

# Faste LIS- stillinger i sykehus

*Utfordringer for utdanningskapasitet i spesialisthelsetjenesten på grunn av faste LIS stillinger?*

Hans Jacob Michaelsen



Masteroppgave

Erfaringsbasert masterstudie i helseadministrasjon

MHA graden

Institutt for Helseledelse og Helseøkonomi

UNIVERSITETET I OSLO

30.11.2017





## Innledning og motivasjon for masterprosjekt

I september 2014 inngikk Den norske Legeforening ( DnLf) avtale med arbeidsgiverorganisasjonen Spekter om faste stillinger for leger i spesialisering (LIS). Dette kom i stand som en del av overenskomsten del A dette året, der avtalen ble undertegnet etter mekling(1). Avtalen betegnes som en reform for sykehusleger som i svært liten grad har hatt faste ansettelser og forutsigbarhet for sine arbeidsforhold.

Reformer har til hensikt å endre, det være seg prosesser, betingelser for prosessen eller også sluttresultatet med fredelige midler(2).

For å beskrive egen relasjon til reformen er det naturlig å ta utgangspunkt i eget utdanningsløp. Betingelsene for spesialistutdanningen var en nyopprettet fem års utdanningsstilling hvor jeg hadde avtjent turnustjeneste og var etablert med familie og nettverk, uten forutgående erfaring i faget. Jeg opparbeidet gradvis kompetanse gjennom rotasjon mellom to sykehus i tre år, deretter sidetjeneste i seks måneder før planlagt 18 måneder gruppe én tjeneste ved nærmeste gruppe I sykehus. Kontakten hit tok jeg selv. Etter spesialiseringen jobbet jeg i vikariat som overlege i to-tre år på gruppe I sykehuset ( siden de fleste mindre sykehus setter pris på at man også får erfaring med ”tyngre” oppgaver på selvstendig grunnlag før man returnerer hjem). Jeg fikk første faste overlegestilling i 2009 etter å ha vært spesialist i 3,5 år. Jeg var da 42,5 år gammel, hadde aldri vært til et jobbintervju for en stilling siden turnustjenesten 13 år tidligere. Yrkeslivet så langt hadde bestått av midlertidige stillinger med varierende grad av forutsigbarhet. Jeg opplevde gjensidig tillitsforhold til arbeidsgiverne jeg hadde truffet på som alle hadde et genuint ønske om at utdanningen måtte bli best mulig tilrettelagt. Etter hvert skiftet jeg helseforetak, med subspesialisering og videreutdanning i helseledelse. For tiden er jeg seksjonsleder for legene i avdelingen med personalansvar for ca 60 leger, og jeg har også fungert som avdelingssjef en periode.

Den LIS gruppen jeg selv var en del av besto av leger i forskjellige faser av utdanningen, noen helt i startfasen, noen med ett- to års erfaring og noen i påvente av gruppe I tjeneste.

Noen i vikariat for lege i gruppe I tjeneste , andre kunne være i vikariat for svangerskaps- eller pappapermisjon. Alle som startet i utdanningen og egnet seg for faget har fullført utdannelsen og er pr i dag i overlegestillinger rundt om i Helse Sør Øst.

Ansettelsesforhold som LIS leger varierte, enkelte jobbet i vikariat i påvente av utdanningsstilling, de med kortest tid igjen til spesialitet hadde fire, eller fem års stillinger. Noen avdelinger hadde også fordypningsstilling ( D- stilling) for forskning, men felles for de fleste i utdanning var å avslutte spesialistutdanningen i en utdanningsstilling enten i ens opprinnelige sykehus eller i gruppe I sykehuset. Når spesialistutdanningen var ferdig søkte man jobb i overlegestillinger i ”hjemsykehuset”, fortsatte i en konstituert overlegestilling som en fortsettelse av den tidsbegrensede utdanningsstilling eller gikk inn i et overlegevikariat i gruppe I sykehuset.

”Tidligere så ble ca 80% av de vi sendte til Oslo værende igjen” er et sitat fra en av mine informanter i denne masteroppgaven. ”Så lenge du ikke stjeler av kassen eller tar livet av våre pasienter, kan du anse dette for en fast stilling frem til spesialist” er et annet. Jeg har møtt mange helseledere innen anestesifaget og intervjuet en del av disse for denne masteroppgaven. Tradisjonelt får utdanningskandidatene en opplæring med kontinuitet og tilpasning av oppgavene i takt med økt erfaringsgrunnlag. Først og fremst er vaktkompetanse viktig siden spesialiteten har omfattende vaktoppgaver. For å kunne være operativ og vaktkompetent kreves et visst grunnivå av kunnskap og håndtering av praktiske prosedyrer. Korte vikariater på 3- 6 måneder hvor hovedtyngden av arbeidet er pasientvisitter eller poliklinikkarbeid uten at man nødvendigvis må mestre fagspesifikke prosedyrer gir lite mening i anestesifaget, men kan være en realitet i andre fag med kortere horisont for bemanningsbehov. Anestesifaget har tradisjon for å gi alle leger spesifikk opplæring for faget med lang horisont, repeterte vikariater og bygging av en solid base før spesialiteten blir fullført. Til tross for manglende forutsigbarhet ved gjentatte vikariater har man tross alt vært trygg på at man å få fullført utdanningen og bli spesialist, dessuten har et fordelaktig arbeidsmarked sørget for faste jobber som spesialister.

I januar 2017 tiltrådte jeg et vikariat som seksjonsoverlege for legene i Anestesiavdelingen , ved Akershus Universitetssykehus, Ahus. Jeg kom til stillingen etter et 4 måneder langt vikariat som konstituert avdelingssjef i samme avdeling. Stillingen innebærer personalansvar for legene i avdelingen, ca 60 stillingshemler.

I løpet av de to første ukene i 2017 ble vi forespurt om gjennomgang av alle ansattforhold for våre LIS av foretaks- og avdelingstillitsvalgt. Det ble fremmet ønske om å få utlyst avdelingens eventuelt ledige faste LIS stillinger. På dette tidspunkt hadde vi fire faste LIS stillinger for utlysning. Den forutgående utlysningsrunden i avdelingen 18 måneder tidligere var kritisert og flere som følte seg forbigått. En kartlegging av avdelingens LIS ressurser viste følgende oversikt for 18 stillingshjemler:

- 12 fast ansatte LIS, hvor 10 var i gruppe I tjeneste
- 15 LIS i vikariater
- 4 LIS i foreldrepermisjon.
- 2 LIS i sidetjeneste

Totalt 33 leger med ansettelsesforhold på 18 stillinger.

- 1 LIS ansatt av Forsvaret med vaktlønn fra avdelingen.

I dialogen med LIS tillitsvalgt og foretakstillitsvalgt Yngre legers forening ble vi bedt om å kartlegge

- antall LIS med sammenhengende vikariat i mer enn 3 år og om vi hadde til hensikt å tilby disse fast stilling etter Aml § 14-9 b
- Antall vikariater
- Varighet av vikariatene
- Vikariater for navngitte personer?

Tradisjonelt forlenges vikariater i 6 måneder av gangen, og permisjoner for gruppe én tjeneste gis i 2 år. Fire stillinger ble lyst ut, og da søknadsfristen gikk ut talte vi opp 74 søknader og kalte inn 12 LIS til intervju. Avdelingssjef tok opp med jurist i foretakets HR avdelingen angående hvordan vi skulle håndtere rettslig krav etter Aml §14-9b, altså mer enn 3 år sammenlagte vikariater i foretaket, og juristen påla oss å umiddelbart stoppe ansettelsesprosessen. Begrunnelsen for dette var at vi ikke kunne lyse ut stillinger når vi hadde leger med et rettslig krav, disse måtte gis fast ansettelse. Dessuten ble vi gjort klar over at det er sammenlagte vikariater i foretaket som er gjeldende, ikke avdelingen.

I løpet av de neste to til tre månedene gikk i alt fire leger ut i foreldrepermisjon og forlengelse av vikariatene deres ville føre alle over tre års grensen for sammenlagte vikariat. Vikariatene de svangerskapspermitterte hadde var de hver seg den best kvalifiserte for og hadde dermed fortrinn til neste vikariat så sant den de var i vikariat for ikke var tilbake i sin stilling. De samme vurderingene ville av diskrimineringshensyn også måtte gjelde for mannlige LIS (pappaperm), slik at vi innså at vi innenfor rimelig tid (ca ett år) ville få

overtallighet i avdelingen. Vi gir 24 måneder permisjon for gjennomføring av gruppe I tjenesten, og det gis automatisk forlengelse av denne for foreldrepermisjon. Hver enkelt LIS i gruppe I, og alle disse hadde fast stilling, vil altså lage minst 2 års vikariat etter seg. Foreldrepermisjoner i denne perioden vil forlenge vikariatene. Vikarutfordringen for avdelingen utgjøres av permisjoner for gruppe I, vikar for fast LIS eller vikar i sidetjeneste eller vikar for fast ansatt LIS eller en vikar i foreldrepermisjon. Dessuten er avdelingen til enhver tid avhengig av fulle vaktlinjer, ikke minst i forbindelse med ferieavviklinger. For å sikre tilstrekkelig vaktkompetanse må man derfor planlegge med overlapping før planlagte permisjoner.

Høsten 2016 forlot flere av våre erfarne LIS vikarer avdelingen for gruppe I tjeneste. Disse hadde nå ikke lenger et ansettelsesforhold i avdelingen, og opparbeiding av sammenlagte vikariater var brutt. I stedet for disse kom LIS vikarer fra andre helseforetak med to til tre års erfaring, dels for å etablere seg i Osloregionen (følge familien), dels for utdanningshensyn gjennom at vårt sykehus har deler av gruppe én utdanningen i anestesifaget. I januar 2017 utløp overgangsreglene for den gamle ordningen ( utdanningsstillinger) da det ble besluttet i OUS at alle LIS som søkte gruppe 1 tjeneste for fullføring av sin spesialistutdanning måtte komme fra en fast LIS stilling.

