



LEGESPESIALISTEN: ARBEIDSVILKÅR OG UTFORDRINGER

RAPPORT FRA FELLES ARBEIDSGRUPPE

INNLEDNING

Vilkårene for legespesialisten har vært et gjenvendende diskusjonstema blant legeforeningens tillitsvalgte siden avtalen om faste stillinger i 2014. Tiden som har gått medfører at vi nå opplever et økende antall ferdige spesialister i LIS-stilling, og utfordringer knyttet til ordningen viser seg av den grunn i økende grad.

En tidlig uttrykt bekymring var at legespesialistkategorien ville reetablere en mellomstilling mellom leger i spesialisering og overleger, hvilket ville forsinke legers progresjon til overlegestilling, og slik være ensbetydende med en gjeninnføring av den gamle reservelegeordningen. Fra tillitsvalgte i både OF og Ylf har det vært ytret bekymring for om arbeidsgiver vil spekulere i legespesialisten som «billig arbeidskraft» for å slippe å ansette flere overleger. Man har vært bekymret for at flere legespesialister rapporterer ha identiske ansvars- og arbeidsoppgaver som overlegekollegaer, men til lavere lønn. Et tema som har vært tatt opp ofte er hvilket vern som ligger i begrepet «begrenset overgangsperiode», all den tid dette verken er nærmere definert i tid, eller knyttet til sanksjonsmulighet.

På Yngre legers forenings årsmøte 2019 ble det vedtatt å nedsette en arbeidsgruppe i samarbeid med Overlegeforeningen, for å se på legespesialistens vilkår og fremtidige rolle i arbeidslivet. Vedtaket var enstemmig, og lyder:

«Landsrådet ber styret om å opprette en arbeidsgruppe sammen med Of som skal kartlegge legespesialistens vilkår og se på ulike scenarier for hvilken plass legespesialisten skal ha i fremtidig arbeidsliv.»

Saken ble diskutert i felles styremøte mellom OF og Ylf 5. september 2019. Begge styrer vedtok å nedsette en felles arbeidsgruppe, bestående av Ståle Clementsen og Mathis Heibert fra OF, og Kristin Fagereng og Håvard Ravnestad fra Ylf. Gruppens mandat var å utarbeide en rapport til de respektive årsmøter våren 2020.

Lønnskategorien «legespesialist» tilstås både leger som er spesialist i hovedspesialitet (generell indremedisin eller kirurgi) som fortsatt er under grenspesialisering, og leger som er helt ferdige med sin spesialistutdanning. Arbeidsgruppen har tolket sitt mandat slik at vi har fokusert vårt arbeid om leger som ikke lenger er under spesialistutdanning.

Gruppens arbeid har bestått i videomøter og korrespondanse per e-post. Gruppen har innhentet oversikt over den dialog som har vært mellom Spekter og Legeföreningen siden innføringen av faste stillinger etter oppgjøret i 2014. Et større kunnskapsgrunnlag var nødvendig for å kunne diskutere hvilken strategi som best ivaretar legespesialistenes interesser i fremtiden. Via foretakstillitsvalgte innhentet arbeidsgruppen derfor navn på medlemmer registrert som legespesialist. Disse medlemmene fikk tilsendt en spørreundersøkelse. Svarene blir gjennomgått og diskutert i det følgende, og rådata fra undersøkelsen ligger vedlagt rapporten.

Arbeidsgruppen har også ønsket å belyse arbeidsgivers syn på legespesialisten i dag og i nær fremtid, og har derfor spurt HR-direktørene ved universitetssykehusene om deres perspektiv.

INNHold

Innledning.....	2
Bakgrunn	4
Om spørreundersøkelsen	5
Antall Legespesialister	6
Arbeidsoppgaver	6
Avlønning.....	8
Legespesialistenes betraktninger	10
Arbeidsgivers betraktninger	12
Hvilke muligheter ser du knyttet til legespesialisten i dag og i den næmeste fremtiden?	12
Hvilke utfordringer ser du rundt legespesialisten i dag og i den næmeste fremtiden?	12
Hvordan tror du situasjonen vil utvikle seg over de neste 5 årene?.....	13
Har du inntrykk av at det er store forskjeller mellom spesialitetene?.....	14
Hvordan påvirker ordningen med faste stillinger arbeidsgivers evne til å planlegge for fremtidens spesialistbehov?	14
Arbeidsgruppens vurdering.....	15
Lik lønn for likt arbeid!	15
Regulere arbeidsoppgaver?.....	15
Tidsbegrensning for legespesialiststilling?	15
Tilhørighet til yrkesforening	16

BAKGRUNN

Avtalen om faste stillinger kom i stand etter megling hos Riksmegleren september 2014. Etter denne avtalen skulle alle leger i spesialisering ansettes fast så raskt som mulig, og senest fra 01.07.2015. Som konsekvens av denne avtalen ble det etablert en ny lønnskategori, legespesialist, for leger som oppnår spesialitet i en slik fast LIS-stilling. Partene var enige om at lønnskategorien var ment for en begrenset overgangsperiode, mellom tidspunktet legen oppnådde godkjent spesialitet og ansettelse i overlegestilling. Nøyaktig hva som menes med «begrenset overgangsperiode» ble ikke definert. Etter avtaleteksten skulle partene i felleskap følge opp ordningen, og diskutere hvor vidt intensjonene i avtalen ble fulgt. Etter diskusjoner i sentralstyret vedtok man at LIS som oppnår spesialitet fortsatt vil tilhøre Ylf, inntil legen går over i en overlegestilling.

Det har vært flere diskusjoner mellom partene sentralt om legespesialisten i etterkant avtalen om faste stillinger. Et tidlig tema for disse diskusjonene var arbeidssted for LIS etter oppnådd spesialitet. Som en del av arbeidet med fast ansettelse av LIS, utarbeidet Spekter ulike maler for ansettelsesavtaler for disse (faste og midlertidige ansettelser). Malen for den faste ansettelsen delte ansettelsen i to ulike faser, der fase 1 utgjorde spesialistutdanningen i den konkrete spesialiteten, mens fase 2 var i en stilling som *legespesialist*. Når det gjaldt fasen som legespesialist, var det flere av helseforetakene som ønsket å stå fritt til å flytte legespesialisten til den lokasjonen i helseforetaket de måtte ha behov for. Legeforeningen tok dette opp med Spekter gjentatte ganger, med påstand om at en for vid angivelse av tjenestested var i strid med arbeidsmiljøloven og intensjonene i tariffavtalen. Dette fikk man etter hvert gehør for hos Spekter, og Spekter sendte en skriftlig vurdering hvor de blant annet uttalte at det er viktig at kontraktene ivaretar hensynet til forutberegnelighet. Etter dette har helseforetakene jevnt over forholdt seg til dette, slik at arbeidskontrakter generelt i større grad konkret definerer arbeidssted.

