

# Forhandlinger der forandrer – Regionernes tredje vej ved OK 2013

Signe Friberg Nielsen, forhandlingsdirektør, Danske Regioner,  
SIF@regioner.dk

Op til og under overenskomstforhandlingerne i 2013 valgte Danske Regioner i samarbejde med Foreningen af Speciallæger at gå en ny vej for at ændre speciallægeoverenskomsten. Baggrunden var et ønske om, at reglerne i højere grad afspejle udviklingen i sundhedsvæsenet, herunder nye behov i forhold til arbejdstilrettelæggelsen som følge af udviklingen. Efter flere overenskomstrunder præget af træghed var håbet, at en ny forhandlingstilgang, hvor der var fokus på at integrere parternes interesser i fælles løsninger, kunne skabe et tiltrængt gennembrud i forhandlingerne. Det efterfølgende forhandlingsresultat var positivt. Der blev bl.a. aftalt markant ændrede arbejdstidsregler kombineret med øget indflydelse på arbejdet for speciallægerne. Forhandlingerne på speciallægeområdet illustrerer formålet med aftalesystemet, nemlig at parterne sammen finder nødvendige løsninger på de store velfærdsudfordringer. Det betyder, at systemets fortsatte berettigelse hviler på, at parterne kontinuerligt tager ansvar for at gennemføre forandringer i overenskomsterne, så reglerne i højere grad følger med udviklingen i den offentlige sektor.

## Aftalesystemet skal levere svar på velfærdsudfordringer

Det danske aftalesystems berettigelse skal findes i dets evne til at bidrage til løsninger på velfærdssamfundets udfordringer. Derfor mister systemet legitimitet, når det ikke kan levere nødvendige forandringer, som understøtter udviklingen i samfundet. Sundhedsvæsenet er et område, der i særlig grad har været præget af store forandringer gennem

de sidste mange år – og fortsat er det. Forandringerne er bl.a. drevet af teknologiske og medicinske fremskridt og ændringer i demografien, som betyder flere ældre og ændrede sygdomsmønstre i befolkningen. Dette har stillet krav om en væsentligt øget produktivitet i sundhedsvæsenet og ændringer i de opgaver, som udføres i sektoren (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse et al., 2015; Danske Regioner et al., 2013). Et eksempel er IT, som i dag er et lige så vigtigt redskab til at skabe kvalitet i patientbehandlingen, som eksempelvis medicin. Samtidig er der et øget politisk fokus på patienternes behov, og kombineret med den øvrige udvikling betyder det, at der i disse år ændres fundamentalt ved organiseringen i sundhedsvæsenet. Et eksempel er de omfattende sygehusbyggerier, hvor afdelinger samles på større enheder eller udviklingen hen imod en organisering på tværs af de medicinske specialer på hospitalsafdelinger, der skal lette patienternes vej gennem systemet.

Disse forandringer er afhængige af, at arbejdsmarkedets parter kan blive enige om at udvikle og ændre de aftalte rammer, så de følger og understøtter udviklingstendenserne – frem for at hindre dem. Det kan konkret være muligheden for at tilrettelægge arbejdet, så det sker på patientens præmisser, for

eksempel ved at muliggøre operationer i de tidsrum, hvor patienten har fri. Det kan også være et øget behov for mobilitet hos medarbejderne, når afdelinger samles.

### **Behov for et opgør med status quo**

Behovet for forandring er et ikke en ny erkendelse. Tværtimod er det noget, vi i regionerne har været opmærksomme på i snart mange år. Men vi har også ved flere overenskomstforhandlinger kunnet konstatere, at der er problemer med at få overenskomsterne til at følge med og understøtte den ønskede faglige såvel som organisatoriske udvikling. Dermed har vores frustrationer på mange måder været de samme, som vi har set i andre dele af den offentlige sektor.

Særligt på lægeområdet oplevede vi et behov for nytænkning i aftalerne, så de i højere grad understøttede kvalitet og hensigtsmæssige patientforløb. Konkret kunne vi se, at mange akutte patienter blev indlagt på hospitalerne i aftentimerne og i weekenden, mens særligt speciallægerne primært arbejdede i dagtimerne på hverdage, og derfor ønskede vi bedre muligheder for at tilbyde specialistkompetencer også uden for dette tidsrum.

Over en årrække blev det dog mere og mere tydeligt, at vi var kørt fast i forhandlingerne med Foreningen af Speciallæger (FAS). Lidt firkantet sagt bar overenskomstforhandlingerne i 2008 (OK 2008) og 2011 (OK 2011) præg af laveste fællesnævner forstået på den måde, at vi landede der, hvor begge parter interesser blev tilgodeset i mindst muligt omfang. Det betød, at forhandlingerne hverken medførte øget tilfredshed hos de to parter eller tiltrængt forandring i et nævneværdigt omfang.

