytningsformer for de offentlige sykehusene (Sørensenutvalget). NKF og NHS sine representanter utgjorde mindretallet da utvalget la fram sin innstilling i NOU 1999:15, *Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus*. Uenigheten dreide seg om hvorvidt sykehusene skulle være fristilte rettssubjekter eller offentlige forvaltningsorganer. Flertallet i utvalget ønsket en fristilling i form av omgjøring til kommunale eller fylkeskommunale selskaper, og avviste heller ikke aksjeselskaper.

Mindretallet ville bevare sykehusene som forvaltningsorgan og gikk inn for kommunale foretak. Gjennom dette ville de gi sykehusene større grad av selvstendighet og fleksibilitet, men fortsatt beholde politisk innflytelse og ansvaret. I ettertid la regjeringen fram et forslag om fylkeskommunale sykehusselskaper (Ot.prp. nr. 25 1999–2000). Det viste seg at kun et fåtall fylkeskommuner valgte å benytte seg av denne formen for organisering av sykehusene.

I 2000 ble det fattet et prinsippvedtak i Oslo om omgjøring til AS av de kommunale sykehusene. Alle forbundene med unntak av lægeföreningen var mot fristillingen. På bakgrunn av forslaget om fristilling gjennom fylkeskommunale selskaper og prinsippvedtaket i Oslo, inngikk NKF et samarbeid med NHS og NSF for å danne felles front mot as-ifisering og privatisering av de offentlige sykehusene.

Det første argumentasjonsheftet om organisering av sykehus kom fra NKF i 2000. Her trekkes hovedlinjene i debatten om organisering av sykehus. Det pekes på konsekvenser av as-modeller og fristilling, og det vises til erfaringer fra andre land. Her legges på mange måter det politiske grunnlaget for NKFs framtidige arbeid mot fristilling i sykehussektoren. NKF mobiliserer mot det de kaller business-sykehus og markedstilpasning.

I mars 2000 overtok Regjeringen Stoltenberg. Den nye helseministeren, Tore Tønne, var raskt ute og varslet endringer innenfor sykehussektoren. Forslag om statlig eierskap av

sykehusene og statsforetak skulle behandles på Arbeiderpartiets (AP) landsmøte samme høst. Til tross for kraftig mobilisering fra NKF på landsmøtet for fortsatt fylkeskommunalt eierskap, fikk regjeringen klarsignal for sykehusreformen. Helseministeren varslet at innen 1.1.2002. skulle reformen være iverksatt.

NKF og NHS gikk i tospann mot fristilling og innføring av markedsstyrte prinsipper i helsevesenet. I høringsprosessen la de en strategi hvor de ville stå sammen med de andre arbeidstakerorganisasjonene med krav om en avklaring av alle forhold som ville få betydning for de ansatte, før reformen ble vedtatt av Stortinget. I NKF ble det bygget opp et elektronisk nettverk for medlemmer i de to forbundene som skulle jobbe med denne saken. Det ble opprettet en egen sentral sykehusgruppe for forbundene, med sterk kontakt til forbundsledelsen.

FO var det andre forbundet i LO som reagerte kraftig på regjeringens forslag til sykehusreform, men de var mindre markerte utad.

LO var for statlig eierskap, i motsetning til NKF. Også FO ga uttrykk for at de ikke var negative til statlig overtakelse av sykehusene. Bortsett fra denne uenigheten stod LO sammen med forbundene i sektoren mot fristilling av sykehusene fra offentlig styring og kontroll. I høringsprosessen vektla organisasjonene særlig tre momenter: opprettholdelse av lønns- og arbeidsforhold, opprettholdelse av pensjonsrettigheter og sikring av medbestemmelse. Langt på vei i høringsprosessen holdt de sentrale organisasjonene i sektoren sammen om disse kravene, og samholdet ga resultater.

Organisasjonene opplevde å få gjennomslag for mange av kravene. I den endelige loven kom det inn at ingen skal få forringet eller miste sine pensjonsrettigheter. Det var også viktig at hele spesialisthelsetjenesten ble samlet i én arbeidsgiverorganisasjon. Samholdet som var skapt i prosessen la grunnlaget for videre samarbeid. Organisasjonene holdt seinere felles opplæring av de ansattes styrerepresentanter som skulle inn i styrene i de nye helseforetakene.

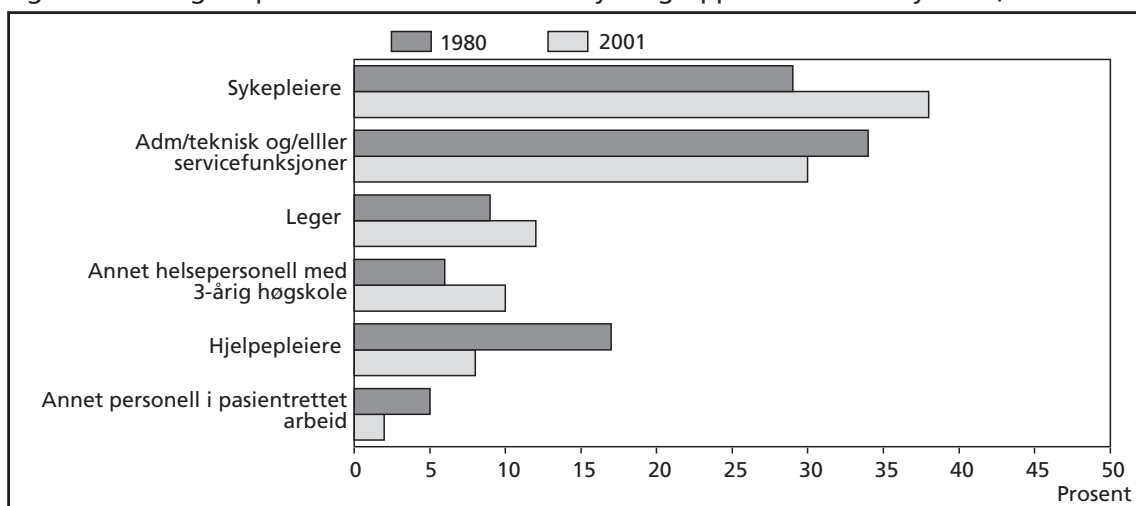
I dag er LO og i særlig grad Fagforbundet aktive i lokale aksjoner rundt helsepolitiske prioriteringer. Sammen med andre forbund innenfor sykehussektoren er de aktive rundt lokale allianser for bevaring av helsetilbud som lokalsykehus, akuttberedskap, fødeavdeling etc. Denne folkelige mobiliseringen bidrar til diskusjon og holder helsepolitikken på dagsordenen, selv om beslutningene er flyttet inn i profesjonelle styrever. Fagforbundet har sammen med de andre ansattes organisasjoner vunnet kampen for å åpne helseforetakenes styrever for offentligheten. Fagforbundet ønsker å arbeide videre for å skaffe tilslutning hos blant annet AP for sterkere politisk styring av bruken av helseressursene. Enkelte krefter i Fagforbundet ønsker omkamp om reformen, men forbundets strategi er å arbeide for å forbedre dagens modell.

Pensjonsspørsmålet er viktig for de ansatte. De ansattes organisasjoner samlet seg i felles mobilisering mot omdanning av KLP til aksjeselskap. Planene om å gjøre KLP om til AS er foreløpig lagt på is, fordi ledelsen i de regionale helseforetakene har motsatt seg dette. De opplever ikke at omgjøringen gir tilstrekkelig langsiktig sikring av pensjonene for de ansatte i helseforetakene i tråd med det som var intensjonen i lov om helseforetak.