Legeforeningen har ved flere møter etterspurt oversikt over fremdriften i gjennomføring av faste stillinger, og tall på hvor mange som er i kategorien legespesialist. Et annet tema for diskusjonene har vært bestemmelsen om at legespesialist er ment å være en lønnskategori for en begrenset overgangsperiode. Det er enighet mellom partene om dette, men det foreligger ingen avtalt definisjon av hva dette innebærer. Spekter skriver også i sin *Veiledning: Fast ansettelse av lege i spesialisering* (05.07.2015):

«Partene har ikke avtalt noen grense for en slik overgangsperiode. Det kan være ulike forhold som foranlediger en kortere eller lengre periode. Partene er enige om at det er et mål at legespesialistene skal søke seg til ledige overlegestillinger, og vi har i overenskomsten lagt til rette for/avtalt bl.a. lønnsmessige incentiver for å nå dette målet.»

Et annet tema som har vært gjenstand for drøftelser har vært avlønning av spesialister i hovedspesialitet under grenutdanning. Etter uenighetsprotokoller signert november 2018 har det vært flere møter mellom partene. 24. januar 2020 landet man enighet om at fast ansatte leger som oppnår spesialitet i hovedspesialiteten skal lønnes som legespesialist under grenspesialisering. Arbeidsgiver mener at midlertidig stilling (4, 5, eller 6-årsstilling samt vikariater) gir rett på lønnskategori LIS D, mens legespesialist er forbeholdt fast ansatte. Legeforeningen fremholder at dette er å diskriminere midlertidig ansatte, hvilket strider mot norsk lov. Det pågår fortsatt diskusjoner mellom partene på dette punktet.

OM SPØRREUNDERSØKELSEN

Arbeidsgruppen har sett det som helt nødvendig å skaffe førstehåndsinformasjon om legespesialistenes arbeidshverdag, og deres perspektiv på egen situasjon. Vi har derfor valgt å gjennomføre en spørreundersøkelse ved hjelp av QuestBack. Legeforeningens medlemsregister er dessverre uegnet til å definere målgruppen for en slik spørreundersøkelse. Ved hjelp av foretakstillitsvalgte har vi fått lister over medlemmer med lønnskategori «legespesialist» i de enkelte foretak. Av 21 foretak har vi fått inn slik liste fra 13, foretak (se oversikt under).

DELTATT	N	IKKE DELTATT
OUS	98	Diakonhjemmet
Ahus	16	Lovisenberg
Vestre Viken	21	Sykehuset i Telemark
Sykehuset Østfold	4	Helse Førde
Sykehuset i Vestfold	8	Helse Nord-Trøndelag
Sørlandet Sykehus	7	Nordlandssykehuset
Helse Stavanger	17	Helgelandssykehuset
Helse Fonna	1	Helse Finnmark
Helse Bergen	45	
Helse Møre og Romsdal	4	
St Olavs Hospital	58	
UNN	9	
Haraldsplass	0	

Det er grunn til å anta at det er et lavt antall legespesialister på de foretakene som ikke har deltatt i spørreundersøkelsen. Det ville like fullt vært en styrke for undersøkelsen om medlemmer ved samtlige foretak hadde kunnet delta.

Det har vært viktig for arbeidsgruppen å sørge for en høy svarandel blant de spurte. Vi har av den grunn forsøkt å begrense antall spørsmål, for å unngå en tidkrevende besvarelse. Av 287 leger på listene fra foretakstillitsvalgte er det 284 som er medlemmer av Legeforeningen, og som har fått tilsendt undersøkelsen. Av disse har vi fått svar fra 177, hvilket utgjør 63%. Det er kun én av respondentene som har oppgitt å være spesialist i indremedisin under grenutdanning. 10 respondenter oppgir å være spesialist i generell kirurgi under grenspesialisering. Arbeidsgruppen kjenner til at det er langt flere enn disse 11 som har hovedspesialitet og fortsatt er under grenspesialisering. Således er svarprosenten blant de som er ferdig med sin spesialistutdanning betraktelig høyere enn 63%.

ANTALL LEGESPESIALISTER

Basert på data fra spørreundersøkelsen kan man anta at det er ca. 200 legespesialister ved norske sykehus, dersom man trekker fra de som fortsatt er under spesialisering. Anestesiologi og fødsels- og kvinnesykdommer er spesialiteter som skiller seg ut med særlig mange legespesialister.

Barnesykdommer og ortopedisk kirurgi har likeledes mange. Videre ser vi at de 12 spesialitetene med flest legespesialister til sammen står for nesten 75% totalt. Av interesse er også at en liten spesialitet som medisinsk mikrobiologi har 2,9% av det totale antallet legespesialister, like mange som man finner innen det langt større faget hjertesykdommer. Dette kan avspeile et misforhold mellom utdanningsstillinger og overlegestillinger i enkelte små laboratoriefag.