Prognosen for antall ansatte i vår avdeling var komplisert. I løpet av det kommende året hadde vi ikke varslet avgang for pensjon og hadde dermed ikke ledige overlegehemler for nyutdannede legespesialister som etter planen vil returnere til avdelingen i 2018.

Prinsippene for faste ansettelser er at den best kvalifiserte skal ansettes, og det var ikke selvsagt at ansettelsesprosessen munnet ut i at leger med rettslig krav var best kvalifisert. For hver av disse legene vi ikke ga fast ansettelse løp risikoen for at denne legen ville fremme rettslig krav. Jo flere med fast ansettelse etter utlysning og med rettslig krav samt mangel på overlegestillinger til ferdige legespesialister, ville LIS/legespesialistgruppen kunne bli svært stor. Dersom utdanningstakten er raskere enn avgang av overleger til andre foretak eller pensjon vil det kunne komme til opphopning av legespesialister i LIS gruppen. LIS i påbegynt utdanning uten fast stilling eller reelt vikariat måtte i så fall avslutte arbeidsforholdet. Noen av legespesialistene går i konstituerte overlegestillinger som følge av tariffestet permisjon (overlegeperm). Dette forlenger vikariatomfanget ytterligere. Totalt antok vi at avdelingen i løpet av sommeren/høsten 2018 kunne ha 23-24 faste LIS ( av 18 stillinger) uten tilgang på overlegestillinger. Linjeledelsen i sykehuset vil trolig ikke akseptere et slikt overforbruk av midler og derfor kontaktet vi HR avdelingen for vurderinger om hvordan eventuelle nedbemanninger/oppsigelser skal foregå. Etter Arbeidsmiljøloven

§14-2 ville fortrinnsrett for oppsagte være gjeldende. En slik praksis blant leger i utdanning er så vidt vi forstår ikke kjent i Norge tidligere og vil bety endret praksis for hvordan man ivaretar LIS legene i avdelingen for å bringe frem ferdige spesialister.

Våren 2017 konkluderte vi med å lyse ut fire LIS stillinger for fast ansettelse, og at vi kunne ende opp med betydelig overtallighet som kunne bety oppsigelsesprosesser i avdelingen. Imidlertid var det ikke vilje til å fravike prinsippet om at den best kvalifiserte skal ansettes. Ansettelsesprinsippene etter føringer i avtalen mellom Spekter og DnLf ble derfor fullført. Overtallighet, forsinket utdanningsløp samt brems eller bråstopp i utdanning av anestesileger framstår som en mulige utilsiktede effekter av avtalen mellom Spekter og DnLf om faste LIS stillinger. Dette er grunnlaget for min motivasjon for å studere denne avtalens premisser, interaksjonen med de nye tidsbestemmelsene i Aml §14-9b, og om andre avdelinger i vårt regionale helseforetaket gjenkjenner disse utfordringene, hva de eventuelt gjør med dette og om mulig hva resultatet av potensielle problemer kan bli.



Copyright Forfatter

År 2017

Tittel Faste LIS- stillinger i sykehus. utfordringer for utdanningskapasitet i spesialisthelsetjenesten på grunn av faste LIS stillinger?

Forfatter Hans Jacob Michaelsen

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Allkopi, Parkveien, Oslo.





# Sammendrag

Faste stillinger for leger i spesialisering kom i stand gjennom tarifforhandlingene mellom Den norske Legeforening og Spekter, og ble en del av overenskomsten i 2014(3). Samtidig ble det foretatt en revisjon av arbeidsmiljøloven som blant annet resulterte i endring av §14-9 b(4). Denne bestemmelsen gir adgang til å ansette i vikariat i arbeid i stedet for en annen. Avtalen forutsetter samarbeid mellom foretakene siden gruppeføringen i utdanning medfører tjeneste i minst to foretak. Avtalen forutsetter fast ansettelse i gruppe II sykehus og midlertidig ansettelse, gjennomstrømningsstilling, i gruppe I sykehus. Avtalen har lagd en ny stillingskategori, legespesialist, som er fast ansatt og har egen lønnskategori. Hvilke effekter summen av disse endringene har på utdanningskapasitet ble undersøkt.

**Materiale og metode:** Semistrukturerte intervjuer med avdelingsledere i anesthesiavdelinger i Helse Sør-Øst. Som snøballeffekt fra disse intervjuene ble det gjort semistrukturerte intervjuer med forhandlingsledere for partene bak avtalen. Avdelingsledere ble rekruttert etter at deres avdeling hadde besvart spørreskjema, 8 av 10 skjemaer besvart. Demografiske data fra Statistisk Sentralbyrå og legeforeningens medlemsregister. Intervjuer gjennomgikk kvalitativ analyse ved hjelp av systematisk tekstkondensering(5). Kvantitative data og demografi presenteres deskriptivt.

**Teori:** Fast ansettelse er hovedregelen i arbeidslivet. Midlertidighet hevdes å gi utrygghet, manglende forutsigbarhet, økt sykkelighet og dårligere pasientsikkerhet grunnet avhengighet av neste vikariat. Prosesser for faste stillinger har kommet lengst i Skandinavia, men ønske om bedret stillingsvern er på agendaen i andre europeiske land.

**Resultater:** Faste stillinger ble i hovedsak tildelt på bakgrunn av ansiennitet. Noen avdelinger konverterte alle utdanningsstillinger, andre åpnet for konkurranse ved utlysninger, men ansatte sine egne LIS leger. Det var lite diskusjon om tildeling men friksjon har oppstått etter komitevurdering av søkere. Kvalifikasjonsprinsippet har ikke entydig definisjon. Utdanningstakt av anestesileger overgår forventet avgang til pensjon. Fem av åtte avdelinger har LIS leger som ikke vil få fast stilling. 12,5% av spesialistene er i underordnet stilling, 30% av de underordnede stillingene totalt.

**Konklusjon:** Anesthesiavdelingene i Helse Sør-Øst har i oktober 2017 ikke overtallighet som følge av avtalen. Effekten av ny bestemmelse i arbeidsmiljøloven kan bli gjeldende i løpet av 2018. Ferdige legespesialister utgjør en stor andel av de underordnede stillingene. Det er en ny praksis i avdelingene i og med at leger i vikariat ikke får fortsette sin utdanning. Reformen har så langt, et kort tidsvindu, og effektene kan være tydeligere om 12-18 måneders tid.



# Forord

Ansettelse av LIS leger i faste stillinger har vært et ønske for leger i utdanning i mange år. Usikkerheten ved å ikke vite hvordan de neste månedene, årene og videre karriere vil se ut er et dypt og ektefølt ønske når man allerede har etablert seg med bolig, barn, skolegang og andre forpliktelser slik andre yrkesgrupper har. Mangelen på stillingsvern når livet ikke er helt i harmoni eller utfordringene ikke møter det man forventes å prestere i et konkurransemiljø føles urettferdig når andre yrkesgrupper har det. Kjønnfordelingen blant leger er endret og snart er kvinner under utdanning i flertall med de samme utfordringer til for eksempel svangerskapspermisjon som i øvrige profesjonsgrupper.

Ledelsesansvaret ved ansettelse har blitt aktualisert ved avtaleinngåelsen. Det er de best kvalifiserte som skal ansettes, akkurat slik man har ansatt den best kvalifiserte overlegen tidligere og slik man har gitt den beste av de tre som hadde kortest tid igjen til ferdig spesialisitet en utdanningsstilling for fire, fem eller seks år. En utfordring for lederne kan være å ansette de best kvalifiserte legene når ansettelsen er fast, versus den som tidligere hadde kortest tid igjen til spesialisitet og fortrinn til utdanningsstillingen. Hvis vedkommende var en man ikke ville ha fast ansatt gjorde ikke det noe siden utdanningsstillingen var midlertidig. Dersom konkurransen er stor kan privilegiet og ansvaret å kunne velge blant mange kvalifiserte også være stort, men det kan by på utfordringer å skille kandidater fra hverandre. For de som ikke ansettes kan opplevelsen av å bli satt på vent i utdanningsprogresjon være høyst reell siden fast ansettelse er påkrevd for å fullføre spesialisiteten.

Like lenge som det har vært ønsket å få faste stillinger har frykten for overkapasitet og propping av utdanningssystemet blitt varslet. Dette masterprosjektet har intensjon om å vurdere om denne ”frykten” er reell, eventuelt på hvilket nivå og med hvilke mekanismer. Jeg er takknemlig ovenfor de avdelingslederne i Helse Sør- Øst som satte av tid til å bli intervjuet og besvarte et spørreskjema, likeså er jeg dypt takknemlig for å få innpass hos arbeidsgiverorganisasjonen Spekters forhandlere, sjefsøkonom Stein Gjerding og spesialrådgiver Stian Bøe og hos tidligere Yngre legers forening leder, og president i Den norske Legeforening Hege Gjessing. Disse har gitt meg uvurderlig innsikt i hvordan stillingsvernet og de faste ansettelsene av LIS leger ble en del av overenskomsten i 2014. Anders Taraldset i Legeforeningens medlemsregister har skaffet oppdaterte statistikk over norske anestesileger. Min veileder Anne Karin Lindahl fortjener mer enn takk. 2 prosjektbytter i løpet av MHA-utdanningen til tross, hun sa ikke nei til å stille med påkrevd hjelp og støtte til tross for tidsfrister som bare kommer nærmere og nærmere.