Yrkesgruppene

Antall ansatte innenfor somatiske sykehus har hatt en betydelig vekst de siste 20 åra. Fra 1980 til i dag er det blitt mer enn 20 000 flere årsverk. Nesten alle yrkesgrupper har vokst, men de helsefaglige yrkesgruppene har vokst mer enn personell innenfor administrasjon, tekniske funksjoner og servicefunksjoner.

Figur 4 Utviklingen i prosentvis andel årsverk for yrkesgrupper i somatiske sykehus, 1980–2002.



Figuren er basert på tall fra Statistisk sentralbyrå over de somatiske sykehusene

Sykehusene er en attraktiv arbeidsplass for helsepersonell. Det er også legene, sykepleierne og annet helsepersonell med treårig høgskoleutdanning som har styrket sin posisjon i sykehusene. En undersøkelse i 2003 fra Norsk Gallup viser at 76 prosent av avgangsstudentene ved sykepleierutdanningen ønsker å jobbe i sykehus. Det studentene vektlegger sterkest, er muligheten for faglig utvikling. I det medisinske miljøet rangerer også sykehusene høyt som en faglig interessant arbeidsplass. Selv om det fra 1980 har vært legemangel, har det i hele perioden fram til i dag vært en økning av antall leger ved sykehusene, mens primærhelse-tjenesten i kommunene har hatt større problemer med å rekruttere.

I motsetning til for eksempel i sykehjemmene finner en få ufaglærte blant pleiepersonalet i sykehus. Sykehusets drift er avhengig av mange støttefunksjoner utenom pleie. Innen kjøkken og renhold vil en finne den største gruppa av ufaglærte.

I tabell 3 ser vi utviklingen i antall årsverk for ulike personellgrupper i somatiske sykehus fra 1980 til 2002. Den prosentvise økning er vist i parentes. Antall beregnede årsverk for 2002 avviker fra tallene i tabell 1, dette skyldes at tabell 1 viser hele den somatiske spesialisthelsetjenesten, mens tabell 3 (neste side) er begrenset til kun de somatiske sykehusene.

Tabell 3 Antall beregnede årsverk³ ved somatiske sykehus, etter personellgruppe. Prosentvis endring fra forrige måling i parentes. 1980, 1990, 2000⁴ og 2002.

Personellgruppe	1980	1990	2000	2002
Årsverk i alt	41 138	46 508 (13 %)	58 522 (26 %)	61 400 (5 %)
Leger	3 614	4 576 (27 %)	7 073 (55%)	7 306 (3 %)
Sykepleiere	11 885*	14 794 (25 %)	21 188 (43 %)	22 248 (5 %)
Hjelpepleiere	7 074	6 629 (-6 %)	5 216 (-21 %)	5 134 (-2 %)
Annet personell i pasientrettet arbeid **	1 885	689	772 (12 %)	1 011 (31 %)
Jordmødre		820	1 155 (41 %)	1 191 (3 %)
Fysioterapeuter	650	675 (4 %)	961 (42 %)	973 (1 %)
Bioingeniører	1 383	2 255 (63 %)	3 084 (37 %)	3 299 (7 %)
Radiografer	423	729 (72 %)	1 281 (76 %)	1 385 (8 %)
Ergoterapeuter	119	143 (20 %)	289 (102 %)	293 (1 %)
Vernepleiere			29	20 (-31)
Sosionomer	199	167 (-16 %)	175 (5 %)	189 (8 %)
Psykologer	60	56 (-7 %)	128 (129 %)	145 (13 %)
Annet personell	13 846	14 974 (8 %)	17 170 (15 %)	18 203 (6 %)

* For 2000 inkluderer antall årsverk for sykepleiere også årsverk for jordmødre.

** For årene 1980 og 1990 omfatter personell i pasientrettet arbeid hovedsakelig ufaglært pleiepersonell. For 2000 inkluderes også andre personellgrupper i pasientrettet arbeid her. Dette gjelder for eksempel pedagoger, audiografer, optikere.

Kilde: Specialisthelsetjenesten, Statistisk sentralbyrå

Utdanningsgruppene vokser

Medisinsk og teknologisk utvikling har skapt et stadig økende behov for spesialisert personell og nye yrkesgrupper inn i sykehusene. Helsepersonell med universitets- eller høyskoleutdanning har hatt den største veksten gjennom hele 80- og 90-tallet. Fra 1990 til 2000 økte antall årsverk for leger med nesten 2500, for sykepleierne var veksten i samme periode på i overkant av 6700. Etter sykepleierne er bioingeniørene den høyskoleutdannede yrkesgruppa med flest personell. Det er imidlertid to helsefaglige yrkesgrupper som har tapt posisjon i sykehusene i perioden, og det er først og fremst hjelpepleierne samt sosionomene.

Administrasjon, tekniske funksjoner og servicefunksjoner

Helsepersonellet er det de fleste forbinder med sykehussektoren. Like viktig for at et sykehus skal fungere, er andre grupper i pasientrettet arbeid, teknisk personell, administrasjon, renhold, kjøkken og vaskeri. Også for disse gruppene har det vært en vekst i antall årsverk, i perioden 1990–2000 en vekst på 15 prosent, men andelen av årsverk innenfor sykehusene er som tidligere vist redusert. Fra 2001 til 2002 økte antall årsverk for denne gruppa med 700 årsverk. En stor del av denne økningen skyldes nok at overgangen til statlig eierskap førte til at enkelte administrative funksjoner ble flyttet fra fylkeskommunen og ut på

³ Årsverk er antall heltidsansatte pluss deltidsansatte (omregnet til heltid) ved utgangen av året..

⁴ Private sykehus som ikke er på offentlige helseplaner er inkludert fra og med 1995. Fra 2000 er private oppførings- og rehabiliteringsinstitusjoner inkludert i statistikken.

institusjonene. Overgangen til helseforetak har ført til at det har blitt flere direktører og ledere innenfor det enkelte sykehus. Det vil være interessant å se framover om overgangen til helseforetak fører til mer administrasjon innenfor de somatiske sykehusene.

Det er innenfor gruppene drift og servicefunksjoner at en kan vente det største presset i forhold til fristilling og konkurranseutsetting. I vedtektene for helseforetakene er det kun kjernevirksomheten, definert som de medisinske tjenestene, som ikke kan privatiseres, settes ut på anbud eller skilles ut i egne foretak. Ut fra statistikken kan en ikke lese om hvorvidt det har skjedd en kompetanseheving også innenfor gruppene drift og servicefunksjoner. I takt med den generelle utdanningsøkningen i samfunnet, kan en anta at det også innenfor administrasjon og teknisk personell har skjedd en økning i antall ansatte med høyere utdanning. Det har også foregått en kompetanseheving blant ufaglærte. På 90-tallet var det stor innsats fra for eksempel Norsk Kommuneforbund for å få deres medlemmer til å ta fagbrev, blant annet ved å tildele stipend.

Legene taper posisjon til sykepleierne

Profesjonskampen har vært hard i sykehusene. I dag har mange av disse konfliktene dempet seg. En generell trend er at legene har svekket sin sterke kontroll over sykehusene. Sykepleierne, som tidligere i større grad var underlagt legenes beslutninger, har siden 70-tallet vunnet mer og mer autonomi og innflytelse. Fra 60-tallet har sykepleierne arbeidet målrettet med å profesjonalisere sykepleiefaget og vitenskapeliggjøre sykepleien. I 1960 ble sykepleierutdanningen treårig og med statlig finansiering, og i dag er sykepleievitenskap etablert som eget fag på universitetsnivå. Dette har vært med på å etablere sykepleie som et eget selvstendig fag. I 1972 ledet en aksjonsgruppe innenfor NSF i strid med ledelsen i eget forbund, ulovlige arbeidsnedleggelse for høyere lønn og bedre betingelser. Konflikten ble dømt tariffstridig i Arbeidsretten, men regjeringen inngikk parallelt forlik med sykepleierne ved å love å legge fram en stortingsmelding om sykepleiersaken. Streiken var starten på en offensiv profesjonskamp for sykepleierne. I stor grad har sykepleierne etablert yrkesmonopol innenfor pleie i de somatiske sykehusene, og de har i økende grad inntatt lederstillinger i helsevesenet.