Ved OK 2011 var stemningen ved forhandlingerne med FAS i stigende grad præget af frustration – sådan set på begge sider af bordet. Hos os begyndte vi så småt at overveje de traditionelle midler til at sætte hårdt mod

hårdt. Således stod vi på mange måder ved en skillevej.

Vi kunne fortsætte ud af den samme vej, som vi kom fra, men det var en vej, der syntes at gå i ring. Vi kunne også gå den mere uforsønlige vej, som vi var begyndt at se konturerne af. I stedet blev vi sammen med FAS enige om en tredje vej, som vi ikke tidligere havde prøvet, og som betød, at vi fundamentalt måtte gribe tingene anderledes an.

### **Den tredje vej: En ny forhandlingstilgang**

I Danske Regioner havde vi gennem noget tid kigget på erfaringer i udlandet, og vi var interesserede i at afprøve alternativer til de almindelige fordelingsforhandlinger. Vi var særligt inspirerede af Program on Negotiation på Harvard Law School, og især en ny forhandlingstilgang, som havde fokus på at finde løsninger gennem *integration* af parternes forskellige interesser. Formålet med sådanne forhandlinger er at skabe en større fælles værdi end den værdi, den ene parts interesser vil skabe, hvis de tilgodeses fuldt ud. I denne type forhandlinger går man derfor efter at udvide lagkagen – ikke bare fordele den mere eller mindre ligeligt mellem parterne.

Denne type forhandlinger kan bedst beskrives som fælles problemløsningsprocesser, hvor parterne sammen identificerer løsninger på fælles problemstillinger. Derfor er det heller ikke forhandlinger, hvor der bagefter kan udråbes en vinder og en taber. Forhandlingen skal i stedet gerne munde ud i, at begge parter kan se det fornuftige i det fælles resultat.

Det var med det udgangspunkt, at vi umiddelbart efter OK 2011 sammen med FAS gik i gang med at forberede grundlaget for forhandlingerne i 2013.

### **Forhandlingen i praksis**

I første omgang var vi fokuserede på i fællesskab at afdække vores forskellige interesser og syn på problemstillinger i de daværende

regler. Herefter så vi på, hvor der var overlap i vores synspunkter med det formål at finde fælles løsninger. Nøgleordene i denne proces var åbenhed, tillid og samarbejde. Vi var på begge sider af bordet interesserede i at skabe et rum, hvor vi kunne tale med hinanden om udfordringer og perspektiver – uden risiko for, at nogen af parterne senere kunne blive hængt op på det, der blev sagt. Derfor var det også en forudsætning, at vi var enige om, at vi ikke påbegyndte de egentlige forhandlinger, før OK 2013 officielt gik i gang.

Til at hjælpe os havde vi i forløbet frem mod forhandlingerne tilknyttet en ekstern facilitator, som guidede os og fastholdt os på den nye vej, når der var behov for det. Sammen med facilitatoren fik vi udarbejdet et fælles grundlag for forhandlingerne, som beskrev, dels hvordan vi ville forhandle med hinanden, dels hvad vi ville forhandle om. Vi opstillede bl.a. principper for selve forhandlingsprocessen, de data, der blev lagt til grund for den, og parternes interne og eksterne kommunikation om forhandlingerne. Forhandlingerne mundede ud i en aftale, hvor lægernes arbejdstid blev ændret, så patienterne nu i højere grad kan blive tilset af speciallæger i aftentimerne, samtidig med at lægernes indflydelse på deres eget arbejde blev øget. Det er et forhandlingsresultat, som begge parter efterfølgende har udtrykt tilfredshed med.

Ved overenskomstforhandlingerne i 2015 (OK 2015) fortsatte vi den nye tilgang til forhandlingerne, og også i denne omgang bidrog forhandlingerne til, at der blev taget positive – og nødvendige – fælles skridt, særligt sammen med Yngre Læger. De gode erfaringer betyder, at vi nu i flere sammenhænge prøver at nytænke vores forhandlinger. Ikke efter den samme skabelon hver gang, men ved at se på den enkelte forhandlingssituation og fra gang til gang vurdere, hvordan processen kan tilrettelægges for at parterne i fællesskab kan nå til det bedst mulige resultat. Det kræver, at

vi som parter er indstillet på at forny os selv og de værktøjer, vi bruger i forhandlingerne.

Den ændrede tilgang har medført, at vi på flere områder, hvor vi før har haft lidt eller ingen dialog, kan tale om de problemstillinger, som vi hver især oplever – og også i højere grad samles om fælles løsninger. Der er dog også tale om en ressourcekrævende proces med mange sten på vejen, og det er vores erfaring, at flere forudsætninger skal være opfyldt, for at det lykkes.