# Innholdsfortegnelse

1	Innledning- avtalen mellom Spekter og Den norske legeforening .....	0
2	Materiale og metode.....	1
3	Teori: Fast ansettelse versus midlertidige stillinger .....	4
4	Arbeidsmarkedsfaktorer, anestesileger Norge.....	8
5	Resultatdel .....	21
	a Nåsituasjon i anesthesiavdelinger, Helse Sør-Øst.....	21
	b Overgang fra utdanningsstillinger til faste LIS stillinger .....	23
6	Diskusjon.....	30
	Litteratur liste.....	366
	Vedlegg / Appendiks.....	411





## 1 Innledning- avtale Spekter/ DnLf og Aml §14

I september 2014 inngikk arbeidsgiverforeningen Spekter og Den norske Legeforening ( DnLf) avtale som regulerer faste stillinger for Leger i Spesialisering (LIS). Avtalen kom i stand som del av den generelle overenskomsten mellom partene i hovedoppgjøret samme år. Prosessen fram til denne ordningen har strukket seg over nærmere 60 år, og det første utspillet fra Yngre legers forening (Ylf) for flere faste stillinger i sykehus kom allerede i 1956. Dette utspillet førte ikke fram, men arbeidslivspartene ble i 1985 enige om en stillingsstrukturavtale ( SSA) som skulle regulere legers tilsetning i utdanningsstillinger. Denne avtalen hadde til hensikt å regulere flere områder omtalt allerede i 1956; legemangel, utdanningskapasitet, god kvalitet, geografisk fordeling av spesialister og forholdsmessig fordeling mellom lærer og svenn eller overleger og utdanningskandidater. Dessuten skulle denne avtalen fjerne mulighet for favorisering ved ansettelse.

SSA var gjeldende frem til 2002 da avtalen løp ut. Da avtalen ble inngått fikk en av fire utdanningskandidater i sykehus fast ansettelse ( for gruppe II sykehus) og hensikten var å bre ordningen ut med faste stillinger for alle utdanningsstillinger i sykehus. I 2002 hadde kun en av 12 leger fast ansettelse, 90-95% av legene i spesialisering arbeidet i vikariater, og gjennomsnittlig alder for første fast ansettelse var 41 år (2008).

Arbeidsmiljølovens (Aml) bestemmelser om midlertidige ansettelse ble sist revidert i juni 2015.. Den mest omdiskuterte paragrafen her er Aml §14-9f som gir anledning til midlertidig ansettelse inntil 12 måneder på generelt grunnlag for inntil 15% av arbeidstagerne i et foretak. En slik adgang fantes allerede etter bokstav a i samme paragraf, men kun "når arbeidets karakter tilsier det og arbeidet atskiller seg fra det som ordinært utføres i virksomheten». Den nye bokstaven f gir rom for midlertidig ansettelse for en periode på inntil 12 måneder, og har til hensikt å få flere ut i arbeidslivet. Slike avtaler kan ikke omfatte mer enn 15 % av arbeidstakerne i virksomheten, men kan likevel inngås med minst en arbeidstaker (kvote).

Oppsummering av endringene i 2015 står å lese på regjeringens hjemmeside:

» Fast ansettelse vil fortsatt være hovedregelen i arbeidsmiljøloven, men endringene i reglene om midlertidig ansettelse vil gjøre det noe enklere å ansette midlertidig. Det innføres en ny, generell adgang til midlertidig ansettelse uten vilkår i inntil tolv måneder, kombinert med

begrensninger; karantene, kvote og arbeidstid”.

”Arbeidstaker skal ha krav på fast ansettelse etter tre år som midlertidig ansatt på generelt grunnlag og ved vikariater. For øvrig videreføres den gjeldende fireåsgrense ved ansettelse når arbeidet er av midlertidig karakter (dagens hovedregel). Den nye treårsregelen gjelder kun for arbeidsavtaler som inngås etter ikrafttredelsen.»

I og med lovendringen vil vikariater etter bokstav Aml §14-9 b kunne kreve/ ha rettslig krav om fast stilling i foretaket hvor vikariatene har forekommet. Eventuelt fravær kommer ikke til fradrag, for eksempel svangerskapspermisjon. En avdeling i et sykehus er ikke et rettslig subjekt etter lov om helseforetak (Aml §14-9, f, 7.ledd), det er det foretaket som er.

Spesialistutdanning er tradisjonelt delt i to faser, gjennom gruppeføring av sykehusene.

Unntatt er spesialitetene allmenntidisin, samfunnsmedisin, arbeidsmedisin, barne- og ungdomspsykiatri, patologi og psykiatri. Alle spesialiteter så nær som geriatri (12 måneder) har krav om 18 måneder tjeneste i gruppe 1 sykehus(6). En sammenlagt utdanningslengde i anestesifaget på fem år, inkludert sidetjeneste ( inntil 12 måneder) gjør at paragrafen om sammenlagte vikariater sjeldent har vært i bruk for leger siden man sjeldent var 4 år i samme foretak i utdanningen. Spørsmålet har blitt prøvd i flere rettsinstanser, omtalt som praksisarbeidersaken(7), og spørsmålet om retten til fast ansettelse etter flere år i midlertidige stillinger (4 års regelen, Aml §14-9b) men ble avvist av Høyesterett(7).

Utgangspunktet for forhandlinger var etter denne dommen snudd på hodet for DnLf. Det som i tiden 2008-2010 så ut som et rettfærdig krav med hjemmel i Aml om at ansettelser i utgangspunktet skal være fast, hadde definert alle LIS leger som praksisarbeidere og fastslått at den pågående praksis var lovlig og i legenes disfavør. Til forhandlingsbordet med Spekter kom et politisk ønske om bedre utnyttelse av kapasiteten i sykehusene ved å utvide åpningstiden. Resultatet ble faste LIS stillinger i overenskomsten og endret dagtidsarbeid for alle leger til klokken 18.

## 2. Materiale og metode:

Hvilke utfordringer har anesthesiavdelingene i Helse Sør-Øst fått, 3 år etter at avtalen om faste LIS- stillinger i sykehusene kom? Hvordan samvirker de nye vikarbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven med avtalen? På hvilken måte kan den nye stillingskategorien ha effekt på bemanningssituasjon og utdanningsforløp for de som ikke har fast stilling? Denne masteroppgaven benytter kvalitativ metode for undersøkelse av

forskningsspørsmålet, "Kan avtalen mellom Spekter og DnLf ha ført til endrede betingelser for spesialistutdanningen av anestesileger?" Nullhypotesen er derfor: Avtalen mellom Spekter og den Norske legeforening om faste stillinger for leger i spesialisering har ikke negativ konsekvens for utdanningstakten av anestesileger i Helse Sør-Øst. Det er gjort semistrukturerte intervjuer av et strategisk utvalg avdelingsledere i anesthesiavdelinger i Helse Sør-Øst på bakgrunn av besvart spørreskjema ( åtte av 10 returnert) .

Først ble det foretatt en spørreundersøkelse hvor jeg sendte ut spørreskjema via mail til avdelingsledere i 10 avdelinger i Helse Sør-Øst. Representativitet for store, små og gruppe I sykehus ble forsøkt ivaretatt, samtidig som at alle deler av regionen er representert. Disse dataene fremstilles deskriptivt. Åtte av skjemaene ble returnert. Purring ble sendt via mail til ikke besvarende avdelinger, og en avdeling svarte eksplisitt at den ikke ville delta. Data fra spørreskjema beskriver bemanningssammensetningen i anesthesiavdelinger i Helse Sør-Øst i oktober 2017, og prognose for avgang fra avdelingene innen 5 år. Gjennom oppdatert statistikk innhentet fra Statistisk Sentralbyrå (SSB) og Legeforeningens medlemsregister, beskrives demografisk populasjon av anestesileger i Norge generelt og i Helse Sør-Øst spesielt med fokus på tilfang og avgang for å antyde en prognose for anestesiarbeidsmarkedet i helse Sør-Øst frem mot 2030.

Den kvalitative datainnsamlingen er intervjuer av et strategisk utvalg. Først ble det gjort telefonintervju med avdelingsledere eller ledere som var involvert i ansettelsene av faste LIS slik avtalen mellom Spekter/Dnlf la føringer for og som har lederansvar i dag. Rekrutteringen av disse informantene er gjort av avdelingsledere fra avdelingene som hadde returnert spørreskjema, eller som hadde vært avdelingsleder i samme avdeling da avtalen kom i stand og ble satt i verk i avdelingene. Det ble gjort ni intervjuer, en avdeling er representert med to intervjuer. I løpet av denne intervjuerier ble interessen for elementer i avtaleteksten aktualisert av informanter. Denne snøballeffekten av intervjuene førte til at jeg omarbeidet intervjuguiden med tanke på å bedre forståelsen av avtalen mellom Spekter og DnLf gjennom telefonintervju/ intervju med ledere/forhandlere i Spekter/Dnlf. I denne settingen har jeg intervjuet to, henholdsvis en informant fra hver side av forhandlingsbordet. Disse informantene ble intervjuet med en tilnærmet lik intervjuguide og semistrukturert intervjuteknikk.

Avdelingslederne er intervjuet telefonisk og det ble gjort opptak av samtalene ( TapeACall, Epic Enterprises, New York, USA) og samtale ( Digital Recorder, Vince Truong, iTMAKER Software). Alle 11 intervjuene ble transkribert rett etter at intervjuet var avsluttet, for så å dele intervjuet med informantene via mail for godkjenning av innholdet. Når godkjenning forelå ble opptaket av intervjuet slettet. Samtlige informanter har muntlig, og skriftlig med informasjonsbrev blitt informert om denne metode og akseptert før intervjuet startet. Alle transkripsjoner blir slettet når masteroppgaven er godkjent. Metoden ble testet i Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjenestes (NSD) meldepilkttest(8), og er ikke meldepliktige til NSD.