Sykepleiernes egen posisjon er styrket ved at de har klart å befeste sykepleie som en egen profesjon, og etablert et skille mellom sykepleie og medisin. Fra 1970-tallet har sykehusavdelingene hatt todelt ledelse, med en avdelingsoverlege og en avdelingssykepleier på samme nivå. I lov om spesialisthelsetjeneste fra 1999 ble bestemmelsen om den todelte ledelsen av sykehusavdelinger fjernet, og erstattes med en endelt ledelse. Sykepleiernes argumenter for hvilken kompetanse som er nødvendig for ledelse i sykehus, vant fram. I den nye loven stilles det ikke krav om medisinsk kompetanse, bare helsefaglig utdanning, i tillegg til lederkompetanse og ledererfaring.

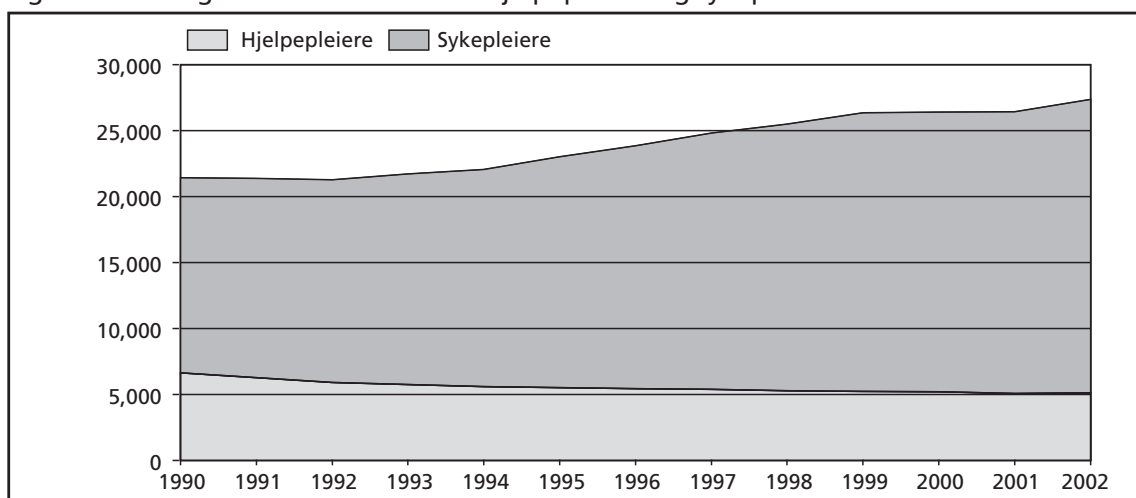
Hjelpepleierne skyves ut av sykehusene

Vinteren 1982 startet hjelpepleierne den første streiken i norsk sykehusvesen som ikke umiddelbart ble stoppet med tvungen lønnsnemnd. Staten (statssykehusene) ville lønne hjelpepleierne og ufaglærte likt. Streiken ble støttet av både lægeföreningen og

sykepleierforbundet. Da konflikten fortsatt ikke var løst etter tre uker, vedtok regjeringen tvungen lønnsnemnd. Selv om hjelpepleierne er en mye mindre gruppe innenfor sykehusvesenet enn sykepleierne, klarte også de på samme måte som sykepleierne gjorde i den ulovlige konflikten i 1972, å vise gjennom å streike at de kunne ramme institusjonshelsevesenet ganske kraftig.

De siste ti åra har hjelpepleierne fått svekket sin posisjon i sykehusene. De er den eneste yrkesgruppa innenfor sykehusene som har mistet stillinger gjennom hele 90-tallet.

Figur 5 Utviklingen i antall årsverk for hjelpepleiere og sykepleiere 1990–2002



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Hjelpepleierne hevder at de er blitt presset ut av sykehusene av sykepleierne. Samtidig med at det har vært sykepleiermangel, har hjelpepleierstillinger blitt gjort om til sykepleierstillinger. Det ser ut til at hjelpepleierne er blitt skviset i Norsk Sykepleierforbunds profesjonskamp. På landsmøtet til Norsk Sykepleierforbund i 1989 vedtok de et program hvor de gikk inn for å dele helse- og sosialfeltet mer konsekvent mellom sykepleiere og hjelpepleiere. Sykepleierne skulle av faglige grunner ha kontrollen og ansvaret for pleien i sykehuset. Det såkalte Loen-vedtaket førte til et anspent forhold mellom hjelpepleierne og sykepleierne. Fram til Loen-vedtaket hadde NSF akseptert hjelpepleiernes tilstedeværelse i sykehusene, men hjelpepleierne skulle være assistenter under sykepleierne og kun utføre enkle pleieoppgaver. Noen mener den harde konflikten mellom sykepleierne og hjelpepleierne har bidratt til sykepleiermangelen de siste 20 åra.

Ansatte med utenlandsk bakgrunn

Lege- og sykepleiermangel har ført til stor grad av rekruttering fra utlandet. I 1995 var det 367 utenlandske leger i Norge, i 1999 var det 819. I all hovedsak rekrutteres de utenlandske legene fra Sverige og Danmark, samt fra Tyskland. De utenlandske sykepleierne er i all hovedsak fra våre nordiske naboland, Sverige, Danmark og Finland. De siste åra har det kommet en del polske sykepleiere, og dette har medført at representanter for NSF har vært ute og advart. Striden går på at det ikke lenger stilles krav om norskestet for autorisasjon av helsepersonell i Norge. Behovet for rekruttering av leger og sykepleiere fra utlandet vil mest sannsynlig avta i løpet av få år, dersom mangelen på leger og sykepleiere forsvinner.

Vi finner også ansatte med etnisk minoritetsbakgrunn innenfor hjelpetjenestene. Ni av ti ansatte i renholdsstaben ved Ullevål sykehus har minoritetsbakgrunn. Ti til femten prosent av de ansatte innenfor renhold, vaskeri og sentralkjøkken er etniske minoriteter.

Tariffpolitikk og avtaler

«Velkommen til privat sektor,» sa konsernsjef i Telenor, Tormod Hermansen, da lederne i helseforetakene var samlet til sin første tariffkonferanse i regi av NAVO. Hermansen sa videre i sin innledning til lederne i de nye helseforetakene at det nå var viktig å finne de riktige organisasjonsformene, og forme avtaleverket slik at det gir fleksibilitet og større rom for desentralisert lønnsdannelse.

Arbeidsgivermotpart

Ved de fylkeskommunale sykehusene hadde arbeidstakerne KS som forhandlingsmotpart, bortsett fra i Oslo, hvor Oslo kommune har vært forhandlingsmotpart. Arbeidstakerne ved de statlige sykehusene hadde Arbeids- og administrasjonsdepartementet som arbeidsgivermotpart. Da høringsnotatet om statlig overtakelse av sykehusene ble lagt fram, var arbeidsgivertilknytningen uavklart. Det ble foreslått at foretakene skulle ha felles arbeidsgivertilknytning, men ikke hvilken arbeidsgiverorganisasjon de skulle tilknyttes. Det viktigste for LO var å samle alle helseforetakene i én arbeidsgiverorganisasjon for å ha en felles arbeidsgivermotpart. NKF gikk lenger enn LO i sin høringsuttalelse, og ønsket at det skulle opprettes en egen arbeidsgiverorganisasjon for denne sektoren. Som kjent endte det med at de nye helseforetakene ble meldt inn i arbeidsgiverorganisasjonen NAVO.

