

Høring -modeller for faste stillinger for leger i spesialisering

Svar fra Norsk forening for bryst- og endokrinkirurgi

Fagmiljøene er bedt å svare på 5 punkter på bakgrunn av overnevnte høring.

1. Hva skal til for at man raskest mulig kan få inn faste stillinger for leger i spesialisering i det aktuelle fagområdet?

Bryst og endokrinkirurgi er fremdeles en ung spesialitet, og innen vårt fagområde er mangel på utdanningsstillinger fremdeles problemstillingen. Det er pr april 2010 godkjent 9 sykehus som utdanningsinstitusjoner. Henholdsvis 3 gruppe 1 sykehus, og 6 som gruppe 2 sykehus.

For rasket mulig få inn faste stillinger for LIS må:

- a) flere sykehus søke om utdanningsstatus innenfor fagområdet, og dernest søke om utdanningsstillinger
 - b) ved de sykehus som allerede har utdanningsstillinger vil det etter vår mening være opp til arbeidsgiver å opprette faste stillinger. Imidlertid vil det være behov for særfortrinn for noen stillinger hvis gruppeføringen ikke opphører. Dette for å unngå flaskehals nasjonalt.
2. Hvordan stiller fagmiljøet seg til en opphevelse av systemet med gruppeføring av utdanningsinstitusjoner, og heller basere utdanningen på klart definerte læringsmål og sjekklister?

Innenfor kirurgien er vi kjent med definerte læringsmål, sjekklister -operasjonslister og eksamener ved obligatoriske kurs. Vi ønsker dette velkommen for andre spesialiteter som pr i dag ikke har en slik ordening. Gruppeføring i seg selv er ikke en selvmotsigelse for å ha definerte læringsmål og sjekklister. Innenfor vårt fagområde vil dette opprettholdes uavhengig av om gruppeføringen beholdes.

Også innenfor vårt fagområde har vi pasientgrupper som kun behandles ved universitetssykehus. Opphører gruppeføring vil det være en sjanse for å ikke komme i kontakt med disse pasientene, forutsatt at man gjennomfører hele utdannelsen ved "gammelt gruppe 2" sykehus.

En annen konsekvens av opphevet gruppeføring vil være vansker med å få fullført deler av operasjonslisten slik den er i dag for vår spesialitet. Dersom oppheving av gruppeføring fører til at flere spesialister utdannes på kortere tid vil vi ønske forandringen velkommen, men det legger opp til et betydelig større ansvar på arbeidsgiver. Arbeidsgiver må aktivt inn i utdannelsen av LIS på helt annen måte mtp rotasjonsordninger og tiltrettelegging enn dagens situasjon.

Et annet viktig poeng med dagens gruppe 1 sykehus er forskningsaktivitet. Innsikt og deltagelse ved forskningsaktivitet er etablert ved universitetssykehusene, men er ikke nødvendigvis standard ved øvrige sykehus i Norge. Dette er et vektlagt punkt i dagens spesialistutdanning. Dette aspektet kan tapes ved oppheving av gruppeføring, men vil avhenge av overlegestab og arbeidsgivers tilrettelegging ved det enkelte sykehus.

3. Hvilke typer samarbeidsordninger kan både ivareta behovet for spesialisering og kravet til sosialt og geografisk akseptable avstander?
 - a) samarbeid på tvers av dagens HF
 - b) samarbeid mellom sykehus innenfor samme HF i større grad enn i dag
 - c) tiltrettelegging i forhold til vaktarbeid og pendling, nedtoning av kravet til vaktbærende arbeid i forhold til søknad om spesialistgodkjenning. Dagarbeid bør belønnes like mye som nattejobbing.
 - d) Arbeidsgiver legger til rette for kompensasjonsordninger i forhold til reise og bosted. Barnehageplasser til disposisjon. Bosted til disposisjon.

Sosialt og geografisk akseptable avstander er subjektivt, og vil defineres annerledes for LIS i Oslo og Hammerfest.

4. Er det formålstjenlig med modell 1, 2 eller 3, eventuelt hvilke tilpasninger bør gjøres? Modell 1 og 2 har tilnærmet samme innhold. Sett fra LIS synspunkt vil modell 3 tjene vår utdanning best. Vi ønsker å presisere viktigheten av at stillinger øremerkes ved Universitetssykehusene slik at LIS får fullført utdannelsen både med tanke på operasjonslister og forskningsinnsikt/erfaring.

Hvorvidt gruppeføringen bør oppheves vil avhenge av type spesialitet, og innenfor vårt fagområde vil kanskje opphøring av gruppeføring føre til en smalere utdanning i deler av spesialiteten, men er neppe enestående for vår spesialitet i et lite land som Norge. Målstyrt spesialistutdanning er allerede på plass innen vår spesialitet.

5. Andre kommentarer?

Det er på høy tid at arbeidsgiver er seg bevisst på at de har et ansvar i forhold til progresjon i et spesialistutdannings løp. Arbeidsgiver må engasjere seg mer i utdanningen av spesialister på arbeidsplassene. Dette for både sikre seg at ferdig utdannede spesialister forblir på arbeidsplassen, men også for å signalisere at arbeidsgiver ikke kun er interessert i personens arbeidskraft.

Det er et paradoks at de fleste leger som jobber på sykehus passerer en alder av 40 år før de får seg fast jobb.