Den kvalitative analysen benytter prinsippene for systematisk tekstkondensering(5).. For å teste modellen ble det gjennomført en pilot. Min nærmeste kollega med personalansvar for LIS leger i avdelingen deltok i et test-intervju med samme intervjuguide som informantene. Pilotene egnet seg godt for å identifisere interessante utsagn og tekstdeler som kunne bearbeides videre. Forsøk på å besvare spørreundersøkelse, som lå utenfor denne kollegaens ansvarsfelt avslørte at et av spørsmålene var svært vanskelig å forstå/ ga ikke mening.

Spørsmål nummer 11: "Har din avdeling vikarstafett?" ble derfor fjernet fra datasettet. Etter dette appliserte jeg prinsippene for systematisk tekstkondensering. Først leste jeg gjennom alle tekstene med henblikk på å legge merke til temaer som går igjen. Disse temaene ble så merket, sortert og tatt ut til egne Word- dokumenter med navn på temaer. Fra temalisten sorterte jeg vekk elementer som kun hadde en informasjon, og slo sammen temaer som så ut til å bære lignende informasjon. Denne prosessen forefinnes loggførte jeg for senere å kunne identifisere prosessen. Hele tekstmaterialet ble så gjennomgått med tanke på å finne gjentatt tekst basert på temaene. Teknikken jeg brukte var fargemerking av alle tekstbrokker hvor temaet forekom systematisk gjennom alle intervjuer, deretter kopierte jeg disse tekstbrokkene til egne dokumenter. De nye dokumentene kodet jeg informasjon som syntes å være gjennomgående og meningsbærende slik at det foreligger to til 3 subgrupper for hvert tema. Noen av subgruppene ble identifisert til å ha sammenfallende innhold på tvers av tema og derfor slått sammen før jeg foretok et kondensat av subgruppene innen hvert tema/koder. Til slutt satte jeg sammen denne informasjonen i en analytisk kontekst i lys av temaet og

det opprinnelige spørsmålet. Analysene er demonstrert med såkalte gullsitater ved utvalgte sitater

Min forforståelse av problemstillingen har jeg forsøkt å være klar over under tekstkondenseringen. Utvalget av temaer, hva jeg oppfatter som meningsbærende tekst og hvordan dette kondenseres til subgrupper er utsatt for å være farget av forforståelsen. Det er anbefalt at flere enn en forsker bør identifisere temaer fra råtekstene, og at man bør møtes for forhandling om hvilke temaer som skal tas med videre. Dette steget i analyseprosessen har jeg ikke foretatt, og forestår alle temavalg, koder og utvalg av meningsbærende elementer før kondensering på egenhånd. Kunnskapen som analysen av intervjuetekstene har ble så satt sammen med funn fra spørreundersøkelsen, statistikk fra SSB og Legeforeningens medlemsregister og lagt sammen danner informasjonen grunnlaget for diskusjonen.

### 3 Teori: Faste stillinger versus midlertidige stillinger

Rett til arbeid, til ansettelse og arbeidstid er lovbestemte rettigheter(9). Ifølge Asbjørn Eide, ”Menneskerettigheter i det norske rettssystem fra 1814 til 1970” har det forekommet en utvikling av disse rettighetene i lovverket. Den norske grunnloven av 1814 hadde ingen egen erklæring om menneskerettigheter slik man historisk har hatt i USA, Frankrike og England(10). I 1948 ble Verdenserklæringen (VE)(9) vedtatt av FN men før denne fantes det i norsk rettstenking ingen forestilling om systematiske menneskerettigheter i Norge, ei heller regulering av rettigheter til arbeid(11). VE regulerer arbeid i artikkel 23, arbeidstid, hvile, ferie og lønn i art 24 og sosiale bestemmelser i art 25. I 1954 ble grunnloven endret ved at §110, første ledd sier :

” Dei statlege styresmaktene skal leggje til rette for at kvart arbeidsført menneske kan leve av arbeidet sitt eller næringsverksemda si.<sup>1</sup> Den som ikkje sjølv kan forsyte seg, har rett til stønad frå det offentlege”.

Det finnes ingen egen norsk lov om rett til arbeid for alle da dette anses å være en for stor inngripen i det frie arbeidsmarkedet og med tanke på fluktuasjoner i produksjonslivet. Behov for strukturendringer i produksjonen er en av flere faktorer som gjør det vanskelig å etablere en ubetinget rett. Debatten rundt dette er jo så vidt startet jfr. automatisering av arbeidslivet, robotisering(12)

§110 fikk tillegg (nytt 2.ledd) i 1980 om deltakelse i avgjørelser på egen arbeidsplass jfr. bedriftsdemokratiet.

Det er få generelle bestemmelser som tilsvarer artiklene i de internasjonale konvensjonene slik som eks retten til adekvat levestandard (VE art 25), men man har tallrike enkeltbestemmelser som regulerer dette, blant annet lover om arbeidstid (særlig arbeidsmiljøvernloven av 1977) og trygdlovgivning(11).

### **Sykehuslegers ansettelsesforhold og arbeidstid.**

Norske sykehusleger er som andre arbeidstagere i hovedsak ansatte etter Arbeidsmiljølovens §14-9, det vil si at hovedregelen er fast ansettelse(13). Leger i jobb utenfor sykehus er i all hovedsak privatpraktiserende, enten gjennom driftsavtaler med kommuner (fastleger) eller regionale helseforetak (avtalespesialister)(14). For disse er avtalene regulert gjennom henholdsvis lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, forskrift om fastlegeordningen, rammeavtaler og sentrale forbundsvises særavtaler mellom partene.

### **Legers arbeidstilknytning i Norge i forhold til andre land.**

Statistikk fra EU kommisjonen mellom 2005-2015 viser en økning i spesialister i sykehus i forhold til generalister i allmennmedisin. Spesialistene har to typer ansettelsesrelasjon, enten som fulltidsansatt eller som privatpraktiserende med rett til å behandle pasienter i sykehus. Tyskland har størst andel fulltidsansatte med 83% (av 184000), mens Kypros(23%) og Belgia (26%) har lavest andel (15)(16). I USA er ca 50% av legene privatpraktiserende. Ca 20% av amerikanske leger driver allmennpraksis, og det har blitt stadig vanligere å jobbe i gruppepraksis, ansatt av helseorganisasjoner (som Kaiser Permanente) eller for myndighetene i Medicaid/Medicare programmene(17). Utdannelsesprogrammene er regulert i treårige residency programs innen hver spesialitet. Disse programmene monitorer kontinuerlig kandidater for tilstrekkelig kompetanse, dersom utilstrekkelig kan man bli fjernet fra programmet. Lisens oppnås når man har fullført programmet og man kan da avlegge "Board certification" som er en nasjonal eksaminering, men det er ikke obligatorisk. Etter dette kan man søke seg en fast jobb innen de forskjellige arbeidsfeltene(18). Arbeidsvilkår for underordnede leger (junior doctors) har vært særlig mye debattert i Storbritannia etter at nye "Junior Doctors Contracts" ble innført under kontroll av Health Education England(HEE)(19). Særlig har beskyttelse av ansettelsesforholdet i forhold til "whistle blowing" blitt diskutert. HEE har ikke arbeidsgiveransvaret, det har National Health

Service( NHS) men kan terminere et utdanningsløp i og med at man kontrollerer NTN's (national training numbers) og kan trekke disse tilbake noe som kan stoppe en underordnet sin utdanning og dermed arbeidsforhold. Striden i Storbritannia står altså om basalt oppsigelsesvern.

### **Særnordisk i forhold til resten av verden**

Ansettelsesvilkår i Sverige har to former, enten som tillsvidareanställd (fast ansettelse) eller visstidsanställd (tidsbegrenset ansettelse) Gjennom kampanjen fastjobb.nu, tidlig på 2000 tallet har det vært et siktemål å få faste stillinger i alle ledd i helsetjenesten(20).

Universitetssykehusene fikk unntak fra hovedregelen av 1992 om faste ansettelse og Forordning 1998 :1518 ga unntak for universitetsklinikkene angående fast ansettelse med motivasjon om å få nyutdannede spesialister ut av universitetsklinikkene og tilbake til mindre sykehus. I "Pasientmaktsutredningens sluttbetenkning (Ansvarsfull hälso- och sjukvård, SOU2013:44) foreslår man å trekke tilbake muligheten for midlertidig stilling i universitetsklinikkene. Sveriges Yngre Läkars Förening (SYLF) mener at man skal ha fast ansettelse som ST lege (=LIS) og at ansettelse bør være transparente etter utlysning(21).

### **Er fast ansatte leger i Norge et sykehusfenomen?**

Norske allmennleger er i all hovedsak privat praktiserende gjennom fastlegeordning eller ved helt private praksiser. Det finnes også driftsavtaler eller private praksiser for spesialistleger, eventuelt i fellespraksiser. En nystartet prøveordning for LIS i allmennmedisin, ALIS-Vest ansetter LIS i utdanningsstilling(22)(23).

### **Risiko ved midlertidig ansettelse**

I Policyskriv fra DNLF, SYLF og European Junior Doctors(EJD) refereres det til risiko ved midlertidige ansettelse. Disse kan være :

- Økt sykkelighet, særlig for den psykiske helsen.
- Flere skader, særlig skaderisiko utsatt industri.
- Føle seg presset til å jobbe mer og utenfor verneregler.
- Vern ved graviditet.
- Tør ikke melde fra om uheldige hendelser.
- Manglende balanse jobb, fritid, forutsigbarhet for familie.(24)(21)(25)



Norge har veldig høy sysselsetting og lavest arbeidsledighet i Europa, 81% og 77% for henholdsvis menn og kvinner. Bare Sveits og Sverige har høyere sysselsettingsandel. Det er færre midlertidig ansatte i Norge (8%) versus Europa (15%), og det er særlig yngre arbeidstakere som har midlertidige kontrakter.(13)

Det finnes ikke norsk forskning på området, men i en kunnskapsoversikt fra Statens Arbeidsmarkeds Institutt (STAMI) finner en økt risiko for psykiske plager hos midlertidig ansatte enn hos fast ansatte i Sverige og Finland, dette også når man korrigerer for tidligere psykisk sykdom. Dårlig generell egenvurdert helse og økt dødelighet rapporteres også, men man kjenner ikke entydig til årsakene til økt dødelighet. Økt risiko for skader har man i Finland funnet særlig relatert til skaderisikoutsatt industri(26).