Egne hovedtariffavtaler for hver hovedsammenslutning

I KS var det en felles hovedtariffavtale for alle forbund. Det betydde at alle organisasjonene forhandlet innenfor en felles ramme, hvor for eksempel Norsk Kommuneforbund også hadde innflytelse på legenes lønnspress. Systemet gjorde det lettere å få til prioritering av lavlønnsgrupper innenfor sektoren under ett. Den muligheten er nå borte. I dagens system inngår

NAVO en tariffavtale med hver enkelt hovedsammenslutning. Det betyr at det kan være vidt forskjellige avtaler mellom de enkelte yrkesgruppene, i tillegg til variasjoner på forbunds- og foretaksnivå. I oppgjøret i 2002 inngikk UHO en produktivitetsavtale for sykepleierne,⁵ og LO Stat hadde ingen mulighet til å blokkere dette.

Splittet syn på lokale avtaler

Fagforbundet er prinsipielle motstandere av lokale forhandlinger. Også FO ønsker mest mulig sentrale forhandlinger. Utenfor LO er dette bildet annerledes. UHO med NSF i spissen ønsker i hovedsak sentrale forhandlinger. Akademikerne, men ikke lægeforeningen⁶, og Sammenslutningen av akademikerorganisasjoner i NAVO (SAN) ønsker derimot mest mulig lokale forhandlinger. Dette kan ha sammenheng med en opplevelse av markedsmakt lokalt, og troen på å kunne oppnå gode resultater for sine medlemmer direkte overfor lokal arbeidsgiver.

Sykepleierstreik for harmonisering av lønnsnivå

NSF var offensive i sine lønnskrav da staten overtok sykehusene. Mens de andre forbundene godtok en videreføring av eksisterende tariffavtaler fram til de ordinære tarifforhandlingene i 2002, krevde NSF ny tariffavtale i forbindelse med overgangen. Stikk i strid med NAVOs tankegang om økt lokal lønnsdannelse, mente NSF at det statlige eierskapet også måtte medføre at alle sykepleiere kom opp på samme lønnsnivå som de sykepleierne som tidligere hadde vært ansatt i staten. I januar 2002 gikk sykepleierne ut i konflikt, som endte med tvungen lønnsnemnd. Enkelte har sett sykepleierstreiken som en av grunnen til det gode oppgjøret i de ordinære tarifforhandlingene seinere samme vår. Helse-Norge ville ikke tåle en ny streik i sykehussektoren.

Økt vektlegging av lokale forhandlinger

NAVO ønsker mer desentralisert lønnsdannelse. De vil helst ha normtette overenskomster på virksomhetsnivå. De siste åra har lokale forhandlinger økt innenfor KS-området, men i mindre omfang enn i NAVO.

I det første tariffoppgjøret etter helsereformen lyktes det ikke NAVO å gjennomføre prinsippene om mest mulig desentraliserte forhandlinger. Allerede i forhandlingsgrunnlaget var det enighet om at A-delen kunne omfatte to nivåer: En A1-del forhandlet fram av hovedsammenslutningen og NAVO, og en A2-del som ble forhandlet fram sentralt på forbundsnivå. Arbeidstakerorganisasjonene hadde fryktet NAVOs avtalesystem med vektlegging av lokal lønnsdannelse og forhandlinger på virksomhetsnivå. De klarte imidlertid å få etablert en tredelt forhandlingsordning der forbundene, i tillegg til å forhandle lokalt, fikk slippe til på nasjonalt nivå (A2-forhandlinger). Det tredelte forhandlingsystemet ble

⁵ Avtalen gikk ut på at sykepleierne hadde mulighet å bytte arbeidstid mot lønn. Avtalen er blitt lite anvendt.

⁶ Lægeforeningen var en sterk pådriver for en A2-del.

besluttet videreført for helseforetakene i hovedavtalen i 2003. Blant LO-forbundene i sektoren anses sentrale forhandlinger som en garanti for et mest mulig rettferdig lønssystem uten store forskjeller. Mange frykter store lokale variasjoner mellom helseforetakene i både lønns- og arbeidsforhold dersom en øker graden av lokale forhandlinger. Selv om sykehusene har hatt en viss grad av lokale forhandlinger tidligere, har sykehuslederne kommet inn i et nytt regime i NAVO, med mulighet for å bruke tariffforhandlingene lokalt mer aktivt for å oppnå sine mål.

Forbundsstørrelse avgjør den lokale potten

I den nye tariffavtalen blir den lokale potten fordelt forholdsmessig etter antall medlemmer. For Fagforbundet har dette betydd en større pott å fordele enn tidligere, og større mulighet for å prioritere egne medlemmer. Samtidig er det ikke lenger mulig å prioritere egne medlemmer på bekostning av andre organisasjoner eller uorganiserte. Arbeidsgiver vil alene disponere potten til de uorganiserte. Likevel kan dette åpne for at det blir viktigere å være organisert, samtidig som det blir enda viktigere å ha dyktige tillitsvalgte som de ansatte opplever gjør en god jobb lokalt. Organisasjonenes prioriteringer lokalt blir tydeligere.

Enkeltforbundene fratras muligheten til arbeidskamp alene

I NAVO er det hovedsammenslutningene som er part i tariffavtalen. For LO-forbundene er dette LO Stat. Fra oppgjørene i KS er LO-forbundene kjent med å forhandle i forhandlings sammenslutninger, men med det enkelt forbund som part i avtalen. En anbefalt avtale ble alltid behandlet i de enkelte forbund og kunne forkastes av enkeltforbund. Innenfor NAVO-systemet har forbundene mistet denne retten.

Innføringen av en A2-del med nasjonale forhandlinger mellom NAVO og forbundene, innebærer at alle forbundene i sektoren sitter ved bordet og kan fremme sine krav direkte. Muligheten til konflikt har imidlertid forbundene kun samlet, gjennom hovedsammenslutningen. Fagforbundet har akseptert denne overgangen. Fagforbundet er det desidert største forbundet innenfor sektoren, og vil ha stor gjennomslagskraft innad i LO Stat. FO er mye mindre innenfor sektoren og situasjonen for dem er derfor annerledes. Forbundet er skeptisk til LO Stats rolle og har ønsket KS-modellen, med forhandlings sammenslutning også i NAVO Helse. Dersom FO er misfornøyd med forhandlingsresultatet for sine medlemmer, er organisasjonen avhengig av å få et samlet LO Stat med seg for å kunne gå i konflikt. Noen ser dette også som et ideologisk spørsmål. De mener at det er forbundet som bærer identiteten til medlemmene, og at forbundet derfor skal være part i avtaler som angår forbundets medlemmer.

Lokale forhandlinger under fredsplikt

I den ideelle modellen i NAVO Helse skal lokale forhandlinger foregå mens det er pause i de sentrale A-delsforhandlingene. Det skal være mulig å bryte forhandlingene i alle de tre forhandlingsfasene, for så å bringe uenighet inn for mekling og eventuelt arbeidskamp. Dersom partene derimot går i mekling på nasjonalt nivå under de innledende A-dels-

forhandlinger, inntreder fredsplikt dersom meklingen lykkes. Dette betyr at lokale forhandlinger, som i 2002, vil foregå under fredsplikt.