1	Anestesiologi	14,5 %
2	Fødselshjelp og kv.syk.	11,6 %
3	Barnesykdommer	8,1 %
4	Ortopedisk kirurgi	7,5 %
5	Øre-nese-hals	5,2 %
6	Nevrologi	4,6 %
7	Radiologi	4,6 %
8	Onkologi	4,0 %
9	Patologi	3,5 %
10	Nevrokirurgi	3,5 %
11	Gastrokirurgi	3,6 %
12	Hjertesykdommer	2,9 %
		73,6 %

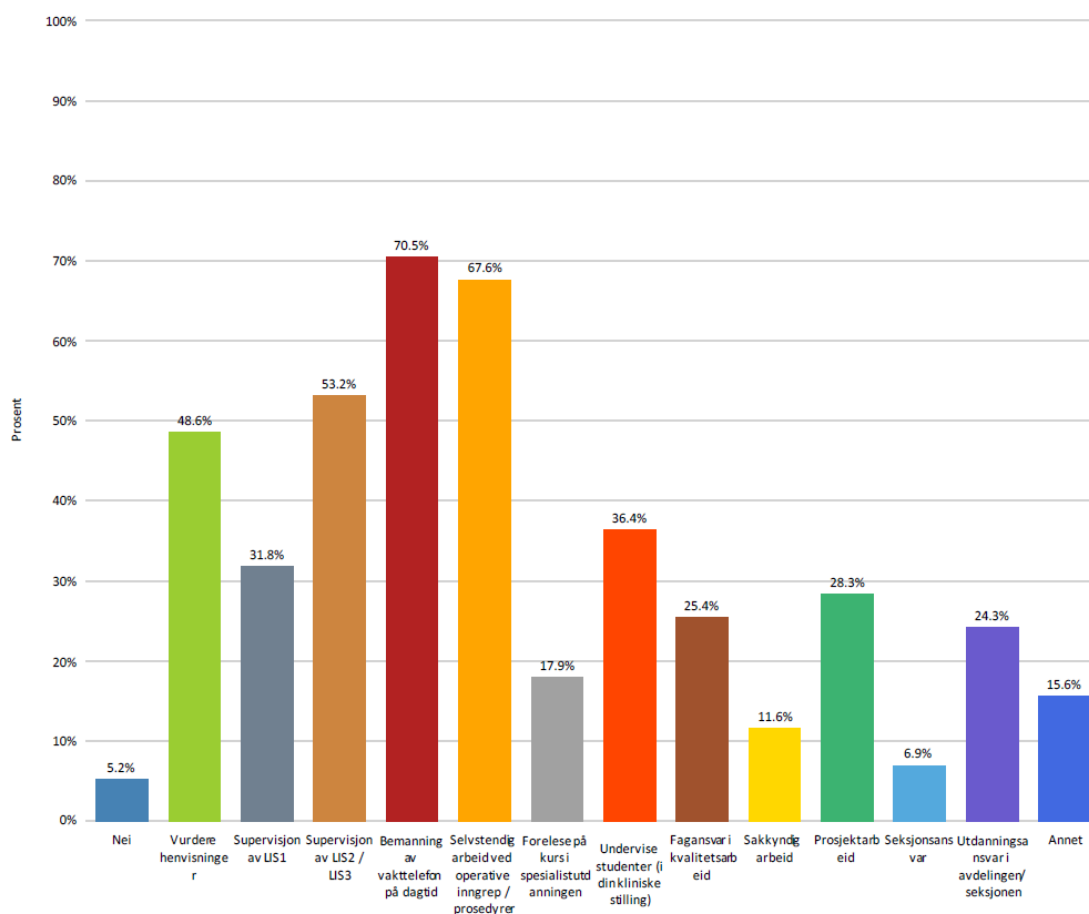
ARBEIDSOPPGAVER

På spørsmålet om hvilke arbeidsoppgaver respondentene har i sin stilling var det mulig å velge flere alternativer. Resultatet viser at et flertall av respondentene i har spesialiserte arbeidsoppgaver. Nesten halvparten vurderer henvisninger, og like mange superviserer LIS2/LIS3. At færre respondenter rapporterer supervisjon av LIS1 kan ha sammenheng med at mange representerte spesialiteter i liten grad arbeider sammen med LIS1.

70,5% angir at de bemanner vakttelefon på dagtid, og nesten like mange oppgir å arbeide selvstendig ved operative inngrep og prosedyrer. Et overraskende høyt antall respondenter oppgir å ha faglig ansvar som tidligere har tillagt overlegerollen: 25% har fagansvar i kvalitetsarbeid, og like mange har utdanningsansvar i avdelingen/seksjonen.

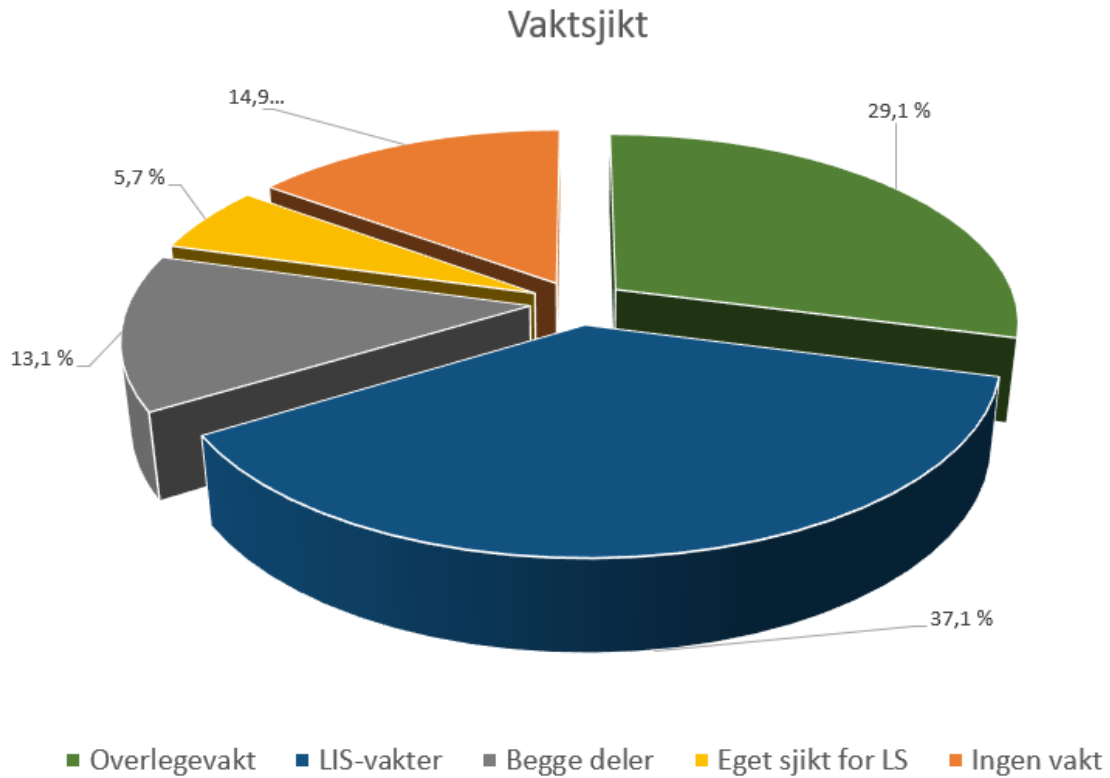
Legeprofesjonen er blitt mer spesialisert, og helsetjenesten har utviklet definerte rammer og standarder for kvalitet i pasientbehandlingen. Sammenholdt med økt aktivitet generelt har det medført at flere høyspesialiserte leger er til stede i større grad enn tidligere. Det er altså et større behov for spesialister i tilstedevakter enn tidligere, noe som kan være en forklaringsmodell til den relativt høye andelen av spesialister som deltar i LIS-vakter (37,1), eller sågar egne spesialist-sjikt. (5,7%)