Midlertidige ansettelse sin belastning på helse er trolig avhengig av varigheten og hyppighet over år, samt om den er selvvalgt eller uønsket. Ved høyere arbeidsledighet er det lavere forekomst av helseutfordringer blant midlertidig ansatte, og det kan også foreligge en seleksjon av de med mest robust helse til fortsatt arbeid dersom arbeidsstyrken uten fast ansettelse er stor(26).

En finsk studie fant at midlertidig arbeid var en risiko faktor for sykefravær grunnet depressiv lidelse med tregere retur til arbeidslivet og lengre fravær, særlig blant eldre og blant de med dårlig utdanning(27). Et japansk oversiktsartikkel fant høy prevalens for yrkesrelatert skade, høyere mortalitetsrate, og høyere forekomst av psykiske plager. Midlertidig ansatte hadde færre og kortere fravær på grunn av sykdom(28).

Den andre europeiske undersøkelsen om arbeidsmiljø fra 2000 undersøkte ulike ansettelsesformer for seks selv-rapporterte helse indikatorer ( tre helse relaterte utfall og tre helse relaterte problemer) i 15 land i Europa. Man fant mindre fravær og stress blant midlertidig ansatte, men mindre jobbtilfredshet. Utslitthet, muskel-/skjelettplager og ryggvondt var positivt assosiert med midlertidighet. Alle med fulltidsansettelser (fast og midlertidig ansatte, selvstendig næringsdrivende) med full jobb hadde positiv korrelasjon for alle utfall og problemer sammenlignet med de i deltidsansettelse (29).

I en oversiktsartikkel om ulike former for velferdssystem fant man at dette har relasjon til arbeidsrelatert helse. For skandinavisk midlertidig ansatte fant man lik eller bedre helse for midlertidig som for fast ansatte, mens dette ikke er tilfelle i Bismarcksk , Anglosaksisk, Sør- eller Øst-Europa eller Østasiatisk.(30)

Økende antall leger tar kontakt med ordninger for legers mentale helsehjelp(31). Utbrenthet og psykologisk stress er hovedårsaker. Dette gjenfinnes også blant unge leger og blant årsaker til psykologisk distress, høyt nivå av emosjonell utmattelse, høy grad av

depersonalisering og lav følelse av personlig gjennomføringsevne fant man utilstrekkelig mulighet til å forberede seg for jobben, finansielle bekymringer, dårlig rolleavklaring og søvnmangel som signifikante stressorer(32). De fleste som var undersøkt var ikke klar over om det fantes mulige støtteordninger eller mentorer.

Amofao et al fant i 2015 en prediksjon for utbrenthet blant unge, ugifte, kvinnelige leger med lange vakter og lav jobbtilfredshet. Deltakelse i "wellness programs" ser ut til å kunne forebygge utbrenthet og lav jobbtilfredshet(33).

En litteraturstudie på akuttleger (Emergency Department) fant til tross fort moderat til høye utbrenthetssymptomer og signifikante psykologiske utfordringer, høy jobbtilfredshet(34).

Villa Sana ved Modum Bad behandler og forebygger utbrenthet blant norske leger. De mest utsatte er mellom 30-39 år, og at det er blant annet vanlig å jobbe gjennom sykdom man ville ha sykemeldt sine egne pasienter for(35).

Blant amerikanske leger rapporteres økt forekomst av utbrenthet og de tre hyppigst rapporterte årsakene er for mange byråkratiske oppgaver, for mange timer på jobb og for dårlig inntekt(36).

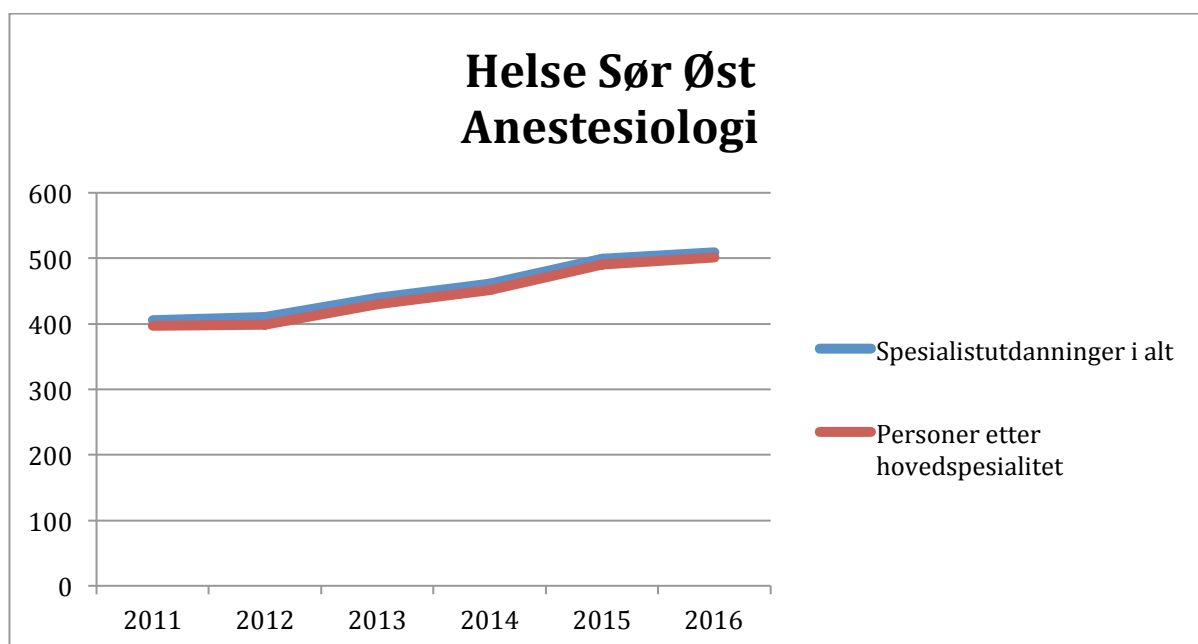
Det europeiske arbeidstids direktivet (EWTD) er implementert i Norge.

Legeforskningsinstituttet undersøkte i 2012 endringer i ukentlig arbeidstid, kvalitet på LIS trening og jobb/fritid balanse og fant uendret ukentlig arbeidstid siden 1994. Det var mer ubalanse hjem/fritid for eldre enn yngre leger, de jobbet mer enn direktivet tillater (48timer), og senior leger som tilhørte kirurgiske spesialiteter mente at en gjennomsnittlig uke på 45timer var utilstrekkelig for spesialistutdanninga(37). Tyske leger jobber både lengre dager og uker og rapporterer sjeldnere god helse enn norske leger(38).

#### **4.Arbeidsmarkedsfaktorer, anestesileger i Norge.**

Spesialiteten i anesthesiologi er ung i Norge. Den første spesialisten ble godkjent i 1949, 103 år etter første inhalasjonsanestesi i Boston, Massachusetts, USA. Siden Otto Mollestad ble godkjent har etter hvert behovet for spesialister blitt dekket for hele Norge og anesthesiologer arbeider i operasjonsstuene, i intensivavdelingene på smertepoliklinikker og innen pre-hospitale tjenester for å bringe spesialisthelsetjenester til befolkningen dit hvor akutte behov oppstår. Tjenestene har ekspandert raskt( figur 13) og i ett fag hvor mange sykehus tidligere var avhengig av hjelp fra naboland ( Sverige/Danmark) for å dekke vaktlinjer nærmer vi oss selvforsynt utdanningskapasitet. Siden 2011 er det 102 flere spesialistgodkjenninger i Helse Sør Øst

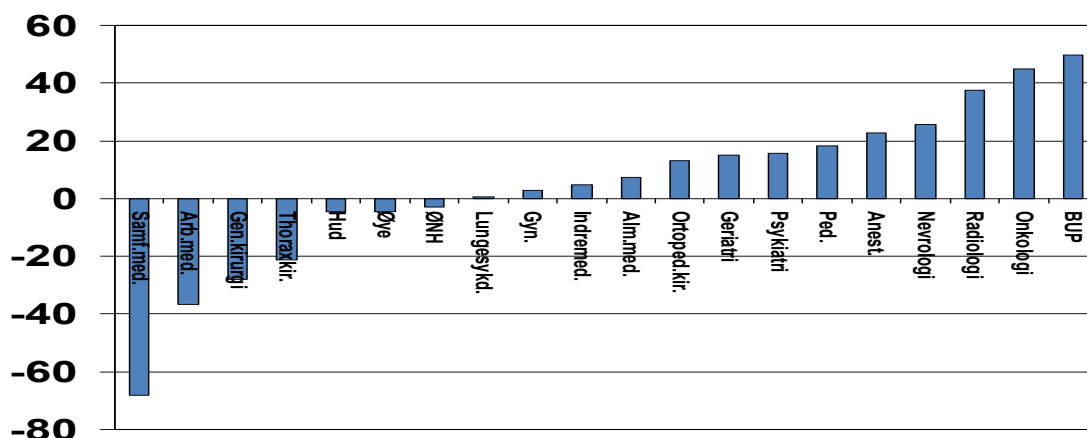
(fig 1), en økning på 25%. Kurvene for antall personer og spesialitetsgodkjenninger er parallelle, hvilket betyr at markedet hittil har absorbert alle spesialister som tilkommer.