I det første oppgjøret mellom NAVO og LO Stat ble det kun en pott på 0,5 prosent til lokale forhandlinger, men avsatt en pott på 1,5 prosent fra 1.1.2003.

Nytt lønssystem

Overgangen til NAVO medførte et nytt og forenklet lønssystem for helseforetakene. Lønnsystemet består av fem lønnsgrupper med spesifikke kompetansekrav for stillinger som inngår i den enkelte gruppe. Innplassering baserer seg på stillingens krav til utdanning, ledelsesansvar og øvrige funksjoner. Innenfor hver gruppe er det innført minstelønnsnivå.

Medlemsutvikling og organisasjonsstruktur

Mot ett dominerende forbund i sykehussektoren

Fagforbundet består av tidligere Norsk Kommuneforbund og det tidligere frittstående forbundet Norsk Helse- og Sosialforbund. Forbundet er blitt et dominerende forbund innenfor sykehussektoren med 24 083 medlemmer i spesialisthelsetjenesten. Til sammen samler det nye forbundet cirka 290 000 medlemmer, de fleste av disse ansatt innenfor kommunal sektor. Sammenslåingsprosessen startet i 1998 med en samarbeidsavtale, med tanke på sammenslåing av de to forbundene. Ett av de viktigste fundamentene i samarbeidet har vært en felles kamp mot privatisering i helse- og omsorgssektoren, samt en kamp for de lavtlønnede. En av hovedgrunnene til at NHS gikk ut av YS og ble frittstående i 2000, var at de var misfornøyde med YS sin manglende ivaretagelse av lavtlønns- og likelønnskrev. Fagforbundets tilknytning til LO skal avgjøres på landsmøtet i 2005.

NHS har hatt en stabil medlemsvekst de siste åra. I 1998 hadde NHS 50 863 medlemmer og en jevn stigning til 52 871 medlemmer i 2002. NKF hadde 241 090 medlemmer i 1998, men i motsetning til NHS mistet de medlemmer hvert år fram til 2001, hvor de hadde 230 002 medlemmer. Fra 2001 til 2002 snudde derimot pelen, og NKF har hatt en økning

Tabell 4 Fagforbundet. Omtrentlig oversikt over fordelingen av medlemmer på noen stillingsgrupper innenfor sykehussektoren.

Hjelpepleiere	8 200
Assistenter helse og sosial	3 080
Renhold	1 800
Fagarbeidere (arbeider / håndverker fag)	1 000
Drift og service	4 000
Kontor og administrasjon*	4 500
Ambulansesjåfører	400
Sykepleiere	230

* Av disse er mer enn 2500 sekretærer og nesten 700 kontorfullmektiger.

Kilde: Fagforbundet, medlemsavdelingen.

til 235 706 medlemmer (tall fra Statistisk sentralbyrå). På grunn av mangelfull inndeling på bransjenivå i medlemsstatistikkene hos forbundene, kan vi ikke gi medlemsutvikling for sykehussektoren, eller spesialisthelsetjenesten alene.

Det nye Fagforbundet organiserer bredt i sykehusene. I og med at NHS har vært et forbund for hjelpepleiere og omsorgsarbeidere, er det nye forbundet blitt sterkt innenfor pleie. Det nye Fagforbundet arbeider med å få oppdatert yrkeskodingen i medlemsarkivet. I dag er dette mangelfullt, og en stor gruppe medlemmer er ikke yrkeskodet. Tallene i tabell 4 er derfor usikre.

De gamle medlemmene til NKF er ansatt hovedsakelig innenfor administrasjon og kontor, samt service- og driftsfunksjoner. Det fantes også noen høgskolegrupper som valgte å være medlemmer, mest sannsynlig av politiske grunner. Antallet ambulansesjåfører har ifølge organisasjonsavdelingen hatt en økning fra tidligere. Dette skyldes en kampanje i forbundet siste år. Hovedutfordreren innenfor ambulansesjåfører er KFO (Kommunalansattes Fellesorganisasjon), tilsluttet YS.

Både NHS og NKF har gode erfaringer fra samarbeid med sykepleierne i NSF. Selv om NSFs profesjonskamp har rammet hjelpepleierne, har de hatt mange felles saker og stått sammen både i tariffforhandlinger og i fagligpolitiske saker.

Norsk Sykepleierforbund er det største forbundet i sykehussektoren, men det er KFO som er hovedutfordreren til Fagforbundet, med 6302 medlemmer innen spesialisthelsetjenesten. Som Fagforbundet organiserer KFO alle yrkesgrupper (vertikal organisering), men har ikke mange medlemmer innenfor de pleierelaterte yrkene. I forbindelse med NHS sitt samarbeid med NKF, var KFO offensive med hensyn til å rekruttere hjelpepleiere som ikke ønsket overgang til LO. Dette har ikke gitt resultater: NHS har ikke registrert at de har mistet noen hjelpepleiere i sammenslåingsprosessen. Vi har ikke klart å få medlemstallet til KFO i sykehussektoren brutt ned på yrkesgrupper, men forbundet organiserer bare noen få hjelpepleiere og andre i pleierelaterte yrker. KFO har en del institusjonskjøkkenarbeidere og portører, og er sterke innenfor ambulanse og merkantile yrker.

KFO har yrkesorganisasjoner som tilbyr medlemmene yrkesfaglig fellesskap innad i organisasjonen. Her gis faglig oppdatering, erfaringsutveksling og mulighet for heving av

Tabell 5 Relevante yrkesorganisasjoner i KFO

Ambulansepersonellets Yrkesorganisasjon	1251 aktive medlemmer, totalt 1397 medlemmer
Norske Medisinfaglige Teknikere	har 68 aktive medlemmer
Sykehusportørenes Yrkesorganisasjon	139 aktive medlemmer
Norsk Audiografforbund	165 aktive medlemmer. Disse yrkesforbundene organiserer i spesialisthelsetjenesten alene.
Norsk Forening for Ernæring og Dietikk	1340 aktive medlemmer, disse fordeler seg på institusjonskjøkken, storhusholdning og kantiner, men ikke innenfor sykehussektoren alene.
Norsk Helsesekretærforbund	2 511 aktive medlemmer innenfor primærhelsetjeneste, bedriftshelsetjeneste samt institusjonshelsetjeneste
Pleie- og omsorgsansatte	1858 aktive medlemmer. Vi vil likevel anta at disse medlemmene i hovedsak er innenfor kommunal pleie og omsorg, og her finner en hjemmehjelpere, vernepleiere osv.

Kilde: KFOs hjemmeside

kompetanse innenfor hvert felt. Dette er framhevet i KFOs rekrutteringsstrategi. I tabell 5 gir vi en oversikt over yrkesorganisasjoner i KFO som er aktuelle for sykehussektoren.

Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO) er det nest største LO-forbundet innenfor helseforetakene. Medlemmene finnes i hovedsak innenfor psykiatrien og i rehabiliteringsinstitusjoner. Innenfor de somatiske sykehusene har FO få medlemmer. Som vist tidligere er sosionomene en av de få gruppene av høgskoleutdannede som har mistet posisjon i sykehusene de siste åra. Fagforbundet organiserer åtte sosionomer innenfor sykehussektoren, og en kan anta at disse har valgt å gå inn der i stedet for FO for å ha en fagforeningsmessig arbeidsplassstilknytning.