### **Forudsætninger for en vellykket forhandlingsproces**

I de situationer, hvor vi har haft succes med en ny tilgang til forhandlingerne, har der været en brændende platform, hvor begge parter har kunnet se et behov for forandring. Herefter er der i tæt samarbejde foretaget en tilbunds gående afdækning af både problemstillingen og parternes interesser i enighed om, at denne proces ikke kan anvendes negativt i de efterfølgende forhandlinger. Det er vores erfaring, at der skal afsættes god tid til dette forarbejde, og at det er vigtigt, at begge parter tillægger forberedelsen af forhandlingerne lige så stor betydning som selve forhandlingerne.

Det er på mange måder en skrøbelig proces, som kræver, at parterne har tillid til hinanden og gør sig umage med ikke at bryde den tillid. Det indebærer også, at der under forhandlingerne skal være respekt for et nej på begge sider af bordet, og at begge parter skal være indstillet på at nå et resultat, som alle er tilfredse med.

Til at holde processen på rette spor har vi efterhånden opnået god erfaring med at bruge neutrale facilitatorer til at lede os igennem forberedelsesfasen og i nogle tilfælde også de konkrete forhandlinger. Det er afgørende, at begge parter har tillid til facilitatoren, og derfor er det vigtigt at vælge en facilitator,

som forstår sin rolle og kender de parter, der sidder over for hinanden.

Den nye forhandlingstilgang har også forudsat, at vi som arbejdsgivere har måttet se på vores egen tilgang til forhandlingerne. I stedet for som hidtil først og fremmest at indtage klassiske arbejdsgiversynspunkter har vi i højere grad taget udgangspunkt i behovet for høj faglig kvalitet og patienternes behov i vores argumentation og ønsker til forhandlingerne. Områder, hvor vi i langt højere grad kan mødes om fælles interesser og løsninger med de faglige organisationer.

### **Er aftalesystemet truet?**

I diskussionen om, hvorvidt modellen er udfordret eller direkte truet er vores afsæt et andet. Det er parternes opgave at udvikle aftalesystemet, så det fortsat leverer løsninger og dermed også fortsat har en berettigelse. Den egentlige trussel mod aftalesystemet lurer først, hvis systemet ikke kan håndtere forandringer såvel i sundhedsvæsenet som i resten af den offentlige sektor, herunder honorere de forventninger, vi som parter har til, at systemet understøtter disse forandringer.

Formålet med systemet har aldrig været at bevare det bestående. Faktisk snarere det modsatte. Derfor er det problematisk, at systemet i lange perioder ikke har formået at skabe hverken små eller store forandringer. Det er vores erfaring, at det kan være en hjælp sammen med den anden forhandlingspart at give forhandlingsprocessen et kritisk eftersyn – eventuelt med hjælp udefra. Med det fornødne engagement kan det skabe resultater,

som begge parter er tilfredse med, og som er bedre end blot summen af parternes individuelle ønsker.

Vi har i det ovenstående ikke præsenteret en opskrift på »den gode forhandling«, men vores erfaringer med at nytænke forhandlingerne på lægeområdet. Hvis vi skal holde fast i aftalesystemets grundkerne – nemlig at to parter forhandler med hinanden – så er det vores opfattelse, at der er behov for løbende at nytænke forhandlingerne på alle niveauer. Vi kan ikke regne med, at »one size fits all« gælder her, ligesom vi heller ikke kan være sikre på, at det, der virkede godt sidst, også vil være den bedste fremgangsmåde næste gang. Som aftaleparter må vi derfor også være indstillet på at udvikle systemet, så det også fremover leverer løsninger på væsentlige samfundsspørgsmål og understøtter de politiske visioner for udviklingen i den offentlige sektor.

### **Literatur**

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner og Finansministeriet (2015), »Løbende offentliggørelse af produktivitet i sygehussektoren, X delrapport«, [www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2015/Produktivitet-i-sygehusvaesnet/Produktivitet-i-sygehussektorentiende-delrapport.ashx](http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2015/Produktivitet-i-sygehusvaesnet/Produktivitet-i-sygehussektorentiende-delrapport.ashx)

Danske Regioner, KL, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2013), »Bedre incitamenter i sundhedsvæsenet«, [www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Tal\\_og\\_analyser/2013/Maj/~media/Filer%20-%20dokumenter/Afrapportering-fra-Udvalget-for-bedre-incitamenter/Hovedrapport%20Bedre%20incitamenter%20i%20sundhedsvaesenet.ashx](http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Tal_og_analyser/2013/Maj/~media/Filer%20-%20dokumenter/Afrapportering-fra-Udvalget-for-bedre-incitamenter/Hovedrapport%20Bedre%20incitamenter%20i%20sundhedsvaesenet.ashx)