4. Har du noen eller flere av følgende oppgaver (flere mulige svar)?



Samlet sett tilsier resultatene at legespesialistene i stor grad gjør arbeidsoppgaver som tidligere har kjennetegnet overlegerollen. Det samme fremgår av fritekstsvarene. Bildet skal imidlertid nyanseres noe: enkelte respondenter gir uttrykk for frustrasjon over å ha mindre spesialiserte oppgaver enn de ønsker. Like fullt støtter spørreundersøkelsen oppfatningen om at legespesialistene gjør overlegearbeid, men til lavere lønn.

Den største gruppen av respondentene går vakter i LIS-sjiktet. Det er imidlertid 29% som svarer at de går overlegevakter, og 13,1% går både LIS- og overlegevakter.

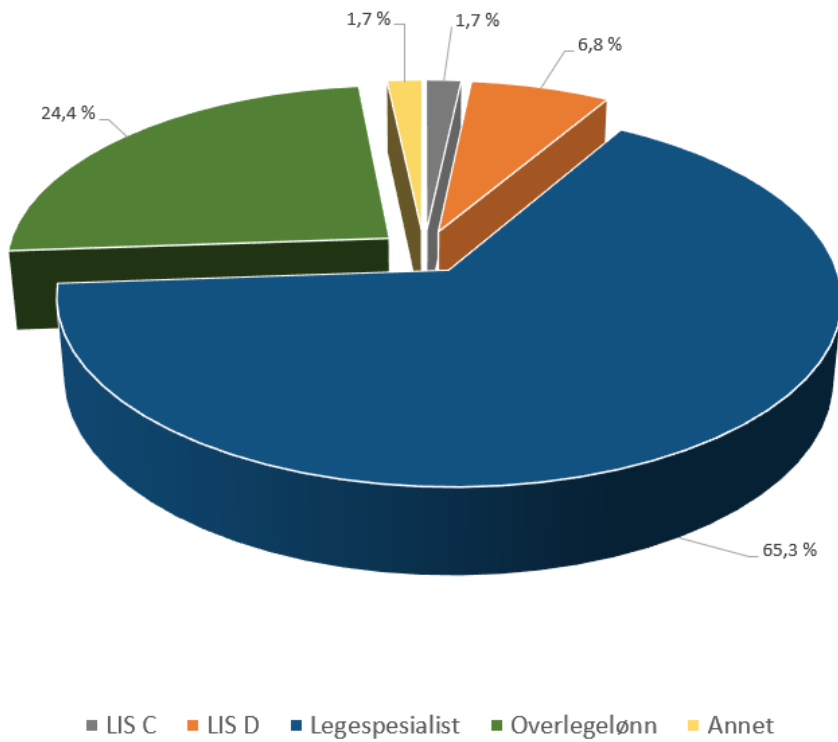


AVLØNNING

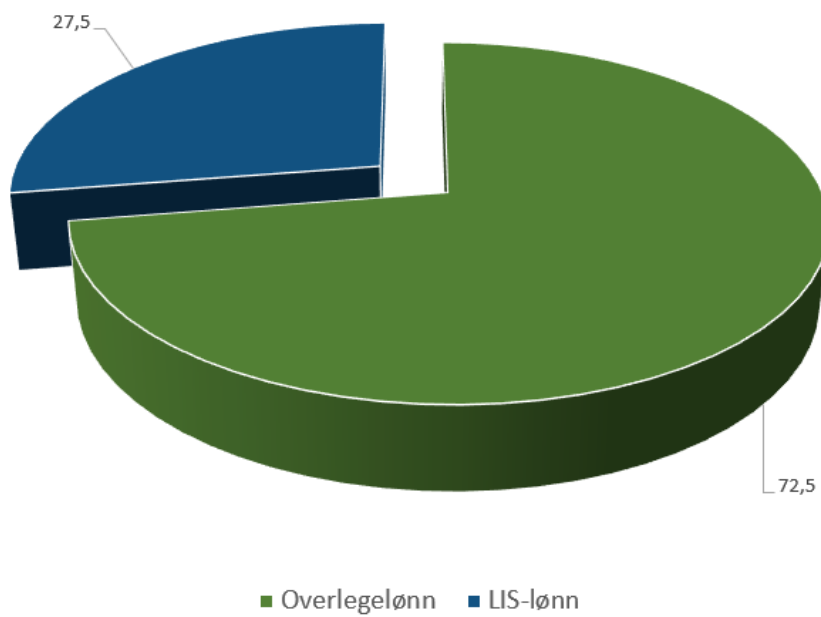
Flertallet av respondentene lønnes etter kategori legespesialist. Ca. 25% svarer at de tilstår overlegelønn. En mindre andel oppgir lønn etter LIS D (samt en liten andel LIS C). Det er ca. 5% av respondentene som oppgir å være spesialist i generell kirurgi under grenspesialisering, formodentlig er en del av disse blant gruppen som får LIS D-lønn.