EL & IT forbundet, Norsk Tjenestemannslag (NTL) og Musikernes fellesorganisasjon (MFO) har noen få medlemmer innenfor sykehusene. EL & IT organiserer de tidligere sykehuselektrikerne (53 medlemmer per i dag). NTL og MFO har under ti medlemmer. I lokale forhandlinger vil disse forbundene la seg representere av Fagforbundet dersom de ikke har mulighet til å ivareta sine medlemmers interesser.

Markering av det yrkesfaglige

Markering av det yrkesfaglige er viktig for profesjonsforbundenes suksess. I NHS var dette høyt prioritert, med tilbud om videreutdanning, faglig oppdatering i form av kurs og informasjon samt sterk ivaretagelse av yrkesidentitet. NHS spilte i tillegg en aktiv rolle for å påvirke rammene for utføring av hjelpepleieryrket, utdanning og sentrale rekrutteringsplaner. Alt dette har NHS tatt med seg inn i det nye Fagforbundet. Det nye forbundet ser også markering av det yrkesfaglige som en nøkkel for rekruttering og ivaretagelse av medlemmer. Fagforbundet tar mål av seg å øke denne innsatsen. Konkurrenten KFO har som kjent opprettet slike yrkesorganisasjoner. Behovet for faglig fellesskap og oppdatering er ikke bare beholdt profesjonsgruppene. Det nye Fagforbundet er delt inn i fire seksjoner, hvorav seksjon Helse og sosial er den største. Fagbladet, medlemsbladet for forbundet, lager egne utgaver for de enkelte områder nettopp for å kunne tilby temaer som er relevant for de ulike medlemmene.

Styrking av tilbudet lokalt

Det nye Fagforbundet har også opprettet syv kompetansesentre rundt i landet, som skal være en forlengelse av forbundssekretariatet ut til det lokale nivå, blant annet når det gjelder lov- og avtaleverk. Strukturen til de nye kompetansesentrene skal utredes fram til 2005.

Organisasjonsrett

Fagforbundet har i stor grad bevart sin rett innenfor LO-systemet til å organisere alle medlemmene i sykehussektoren også etter at sykehusene har blitt overført til staten/NAVO. Forbundet har vært tydelig på at de ikke vil gi fra seg medlemmer, men vil holde på arbeidsplassstilknytningen gjennom å organisere alle arbeidstakere i samme forbund.

LO Stat

Holdningen til LO Stat er ulik i de forskjellige forbundene innenfor NAVO Helse. FO ønsker et samarbeid mer i tråd med strukturen i KS-området, hvor forbundene er direkte part i avtalene. Fagforbundet er mer komfortabel med dagens system, hvor LO Stat representerer limet i forhandlingene. Samtidig ligger det en underliggende motsetning om hvem som skal lede forhandlingene, forbundslederen i det største forbundet eller lederen av LO Stat.

3 utfordringer fram mot 2010

Politiske flertall avgjørende for veivalg

På bakgrunn av den foreliggende beskrivelsen av utviklingen av sykehussektoren, vil vi her forsøke å se framover. Sykehusene har gradvis blitt mer og mer spesialiserte de siste åra. Alt tyder på at utviklingen vil fortsette i retning av mer høyteknologiske og spesialiserte sykehus. Sykehusene vil ivareta den direkte behandlingen, mens primærhelsetjenesten og sykehjemmene overtar rehabiliteringsansvaret.

Sykehusreformen introduserte et skille mellom eierskap og drift. Staten eier, men helseforetakene er selv ansvarlige for driften. Sykehusstrukturen er i endring, men hvor omfattende endringene blir, er avhengig av det politiske flertallet på Stortinget. I takt med foretaksstyrenes forslag om nedleggelse av lokalsykehus og fødestuer har flere og flere sentrale politikere tatt til orde for sterkere politisk styring av sykehussektoren. Det er vanskelig å forutsi hva som vil skje, men mange tegn tyder på at departement og storting kan komme til å spille en større rolle i styringen av sykehusene framover enn det sykehusreformen i utgangspunktet la opp til. Signaler kan tyde på at trenden med organisatorisk fristilling som har preget hele den vestlige verden de siste 20 år, er i ferd med å snu. Professor Norvald Veggeland viser til en OECD-rapport fra 2002, *Distributed Public Governance: Agencies, authorities and other government bodies*. Studien omfatter ni land, av dem seks vesteuropeiske. Han oversetter konklusjonen i rapporten slik:

«Regjeringene har oppdaget at å styre de uavhengige institusjonene på avstand og i en svak politisk posisjon har skapt en rekke spesielle problemer, knyttet til folks tillit, demokrati og politisk kontroll. Politiske prosesser er derfor satt i gang for å forbedre innsynet i de offentlige tjenesteforetakene, og for å oppnå bedre kontroll og koordinering».

Veggeland poengterer at organisatorisk fristilling innenfor tjenesteyting ikke lenger ses som et fornyelsestiltak, men at tilbakeføring til tradisjonell forvaltning er blitt mer aktuelt (innlegg i Aftenposten nett 29.07.03).

Trendene som identifiseres i OECD-rapporten kan en gjenkjenne i uttalelser fra politikere her hjemme. AP, som var initiativtaker til helseforetakene, tar nå til orde for mer politisk kontroll. Selv om AP fortsatt støtter reformen, så signaliserer de nå at en må være åpen for justering av forhold som ikke fungerer godt nok (Stoltenberg 2003). I et leserinnlegg i Rana Blad desember 2003 understreker APs helsepolitiske talsmann, Bjarne Håkon Hansen, at en forutsetning for sykehusreformen var at sykehusstrukturen skal være underlagt politisk styring. Han sier:

«Vi vil ikke akseptere at helseforetak legger ned lokalsykehus eller vedtar store endringer i fødetilbud uten at sakene har fått en grundig politisk behandling.»

Da SV foreslo å innføre en nasjonal helseplan våren 2003, stemte AP imot, men seinere samme år ba finanspolitisk talskvinne i AP, Hill Marta Solberg, om at det ble lagt fram for Stortinget en melding om større strukturendringer i helseforetakene.

Det er også det politiske flertall som vil avgjøre hvorvidt vi vil få enda flere private sykehus. Under den borgerlige regjeringen har flere private sykehus fått godkjenning, og departementet har tydeliggjort for helseforetakene at disse skal inngå som leverandører av helse-tjenester.

Dagens finansieringsmodell for sykehusene vil med all sannsynlighet bli videreført framover. Stortinget har likevel gitt et kraftig signal ved å redusere ISF-andelen til 40 prosent, og gjennom statsbudsjettet for 2004 øke bevilgningene til sykehusene samt utsette kravet om at sykehusene skal gå i balanse til 2005.

Selv om politikernes engasjement kan føre til opprettholdelse av noen lokalsykehus og fødestuer, tyder alt på at det vil komme et sterkt press i retning av strengere funksjonsfordeling innad i regionene. Dette gjelder også utskilling i egne datterselskaper eller konkurranseutsetting som kan ramme kjøkken, renhold og andre driftsoppgaver.

Trenden de siste ti åra viser at i de høyspesialiserte sykehusene vil det være lite rom for ufaglært personell. Utdanningsgruppene vil befeste og styrke sin posisjon. Innen få år kan sykepleiemangelen være historie, og alle tegn tyder på at NSF vil jobbe for yrkesmonopol innenfor pleie i sykehusene. Hjelpepleierne vil måtte arbeide hardt for å beholde sin posisjon innenfor pleie i sykehusene, men det kan tenkes at dette kan bli snudd. Det er ikke gitt at NAVO vil akseptere sykepleiernes etablering av yrkesmonopol, og lægeforeningen kan for eksempel bli en alliert for å hindre dette.