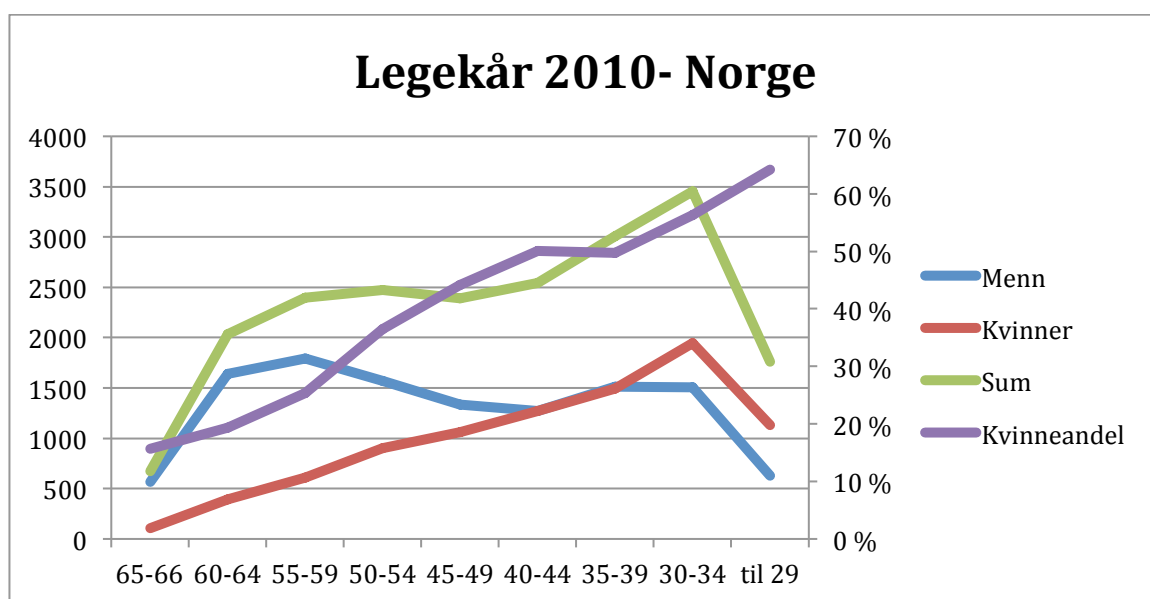
Figur 1. SSB-Spesialisthelsetjenesten

Prognosene for vekst i spesialisthelsetjenesten viser fortsatt forventet vekst innen flere spesialiteter, også innen anestesiologi. Veksten kan synes å være noe svakere enn de siste 5-6 årene.

**Beregnet % netto endring av tilgang 2012- 2030 av antall yrkesaktive spesialister i Norge innen noen utvalgte spesialiteter, forutsatt dagens antall nye spesialistgodkjenninger etter norske regler (dvs. uten konverteringer av allerede godkjente spesialister fra Norden/EU/EØS) per år, og avgang ved fylte 67 år. Etterspørselsvekst = 40- 60 %?**



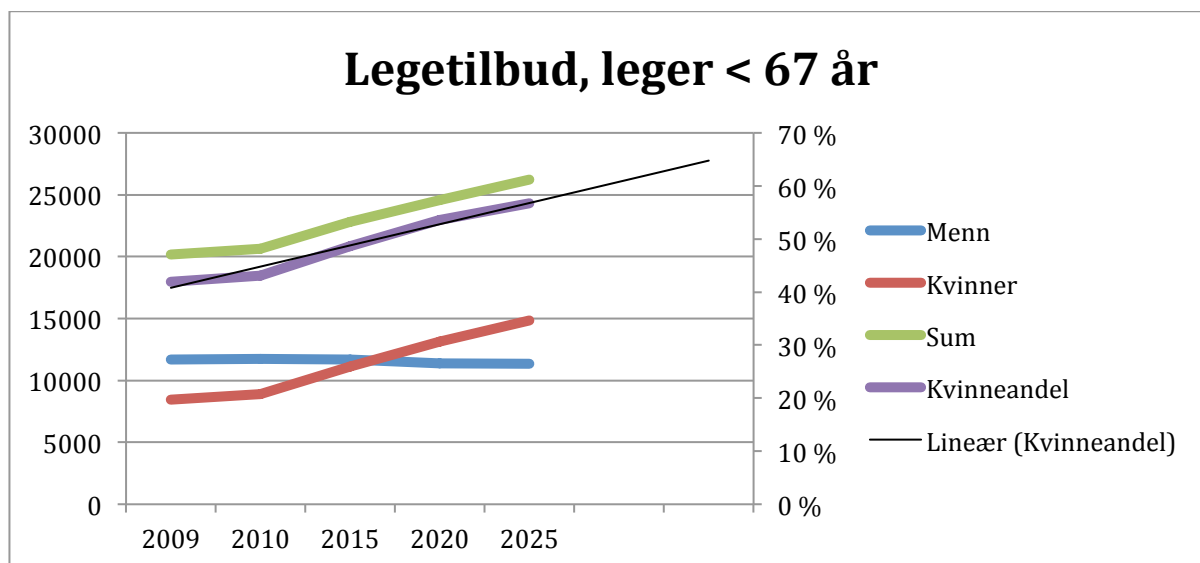
De nordiske legeforeningene samarbeider om legestatistikk for de nordiske landene (gjennom Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos och Specialistutbildningsfrågor(SNAPS)). I 2010 utga denne arbeidsgruppen sin 16. prognose for utvikling av legearbeidsmarkedet i Norden. Prognose for legetilstanden i Norge er under endring med tanke på kjønns sammensetning, det var en rask vekst i kvinneandel blant norske medisinerstuderende frem til 1990, men det har vært svakere vekst siden. Sammensetningen av legetilstanden så slik ut i 2010(39).



Figur 2 Den framtidige läkararbetsmarknaden i de nordiska länderna, nuläge Norge 31.12.2009

Prognoser basert på noenlunde lignende forutsetninger i tilvekst av nye leger, kvinneandel, pensjonsalder og yrkesdeltakelse samt andel utenlands studerende gir følgende sammensetning(39). I 2017 vil kjønnsandelen være like før kurvene frem mot

2025 skiller seg i favør av kvinner opp mot 60%. Vekstraten fra 2010 til 2015 er stabil (lineær trendlinje, kvinneandel)



Figur 3 Utbud av läkare <67 år Norge

Om tilfanget av nye leger er tilstrekkelig er avhengig av vekst i antall stillinger. Den felles nordiske rapporten " Den framtidige läkararbetsmarknaden i de nordiske länderna"(39) , har to framskrivninger basert på en vekstrate på hhv 500 el 350 nye stillinger årlig ( 2,6 el 1,8%).  rlig vekst i årsverk i spesialisthelsetjenesten var i 2016 på 2%(40).

�r	Tilvekst	Alt A	Alt B	Alt A	Alt B
2009	19550	19700	19700	-150	-150
2010	20050	20200	20050	-150	0
2015	22100	22700	21800	-600	+300
2020	23800	25200	23550	-1400	+250
2025	25400	27700	25300	-2300	+100

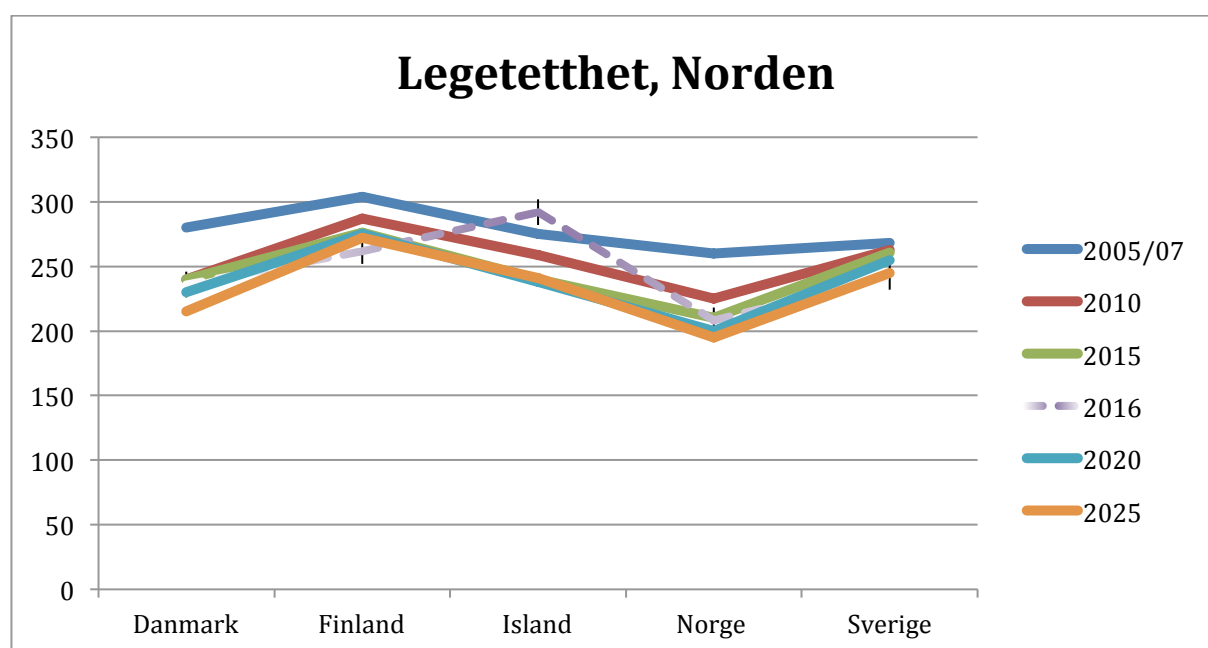
Tabell 1 Prognose over-/underskudd for leger

Arbeidsledigheten blant leger i Norge er lav, i 2016 var det 73 arbeidsledige mot 920 i Sverige(41).

Legetettheten ( innbyggere/leger) i Norden er størst i Norge og prognosen tilsier en økende tetthet. De nordiske landene har høyest legetetthet i Europa unntatt Østerrike, Hellas og Portugal(42).