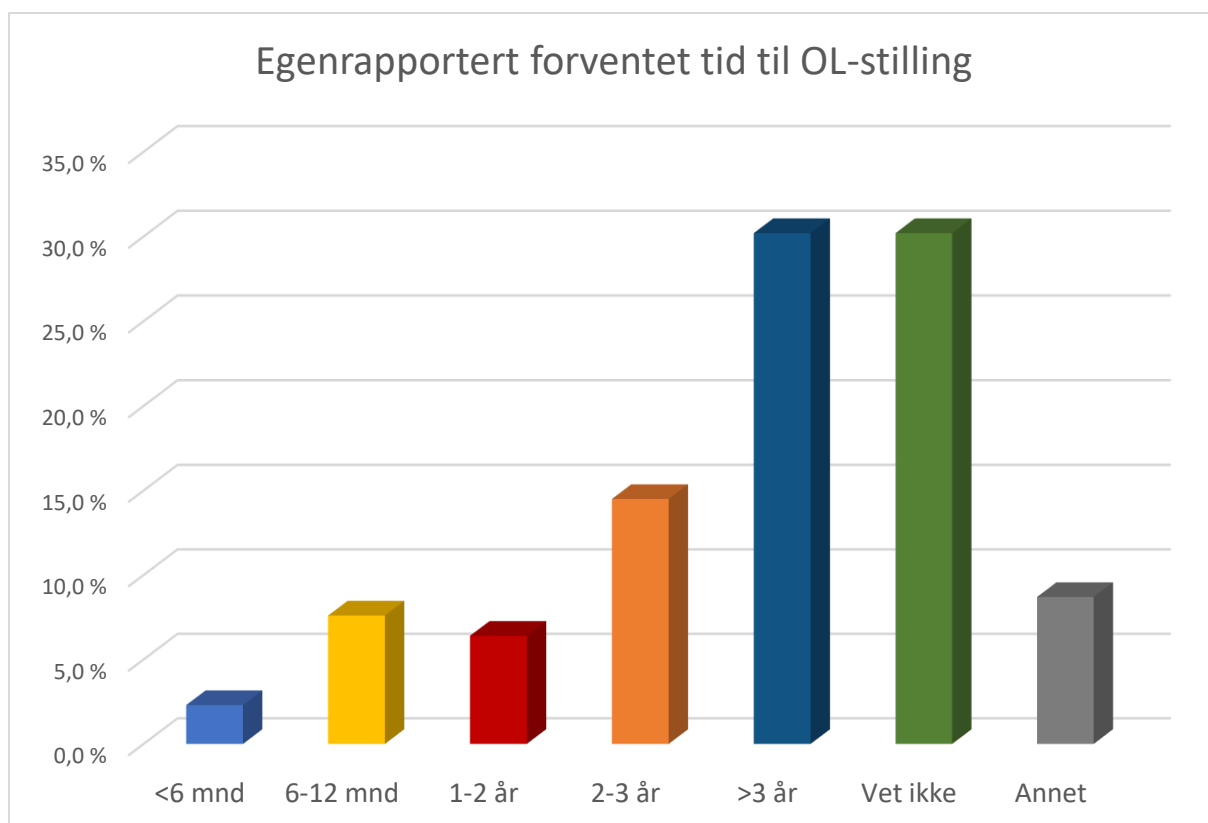
Av de 51 som angir å gå vakter i overlegesjiktet får et flertall legespesialistlønn. Det er imidlertid hele 27,5% som går overlegevakter, men får betalt LIS-lønn. Som det fremgår av fritekstsvarene, gir dette opphav til betydelig frustrasjon.

Egenrapportert lønnskategori, legespesialister



Lønn, legespesialister i overlegevakt





LEGESPESIALISTENES BETRAKTNINGER

Til slutt i spørreundersøkelsen stilles spørsmålet «Har du konkrete innspill til Legeforeningens arbeid med legespesialistens vilkår?», hvor de som ønsker kan gi svar i fritekst. Det er avgitt et overraskende høyt antall fritekstsvar, hvilket vitner om et stort engasjement hos medlemmene. Hele spørreundersøkelsen er vedlagt til slutt i rapporten, her trekkes frem et knippe representative utsagn.

Det som trekkes frem desidert hyppigst er prinsippet om lik lønn for likt arbeid:

«Lik lønn for likt arbeid. I min vaktlinje har vi både legespesialister og overleger. Begge utfører de samme oppgavene med ulik lønn.»

«Dersom man har samme arbeidsoppgaver som en overlege (noe jeg har) bør dette avspeiles i lønnen.»

«Jeg jobber samme vaktlinje og noen som er overlege, har nøyaktig samme jobbe og samme ansvar og tjener 70.000 kr mindre i året. Det synes jeg er trist.»

«Lønn på lik linje med overleger, ellers har de ingen grunn til å gi oss overlegestilling.»

«Man fungerer som overlege og burde hatt samme vilkår»

«En ting å si til dette: LIK LØNN FOR LIKT ARBEID»

Det er flere som ønsker en konkretisering av hva som menes med at legespesialistkategorien skal være for en «begrenset overgangsperiode». Enkelte tar til orde for at stillingen bør konverteres til overlegestilling etter en viss tid, andre mener man bør få lønnstillegg etter en gitt tid.

«Ønsker påtrykk mtp. tidsavgrensning før en får overlegestilling.»

«Tidsbegrensning f.eks. på tre år før stillingen må omgjøres til overlegestilling»

«Tidsbegrens muligheten for å fortsette som legespesialist og krev et automatisk opprykk til overlege etter et gitt antall år, for eksempel 2-3 år for å unngå at legespesialister gjør overlegearbeid til redusert lønn.»

«Øke lønn etter gitt tid som legespesialist dersom overlegestilling ikke blir gitt.»

Mange trekker også frem behovet for å regulere hvilke arbeidsoppgaver som tilhører overlegesjiktet, og hvilke som kan og skal gjøres av legespesialister. Det skal presiseres at her går svarene i begge retninger; enkelte respondenter er frustrerte over å fortsatt gå LIS-vakter og gjøre de samme arbeidsoppgavene som de gjorde under spesialisering. Andre ytrer frustrasjon over å gjøre de samme arbeidsoppgaver som overlegene, men til lavere lønn.

«Klarere retningslinjer hva en legespesialist kan gjøre og hva en overlege kan gjøre i den daglige driften»

«Hadde vore fint med retningslinjer for kva som er greit at legespesialist skal påta seg av oppgaver.»