Også innenfor administrasjon og tekniske driftsoppgaver vil utdanningsgruppene fortsette å styrke sin posisjon. Dette er imidlertid ikke profesjonsgrupper, og mange av dem vil trenge et godt organisasjonstilbud. Innenfor kjøkken, renhold og andre driftsoppgaver vil en fortsatt finne en stor andel ufaglærte, og disse funksjonene vil være mest utsatt for konkurranseutsetting og utskilling i egne datterforetak.

Foretaksorganiseringen innebærer at resultatansvaret er lagt til det enkelte helseforetaks styre og ledelse. Sykehusledelsen får følgelig større myndighet og mulighet for styring. I tråd med NAVOs intensjoner vil en sannsynligvis se en større bruk av tariffsystemet for måloppnåelse i sykehusene, for eksempel lokale produktivitetsavtaler, premiering av visse typer aktivitet og stimulering til personalmobilitet. Til tross for et tredelt forhandlingsystem med stor grad av sentrale forhandlinger innenfor NAVO Helse, vil en også her oppleve stadig større grad av lokale forhandlinger.

Fagligpolitiske utfordringer for LO

Kamp for politisk styring og offensiv for et bedre helsevesen

Fagbevegelsens aktive rolle for å synliggjøre svakheter innefor sykehusreformen har gitt resultater. Styrene skal fra 2004 åpnes for offentligheten, strukturendringene innenfor sykehussektoren er blitt et politisk tema, og flere sentrale politikere etterlyser større grad av politisk styring av sykehusene. For fagbevegelsen er det viktig å handle ut fra en

virkelighetsbeskrivelse som medlemmene og arbeidstakere i bransjen generelt kjenner seg igjen i. Deler av fagbevegelsen har framstilt dagens foretaksmodell som rein markedsstyring. Beskrivelsen over viser at selv om sykehusreformen og den generelle utviklingen har klare markedstrekk, så er det ikke rein markedsstyring. Sykehusene er statlig eide, med Stortinget og Departementet som øverste myndighet, og finansieringsordningene gir ikke full markedstilpasning.

Mange av premissene for utviklingen av sykehussektoren legges i styrene. Bortsett fra ansatterepresentantene er styremedlemmene eieroppnevnte. Til nå har styremedlemmene i stor grad vært hentet fra næringslivet. En utfordring for LO kan være å presse på for en annenledes styresammensetning, og større grad av regionalpolitisk representasjon i styrene. Samtidig vil det være viktig å anerkjenne den viktige rollen til ansatterepresentantene og etablere tilstrekkelig nettverk og støtteapparat for disse.

Fagbevegelsen må foreta en avveining av hvorvidt de tror det er mulig å avvikle dagens foretaksmodell eller hvorvidt de skal satse på sterkere demokratisering og politisk styring innenfor dagens modell. APs holdning vil være avgjørende for utviklingen framover, og signalene derfra tyder på et fortsatt forsvar av foretaksmodellen, men med større åpenhet for justeringer i modellen.

Mange av LOs medlemmer er i en utsatt posisjon innenfor de framtidige sykehusene. Hjelpepleierne og store grupper innenfor administrasjon og drift vil sannsynligvis oppleve et sterkt effektiviseringspress. For LO-forbundene i bransjen vil det være en utfordring å synliggjøre disse gruppernes plass innenfor effektive og kvalitativt gode sykehus. For eksempel vil en større bruk av hjelpepleiere innen pleiefunksjoner kunne frigjøre mer tid for sykepleierne til å drive sykepleie. Samtidig vil LO kunne finne mange alliansepartnere utenfor fagbevegelsen for bevaring av driftsfunksjoner i sykehusene, for eksempel kan bevaring av it-enheter ved alle sykehus forsvares faglig innenfor en høyteknologisk helsetjeneste.

Organisatoriske utfordringer for LO

Organisasjonsrett

En stor utfordring framover er organisasjonsretten i forhold til medlemmer i enheter som står i fare for å bli skilt ut eller privatisert. Arbeidsplasstilknytningen kan her komme i konflikt med bransje- og arbeidsgiverorganisering. Avklaring av grensekonflikter i LO vil være en viktig dimensjon for Fagforbundets avklaring av forholdet til LO på kongressen i 2005.

Yrkesidentitet

Den nye Helse- og sosialseksjonen i Fagforbundet er opptatt av å kunne gi et tilbud til alle yrkesgruppene innen området. Målet er å gi de enkelte medlemmer et mest mulig skreddersydd opplegg ut fra deres arbeidssituasjon. Yrkesfaglig utvikling og oppdatering er viktig for arbeidstakere, og mye av nøkkelen til profesjonsforbundenes suksess. Dette er tilbud som kan gjøre det mulig å rekruttere utdanningsgruppene.

Lokal og regional styrke blir viktigere

Den regionale organiseringen av helseforetakene gir noen utfordringer i forhold til organisering av fagbevegelsen. Viktige beslutninger både for ansatte og befolkningen for øvrig tas nå i stor grad på virksomhets- og regionalt nivå, dette betyr at organisasjonene bør styrke disse leddene. Ansatterepresentantene i de regionale styrene behøver et regionalt nettverk og støtteapparat. Styrerepresentantene kan komme i situasjoner hvor de er med på vedtak som er i regionens interesse, men som får store konsekvenser for ansatte i et av helseforetakene.

Styrerepresentasjon i de regionale helseforetakene, men også i forhandlinger på virksomhetsnivå, krever samarbeid mellom forbundene innen LO Stat. Det er en utfordring å skape en regional organisasjonsstruktur som dekker behovet for kontakt mellom forbundene innen hovedsammenslutningen samtidig som de enkelte forbunds identitet bevares.

En intensjon med sykehusreformen var å styrke ledelsesautoriteten i sykehusene. Denne myndiggjøringen av sykehusledelsen fordrer at organisasjonene har sterke lokale avdelinger som har styrke til å ivareta de ansattes interesser. Det er også nødvendig med en strategi for sikring av de ansattes medbestemmelse. Dette betyr blant annet å arbeide for at tillitsvalgte får saker såpass tidlig at de har mulighet til reell innflytelse, samt at de får representasjon i prosjektgrupper og utvalg.

Innenfor de enkelte regioner vil styrerepresentanter og tillitsvalgte lokalt ha behov for oppfølging, fagligpolitisk, men også i forhandlinger. Lokal styrke og dyktige tillitsvalgte vil bli stadig viktigere for rekruttering av medlemmer. En utfordring for LO er å styrke de lokale ledd tilstrekkelig til å kunne gi den nødvendige oppfølging.

KFO den største utfordrer

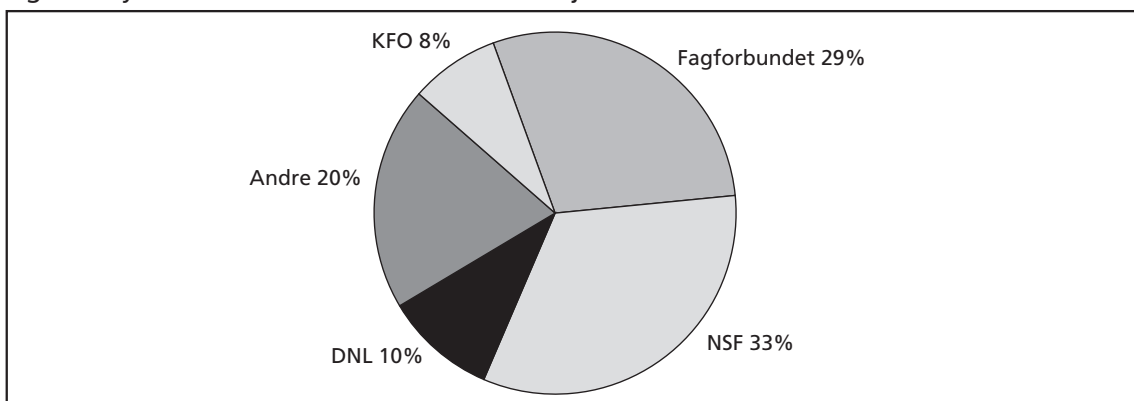
KFO er det eneste forbundet som rekrutterer de samme yrkesgruppene som Fagforbundet, og det bør stilles spørsmål om hvorfor konkurranse ser ut til å være eneste framtid for disse meget like forbundene.