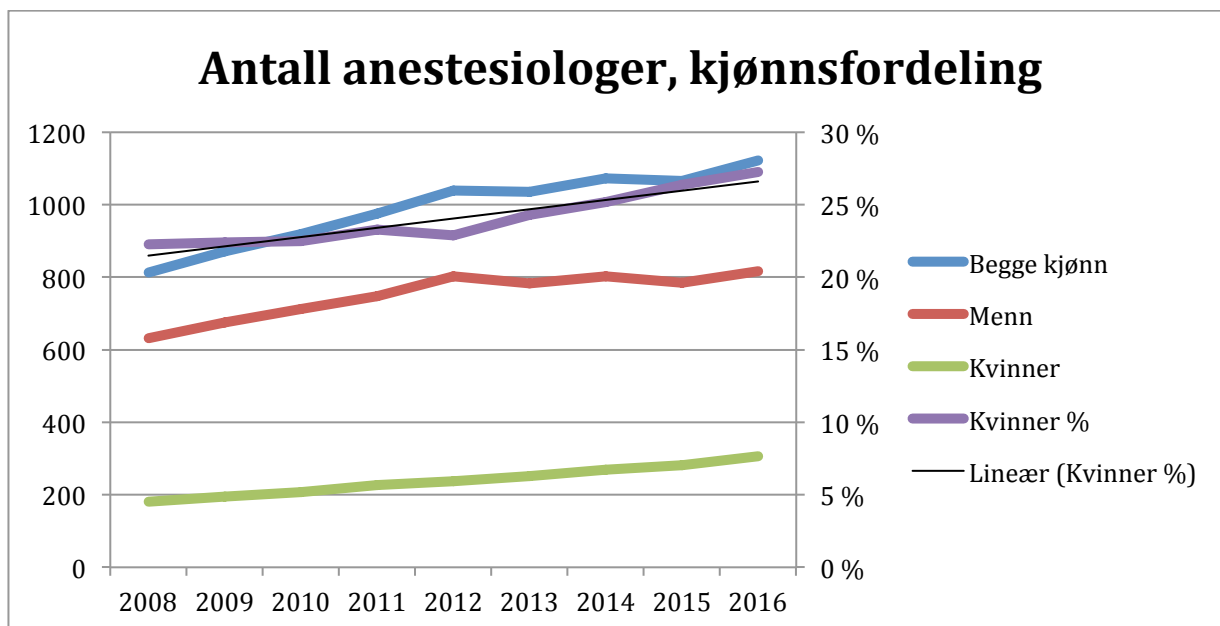
Figur 4 Legetetthet, prognose

De faktiske data for 2016 er her bakt inn, og prognosene fra 2009 stemmer med unntak for Island som følger en annen trend enn prognosen forutsa i 2010.



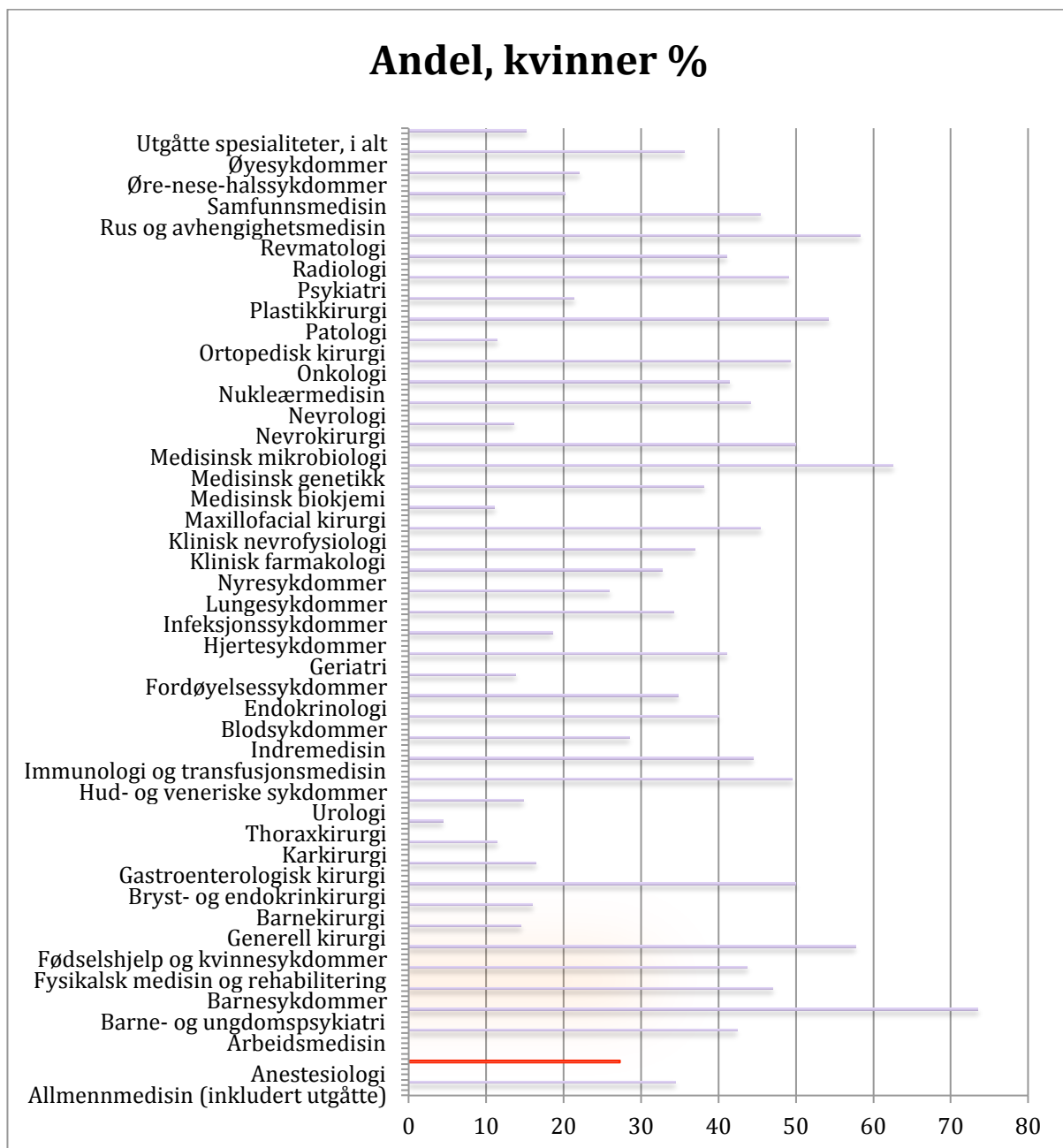
Figur 5 Legetetthet Norden, prognose + 2016

Hvordan fordeler så norske anestesiloger seg? Antallet er økende, og med en kvinneandel økende fra 22-27% på siste syv år. Veksten i kvinneandel bedømt etter trendlinjen ser ut til å være lik den som er for kvinneandel blant leger totalt (fig 3)



Figur 6 Anestesileger, kjønnsfordeling Norge: Kilde Dnlf

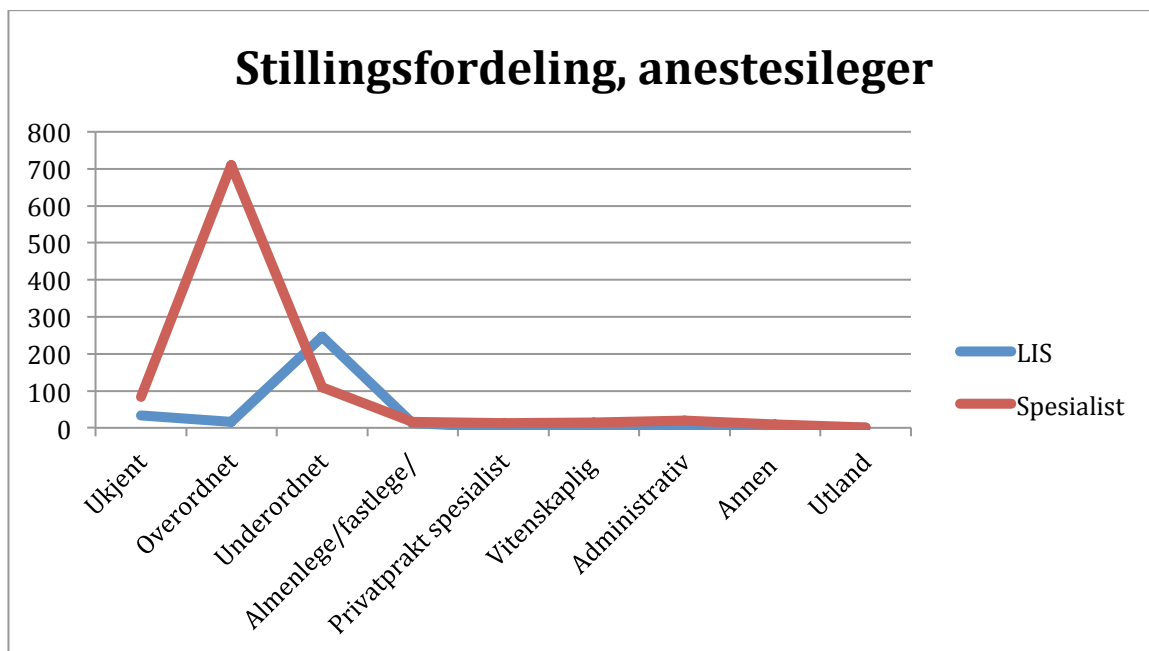
I forhold til andre spesialiteter og andelen kvinner blant alle leger er kvinneandelen lav i anestesifaget (27,3%). Det er 15 spesialiteter med lavere kvinneandel og 27 som har høyere kvinneandel ( Range 4,4-73,5%). Blant spesialiteter med vaktbelastning i form av tilstedevakt på sykehus som spesialist er andelen også lav. Pediatri, fødselshjelp og kvinnesykdommer ,gastroenterologisk- ,ortopedisk- og nevrokirurgi har høyere andel kvinner (45-60%), mens thorax-, kar og urologisk kirurgi har lavere andel (4,4%- 15%). De indremedisinske spesialitetene, psykiatrifagene og allmenmedisin har høyere kvinneandel (28,5-73,5%).