«Klare regler for hvilke oppgaver en legespesialist skal utføre, i dag gjør man i praksis overlegeoppgaver til legespesialistlønn.»

«Legespesialist bør få spesialiserte oppgaver, i hvert fall på større sykehus.»

«Til dels føles det fornedrende at man blir behandlet som alle de andre LIS etter så mange år i LIS sjiktet.»

To respondenter fremhever at legespesialistene muligens vil være bedre tjent med å være organisert i Overlegeforeningen. Av andre synspunkter som trekkes frem er at man bør arbeide for at LIS i større grad får tilbakemelding i løpet av spesialiseringen om utsiktene til å få overlegestilling etter oppnådd spesialitet. En respondent mener at legespesialister i avdelingen bør få forrang når overlegestillinger lyses ut. Det fremheves også at man bør arbeide for å øke antallet overlegehjelmere, for å motvirke en opphoping av legespesialister.

ARBEIDSGIVERS BETRAKTNINGER

I arbeidet med å sikre legespesialistene gode lønns- og arbeidsvilkår har det stor betydning å kjenne til hvordan arbeidsgiver ser på legespesialistens rolle nå og i fremtiden, samt muligheter og utfordringer knyttet til denne. Arbeidsgruppen har derfor ønsket å intervju HR-direktørene (eventuelt personalsjef, der det er mer relevant) ved foretakene om deres syn.

Å henvende seg til samtlige foretak med en slik forespørsel kort tid før en hovedforhandling vil kunne sende uheldige signaler. Arbeidsgruppen har derfor falt ned på å rette spørsmålene ut mindre utvalg av sykehusene. Vi har valgt å spørre HR-ledere ved universitetssykehusene, blant annet fordi disse sykehusene sysselsetter et klart flertall av legespesialistene. Selve spørsmålsstillingen har vi fått hjelp til av de foretakstillitsvalgte ved det enkelte foretak. Ved svarfristens utgang hadde vi fått svar fra HR ved Oslo Universitetssykehus og St. Olavs Hospital.

Svarene er gjengitt under, og gir nyttig tilleggsinformasjon til arbeidet med legespesialistens vilkår. Felles for svarene fra St Olavs Hospital og OUS er et fokus på mobilitet, og en bekymring for at legespesialister som blir værende i sin stilling i lang tid, tross dårlige utsikter til overlegestilling, bidrar til å svekke utdanningskapasiteten.

Hvilke muligheter ser du knyttet til legespesialisten i dag og i den nærmeste fremtiden?

OUS: Legespesialistene vil være en stabil gruppe leger med god generell kunnskap og ferdigheter i flere deler av faget. Vedkommende har kanskje ikke begynt å sub-spesialisere seg innen faget og kan bruke tid på å finne sin hovedinteresse.

Gjennom gode rekrutteringsprosesser ved tilsetning i faste LIS -stillinger vil legespesialistene kunne være attraktive ved rekruttering til overlegestillinger.

I enkelte spesialiteter utdanner OUS kun til eget foretak. For disse vil det nå kunne være lettere å bygge nødvendig kompetanse over tid dersom riktig person ansettes.

Legespesialisten vil i større grad blir en mentor og lærer for andre (spesielt mindre erfarne LIS) og således kan bidra til at OUS i større grad blir en lærende organisasjon.

St. Olavs Hospital: Legespesialistene er helt sentrale medarbeidere i vårt sykehus både når det gjelder kliniske oppgaver, utdanning av personell og forskning/innovasjon

Hvilke utfordringer ser du rundt legespesialisten i dag og i den nærmeste fremtiden?

OUS: Ved OUS er legespesialistene ingen ensartet gruppe. Ved tilsetning er det foretatt en vurdering i forhold til LIS-stilling - ikke overlegestilling. I løpet av utdanningsløpet vil det for enkelte åpne seg muligheter for en overlegestilling og en karriere innenfor OUS. For andre vil overlegestilling ved OUS ikke være aktuelt. I eks. kirurgiske fag er det en utfordring ved at LIS er fast ansatt, og forblir på avdelingen selv om de ikke er spesielt dyktige i faget. Det er jo vanskelig å vite på forhånd.

En generell utfordring som oppstår med ulike mellomrom er der hvor legespesialisten ikke får en overlegestilling, enten av OUS eller ved andre sykehus av en eller annen årsak. Årsakene kan være at han/hun ikke ønsker å arbeide et annet sted enn OUS eller at han/hun ikke når kvalifikasjonskrav satt

til overlegestilling. En fast ansatt legespesialist som ikke får en overlegestilling, men blir stående i legespesialiststillingen, vil redusere utdanningskapasiteten ved OUS.

Driftsmessig og faglig vil det kunne være utfordrende å arbeide i LIS-sjiktet over tid. I påvente av overlegestilling vil det også for flere være utfordrende for motivasjon på lang sikt, samt at det kan forsinke faglig fordypning for de som allerede har et ønske om å jobbe innen en bestemt del av fagfeltet.

Det vil derfor være viktig å tilby individuelle vurderinger og strategisk kompetanse/karriereveiledning slik at karrieremuligheter kan avklares og evt. alternative muligheter kan vurderes. På denne måten vil legespesialisten kunne veiledes mot det de er gode på. I og med at flere av subspesialitetene/fagene er konsentrert rundt universitetssykehusene, er det ikke alltid så mange ledige overlegestillinger andre steder. Legespesialistene kan derfor bli sittende lenge og «vente» på en ledig overlegehjemmel ved OUS.

Legespesialistene vurderes som en viktig ressurs som kan bidra til bedre dekning av spesialistoppgaver, og i enkelte tilfeller kunne det være aktuelt med en omgjøring til overlegestillinger. Problemet med dette er at legespesialistene i prinsippet går i en utdanningsstilling, det er derfor ofte ikke aktuelt å konvertere disse stillingene til overlegestillinger, da tar man ned utdanningskapasiteten.

I noen spesialiteter, eks hjertemedisin har legespesialistene opplæring i mer avanserte kardiologiske teknikker. Som arbeidsgiver hadde en tidsbegrenset stilling gitt flere leger mulighet til å kunne ha fått opplæring i avansert kardiologi. Mht. vaktkompetanse vil en omlegging av vaktstruktur kunne få flere legespesialister opp i sekundær / bakvaktssjikt. På denne måten beholder de muligheten til å få bakvaktkompetanse.