Etter sammenslåingen er Fagforbundet blitt en gigant, men styrken må synliggjøres gjennom dyktige lokale ledd og tillitsvalgte. KFOs vektlegging av det yrkesfaglige må trolig oppveies for at Fagforbundet skal være et alternativ for enkelte. Med økt myndiggjøring av sykehusledelse vil lokale tillitsvalgte og fagforening bli enda viktigere i medlemmenes daglige arbeidssituasjon. Samtidig er det avgjørende at Fagforbundet og LO velger å profilere/markere seg i forhold til de fagligpolitiske utfordringene lokalt. For FO er det ingen reelle utfordrere i sektoren.

Alliansemuligheter

Sykepleierne kan synes å være en tapt gruppe for det nye Fagforbundet. NSF har befestet sin posisjon i profesjonen, ikke minst gjennom den nye hovedsammenslutningen UHO. Dersom en skal vurdere alliansemuligheter for Fagforbundet, vil NSF framstå som det mest åpenbare alternativet. Styrken i en eventuell allianse mellom NSF og Fagforbundet er illustrert i figur 6. Den viser hvor stor tyngde en kan legge bak, dersom de to forbundene står sammen i felles saker innefor sykehussektoren.

Figur 6 Styrkeforhold mellom forbund i bransjen



De to hovedsammenslutningene LO Stat og UHO, som organiserer Fagforbundet og NSF er blitt helt dominerende innenfor NAVO Helse. På mange områder vil nok en allianse mellom NSF og Fagforbundet gi gevinst for begge parter, men det er verdt å spørre om det er denne alliansen som tjener Fagforbundets medlemsgrupper best. Det er meget sannsynlig at NAVO som arbeidsgiver ikke er interessert i å la sykepleierne etablere yrkesmonopol innenfor pleie, og at Fagforbundet gjennom inngåelse av allianse med for eksempel lægeforeningen kan skape et større rom for hjelpepleierne i sykehusene. NKF har gode erfaringer fra taktisk samarbeid med lægeforeningen på 1990-tallet. Lægeforeningen har også tidligere støttet hjelpepleierne i deres kamp for å bevare posisjon i sykehusene. En allianse med lægeforeningen kan kanskje bidra til å hindre sykepleiernes etablering av yrkesmonopol innenfor pleie. Samtidig kan en tenke seg at Fagforbundet gjennom å føre en mindre rigid lønnspolitikk enn NSF kan gjøre seg mer attraktiv for arbeidsgiver, og på den måten kan skape større rom for sine medlemsgrupper.

Tariffpolitiske utfordringer

LO Stat

I sykehussektoren vil det være en utfordring for LO å finne balansen mellom å representere de lavtlønnede, de med fagutdanning på nivå med videregående skole, samtidig som en ivaretar utdanningsgruppens interesser. Det ligger en potensiell konflikt mellom for eksempel Fagforbundets lavtlønnsatsing og samtidig skulle skape rom for prioritering av utdanningsgruppene som er organisert i LO. Et kartellsamarbeid mellom Fagforbundet, som det dominerende forbundet, og FO, som minoritet, gir store utfordringer når det gjelder å klare å representere alle gruppene.

For forbundene innenfor LO Stat er det en viktig problemstilling om kartellet skal ha myndighet alene eller være en representant for forbundene i kartellet.

Lokal lønnsdannelse

LO-forbundene i sektoren er samstemte på at de vil kjempe for størst mulig grad av sentrale forhandlinger. Likevel har sykehusene fått større grad av lokale forhandlinger, og sykehusledelsen har fått større myndighet til å bruke tariffforhandlingene til å nå mål på virksomhetsnivå. Dette krever prioritering av oppfølging av lokale tillitsvalgte. Det krever en strategi for å hindre at sykehuspersonell blir brikker i et spill der arbeidsgivere i stor grad styrer lønns- og arbeidsforhold.

Viktige krav i bransjen

På bakgrunn av bransjebeskrivelsen utkrystalliserer det seg tre temaer som vil bli viktige forhandlingstemaer framover.

- Deltidsproblematikken og spesielt den store andelen ufrivillig deltid. Muligheten for å etablere fortrinnsrett til heltid for ansatte ved utlysning av stillinger.
- Opprettholdelse og sikring av pensjonsrettigheter.
- Lavtlønnsprioritering versus innhenting av etterslep blant LOs utdanningsgrupper.

Litteratur

- Dahle, Rannveig og Marianne Iversen (2001) «Relasjonene mellom sykepleiere og hjelpepleiere.» *Tidsskrift for velferdsforskning*, vol 4
- Eilertsen, Roar (2003) *Når sykehus blir butikk. Om etableringen av et sykehusmarked i Norge.* De Facto
- Fagforbundets sykehussider med videreføring av NKF's elektroniske sykehusnettverk: <http://www.nkf.no/Sykehus/index.html>
- Heiret, Jan, Olav Korsnes, Knut Vennesland og Øyvind Bjørnson (2003) *Arbeidsliv, historie, samfunn. Norske arbeidslivsrelasjoner i historisk, sosiologisk og arbeidsrettslig perspektiv.* Fagbokforlaget.
- Helsedepartementet (2003) *Styringsdokument 2003 for de Regionale Helseforetakene*
- Helsedepartementet (2003) *Styringsdokument – vedtak og dokumenter om helsepolitikken innhold*
- Mundal, Anne (2002) «Personell ved somatiske sykehus: Sterk vekst og økt kompetanse.» *Sosialt Utsyn: Helse- og omsorgstjenester*, nr. 56. Oslo: Statistisk sentralbyrå
- Norsk Kommuneforbund (2000) *Tilknytningsformer for offentlige sykehus*
- NOU (1999:15) *Hvor nært skal det være? Tilknytningsformer for offentlige sykehus*
- NOU (2003:1) *Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten*
- Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) *Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven)*
- Ot.prp. nr. 63 (2002–2003) *Om endringer i lov om 2. juli 1999 nr. 63 om Pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.*
- Schiøtz, Aina, red. (2003) *Det offentlige helsevesen i Norge.* Universitetsforlaget.
- SINTEF Unimed (2001) Samdata sykehus
- Sosial- og helsedepartementets sykehussider på internett om sykehusreformen: <http://www.dep.no/shd/sykehusreformen>
- Stokke, Torgeir Aarvaag (2003) «Arbeidstakermakt på vandring i NAVO.» *Orienterer*, 3
- Vareide, Per Kristian (2001) *Sykehusreformen – Et hamskifte i styringen av helsetjenestene.* SINTEF Unimed
- Veggeland, Norvald (2003) «Tjenester på anbud.» *Kronikk i Aftenposten* 29.07.

Fra forvaltning til helseforetak



Borggata 2B/Postboks 2947 Tøyen
N-0608 Oslo
www.fafo.no

Fafo-notat 2004:12
ISSN 0804-5135