I forhold til utdanningskapasiteten ved OUS er det en utfordring at mobiliteten av legespesialister er veldig liten. Ved OUS er det pr 01.02.20 105 legespesialister. Disse er i dag ansatt i LIS-stillinger og begrenser dermed utdanningskapasiteten ved OUS. Det er få ledige overlegestillinger og som nevnt er mobiliteten lav.

St Olavs Hospital: Det er sentralt for vårt sykehus å rekruttere godt og gi gode muligheter for faglig utvikling.

Hvordan tror du situasjonen vil utvikle seg over de neste 5 årene?

OUS: OUS har som landets største universitetssykehus et stort ansvar for utdanning. Dersom mange legespesialister forblir i LIS/LS stilling over tid vil dette kunne påvirke fordelingen av faste stillinger/gjennomstrømningsstillinger. Uten økt mobilitet vil antall legespesialister øke og utdanningskapasiteten ved OUS gå betraktelig ned.

St Olavs Hospital: Enkelte spesialiteter har i dag lange ventelister, og det kan oppstå mangel på spesialister i noen fagfelt. Her kan det vurderes om det er et behov for å opprette flere utdanningsstillinger.

Har du inntrykk av at det er store forskjeller mellom spesialitetene?

OUS: Det er forskjeller både mellom de enkelte foretak/sykehus og mellom spesialitetene. Flere foretak har mangel på spesialister og ledige overlegestillinger. Ofte har de vært konstituert som overlege før ferdig spesialitet. Ved OUS er det stor søkning i nesten alle spesialiteter.

Det er forskjell mellom de kliniske fagene og laboratoriefagene mht. muligheter for autonomi. Laboratoriefagene har lettere for å kunne «sjonglere» med tiden og lettere for å samle alle til viktige møter.

OUS er veldig subspecialisert og i enkelte spesialiteter er det få relevante stillinger utenfor foretaket. Dette påvirker mobiliteten i disse spesialitetene. Det vil også kunne være forskjell på hvordan arbeidsgiver disponerer legespesialistene. Ved mindre avdelinger vil de kanskje oftere bli satt til «spesialistoppgaver». I mindre spesialiteter (få leger) utføres spesialistoppgavene i større grad av både overleger og legespesialister

Avdelingene ønsker ikke å ha et rolleskille mellom legespesialister og overleger, men betrakte begge stillingskategorier som spesialister som i utgangspunktet kan utføre identiske oppgaver. Stillinger for leger i avdelingen skal for praktiske formål deles i to grupper: leger som er i utdanning og spesialister.

St Olavs Hospital: Det er noen forskjeller i rekruttering av spesialister til ledige overlege stillinger mellom spesialitetene.

Hvordan påvirker ordningen med faste stillinger arbeidsgivers evne til å planlegge for fremtidens spesialistbehov?

OUS: Faste stillinger gir mulighet for en mer stabil drift med større forutsigbarhet både for arbeidsgiver og lege. OUS vil imidlertid også ha en stor andel gjennomstrømningsstillinger slik at det vil kunne bli et tydeligere skille mellom de fast ansatte ved OUS og leger i gjennomstrømningsstillinger.

Vil være utfordrende med legespesialister som blir værende i sin stilling hvis vedkommende ikke vil være aktuell for en overlegestilling ved OUS pga manglende ferdigheter/kompetanse eller det ikke vil være en ledig overlegestilling på flere år.

St Olavs Hospital: Vårt sykehus har «Gruppe 1» funksjon her i regionen for en god del spesialiteter. For å oppfylle den rollen, må vi ha noen stillinger med gjennomstrømning for å sikre utdanning av spesialister til hele regionen.

ARBEIDSGRUPPENS VURDERING

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at det er nødvendig med et større fokus på legespesialistens arbeidsvilkår. Svarene fra arbeidsgiversiden viser også at legespesialisten er en høyt verdsatt arbeidstakergruppe, som fyller et stort behov for spesialistkompetanse. Grunnlaget for å komme sammen om å bedre vilkårene burde således være til stede.

Lik lønn for likt arbeid!

Den er en svært tydelig tilbakemelding fra legespesialistene selv at det oppleves urettferdig at man gjør nøyaktig samme arbeid for en lavere lønn.

Dette er imidlertid et nyansert bilde. Selv om mange legespesialister gjør utpregede overlegeoppgaver, er det også flere kolleger som har de samme arbeidsoppgaver og ansvarsområder som de hadde under spesialisering. Andre igjen gjør en blanding av overlege- og LIS-oppgaver. Det vil heller ikke alltid være et klart skille mellom hvilke oppgaver som hører til den ene eller den andre kategorien. Skulle man få gjennomslag for et krav om lik lønn for likt arbeid er det ikke åpenbart at arbeidsgiver og arbeidstaker vil være omforent i sitt syn på hvilken karakter det enkelte arbeidsforhold domineres av.

Tross disse problemstillingene er det arbeidsgruppens oppfatning at lik lønn for likt arbeid og ansvar bør finne sted. Legeforeningen bør arbeide for en bestemmelse i overenskomsten som definerer at legespesialister som har samme arbeidsoppgaver som overleger (eller arbeid som hovedsakelig har karakter av overlegearbeid) skal tilstås overlegelønn. Det betyr likevel ikke at stillingskategorien endres.

Regulere arbeidsoppgaver?

Et grep for å hindre utnyttelse av legespesialistene er å regulere at enkelte arbeidsoppgaver er overlegeoppgaver, og dermed ikke skal utføres av legespesialister. Eksempel på slike kan være vurdering av henvisninger, sakkyndig arbeid, supervisjon av LIS2/LIS3. Man kan også her knytte en bestemmelse som definerer at dersom stillingen medfører slikt arbeid, skal det tilstås overlegelønn.

En slik tilnærming kommer likevel ikke uten problemer. Det kan være utfordrende å definere hva som er overlegeoppgaver og hva som er LIS-oppgaver på tvers av spesialiteter. Forskjeller mellom store universitetssykehus og små lokalsykehus vil også spille en rolle. Videre kan en regulering av arbeidsoppgavene medføre at legespesialister opplever å få mindre spesialiserte oppgaver og lavere autonomi enn de selv ønsker. En regulering av oppgaver som er ment å sikre legespesialistene bedre arbeidsvilkår kan således virke mot sin hensikt, ved å låse dem til arbeidshverdag de ønsker seg bort fra.

Etter arbeidsgruppens vurdering bør Legeforeningen arbeide for å innføre en regulering av hvilke arbeidsoppgaver som naturlig hører til overlegerollen. Hensynet til beskyttelse mot utnyttelse av legespesialister som billig arbeidskraft må vektes mot friheten til å utføre spesialiserte arbeidsoppgaver, og det må ses nøye på hvilke grep som best bevarer begge hensyn.

Tidsbegrensning for legespesialiststilling?

Flere har tatt til orde for å konkretisere hva som menes med «begrenset overgangsperiode», og definere en maksimumstid for hvor lenge en kan være legespesialist. Etter denne perioden kan man

definere at legen har krav på overlegestilling. For legespesialistene kan en slik ordning vil bidra til en større forutberegnelighet for den ansatte, som dermed vil vite at han eller hun vil ha krav på overlegestilling etter en gitt tid.

Flere argumenter taler imidlertid mot en slik ordning. For det første har man valgt en ordning der man søker ny stilling mellom LIS og overlegestilling. Dette er gjort bevisst, og har vært ønsket av både Legeforeningen og arbeidsgiversiden (Ylf arbeidet imidlertid for direkte konvertering fra legespesialist til overlegestilling). En av grunnene til at arbeidsgiver ønsker dette, er en bekymring for å miste kontrollen over hvem og hvor mange man har ansatt. Det er derfor lite sannsynlig at man får gjennomslag for en slik ordning hos arbeidsgiver.

En slik løsning vil imidlertid ha sterkt problematiske sidere også for legespesialistene. En maksimal tid man kan være legespesialist kan fort bli en minstetid i legespesialiststilling før man kvalifiserer til overlegestilling. Dette er situasjonen i Danmark, der det ordinært kreves 5 år som afdelingslæge (det samme som legespesialist i Norge) før man kvalifiserer til overlegestilling. I verste fall kan en maksimumstid bidra til å sementere legespesialisten som den nye reservelegen.

Det man imidlertid kan argumentere for er at man skal tilstås *lønn* som overlege etter en nærmere definert tid, for eksempel 3 år. Et slikt grep kan ventes å møte mostand hos arbeidsgiver, men i mindre grad enn en direkte konvertering. Dersom man samtidig regulerer at overlegearbeid skal gi overlegelønn (jfr. over) vil anledningen til å utnytte legespesialister som billig arbeidskraft reduseres betraktelig sammenlignet med i dag. Man vil da være sikret overlegelønn dersom man enten gjør overveiende overlegeoppgaver, eller dersom man har vært legespesialist i 3 år eller mer (uavhengig av arbeidsoppgaver).

Arbeidsgruppen anbefaler ikke å definere en maksimumstid for hvor lenge man kan være legespesialist. Overlegelønn etter et visst antall år, for eksempel 3 år, bør vurderes.

Tilhørighet til yrkesforening

Legespesialistens yrkesforening er i dag Ylf. Hvilken yrkesforening som er best rustet til å ivareta legespesialistenes interesse har vært diskutert både sentralt i foreningen, innad i OF og Ylf og mellom de to yrkesforeningene.

Det er Legeforeningens ansvar å sørge for best mulig lønns- og arbeidsvilkår for alle medlemmer, og legespesialistens tilhørighet må avspeile dette. I sum står legespesialisten i en mellomstilling mellom OF og Ylf når det gjelder både lønn og arbeidsoppgaver. Legespesialistene har som overlegene krav på etterutdanning, og de har krav på opptjening til utdanningspermisjon (med mindre de har en arbeidsplan med fordypningstid som for LIS). Flere medlemmer vil likevel være i en arbeidssituasjon som fortsatt bærer preg av å være underordnet lege. Man har ikke fått sin overlegestilling, og vil være sårbar for sanksjoner. Som det fremkommer i spørreundersøkelsen opplever noen å bli oppfattet som overlege av LIS-gruppen, og som LIS av overlegegruppen.

Arbeidsgruppen har drøftet hvordan yrkesforeningstilhørighet kan påvirke legespesialistenes støtte fra Legeforeningen, og er delt i sitt syn. Gruppens mindretall fremholder at mange legespesialister fortsatt er i en stiling som har (helt eller delvis) preg av å være underordnet lege, og at legespesialistene derfor er best tjent med å fortsatt være tilknyttet Ylf. Videre vil legespesialisten i få en rolle i OFs lønnsmasse som ligner den LIS1 har i Ylfs lønnsmasse. Flere av OFs medlemmer ønsker en lønnsstige for OFs medlemmer tilsvarende den som finnes for LIS. Etableringen av en slik vil måtte medføre en prioritering av medlemmene med størst ansiennitet og/eller kompetanse. Å sikre

legespesialistene en lønnsutvikling som er minst like god som overlegenes kan vise seg utfordrende under disse forutsetningene.

Gruppens flertall viser til at legespesialistenes kompetanse og tariffavtalte rettigheter ligner mer på overlegene enn på LIS-gruppen, og av den grunn vil være godt tjent med å være medlemmer av OF. Gruppens deltakere fra OF peker på at OFs langt større lønnsmasse vil gjøre det lettere å heve legespesialistens lønn, og at OF har særskilt kompetanse for å forhandle frem gode avtalevilkår for spesialister.

Det er gode argumenter både for å beholde legespesialisten i Ylf og for å flytte dem over til Of. Utfordringsbildet med hva gjelder både lønn og øvrige arbeidsvilkår kan variere betydelig fra legespesialist til legespesialist. Et alternativ til fast tilordning til underforening kan være valgfrihet for den enkelte legespesialist om man vil være tilknyttet Ylf eller OF.

Gruppen er delt i synet på hvorvidt legespesialisten bør tilhøre Ylf eller OF. Arbeidsgruppens mindretall mener at legespesialisten fortsatt bør tilhøre Ylf. Arbeidsgruppens flertall mener det bør gjøres valgfritt for den enkelte legespesialist om man vil tilhøre Ylf eller OF.