Figur 7 Kvinneandel, alle spesialiteter

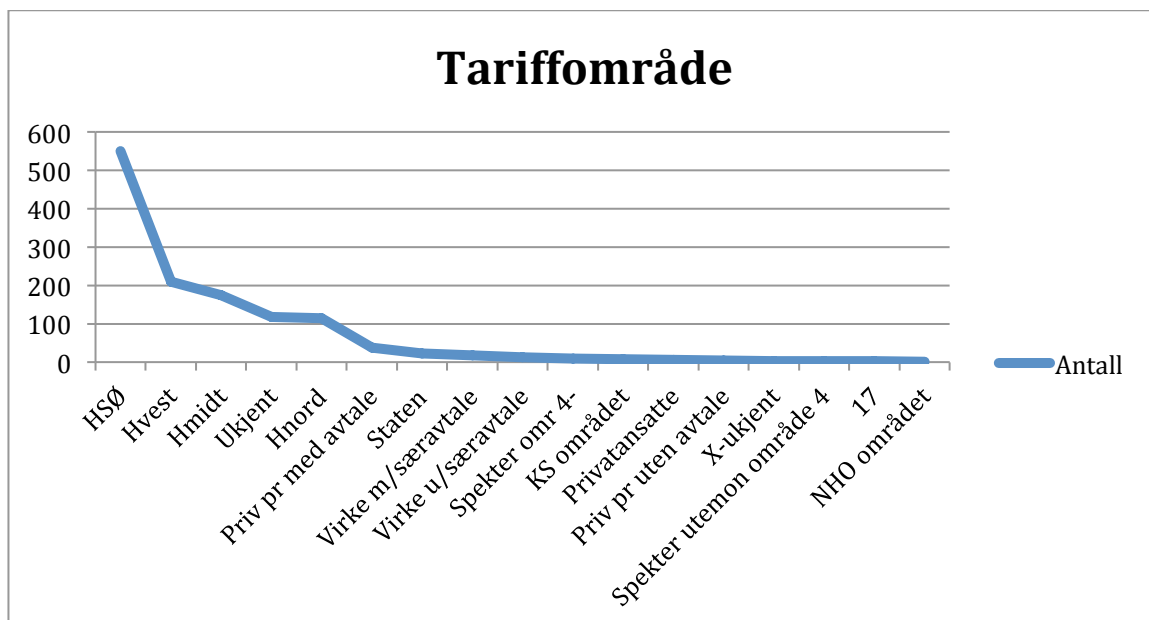
Norske anestesileger jobber i all hovedsak i klinisk arbeid i operasjonsavdelinger, på intensivavdelingene, i smerteklinikker og med akuttmedisin i og rundt de situasjoner hvor behovet for øyeblikkelig hjelp spesialisthelsetjeneste oppstår, og i liten grad innen andre typer ansettelser i helsetjenesten, Det er ca 100 spesialister som har ansettelser i underordnet stilling. Dette utgjør 12,5% av alle spesialister, men vel 30% av LIS gruppen. Andelen underordnede leger i overordnet stilling er 2,3% av stillingene for overordnede, og 6,4% av LIS gruppen( 16.10.2017, kilde A. Taraldset, Dnlf).





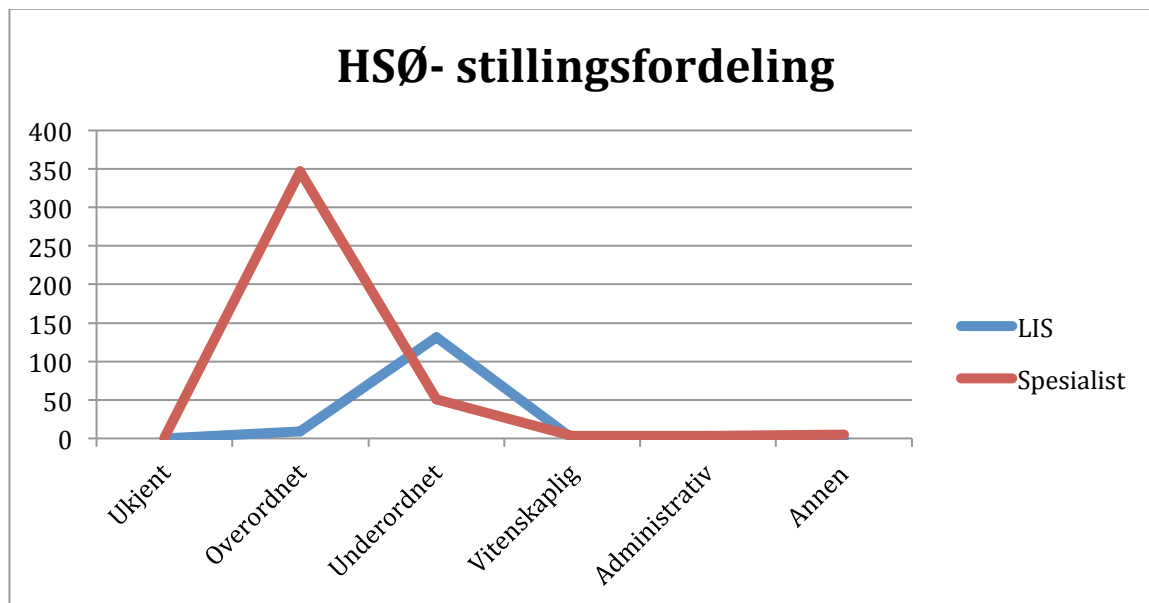
Figur 8 Fordeling, anestesileger, stillingstype, Norge.

Fordeling i forhold til tariffområdene viser også at anestesilegene befinner seg innen det offentlige helsevesenet med ansettelser i de regionale helseforetakene. Ca 10 % arbeider utenfor de regionale helseforetakene, flere sykehus, som Lovisenberg sykehus er inkludert her.



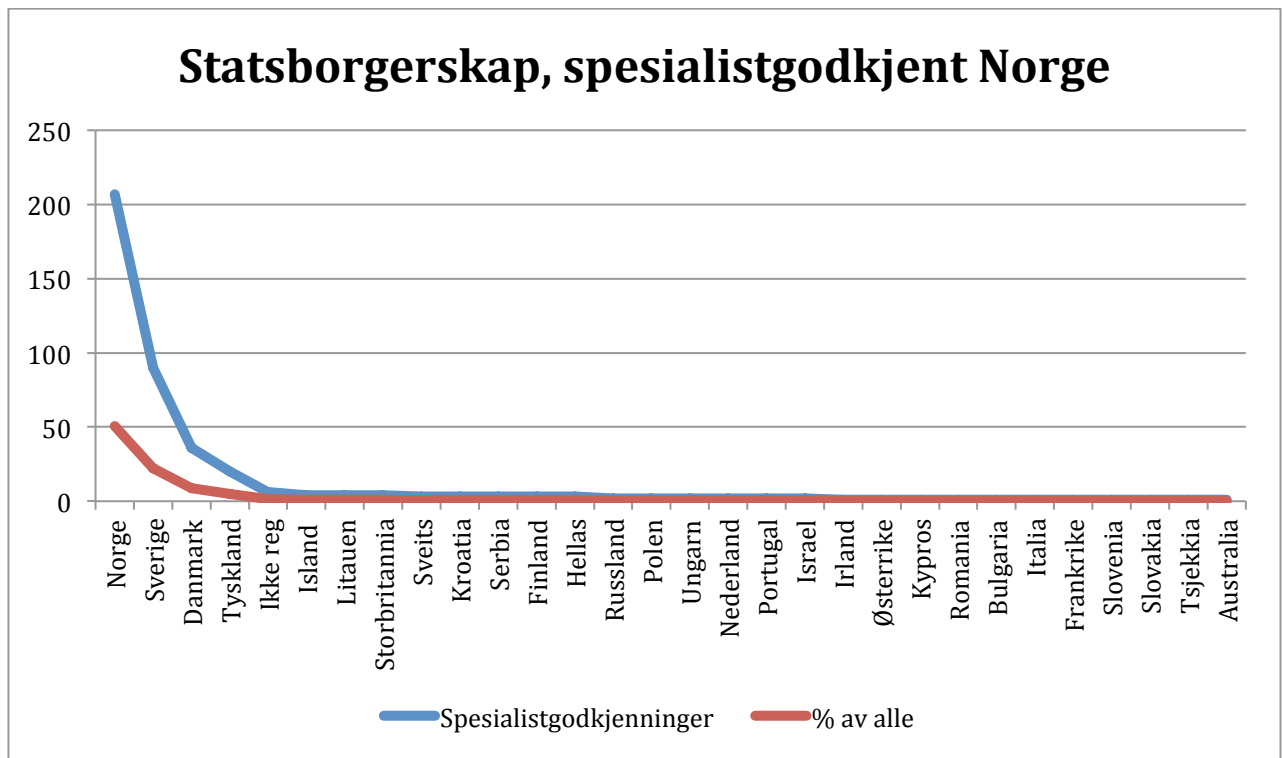
Figur 9 Fordeling, anestesileger og tariffområder.

I Helse Sør Øst er fordelingskurven for hvilke typer stillinger anestesileger innehar lik den for hele landet. Det er 50 spesialister i underordnet stilling, en andel på 12,5% av spesialister i HSØ, og 28% av antall stillinger for LIS. Det er LIS i 2,5% av overlegestillingene og dette er 6% av LIS gruppen.



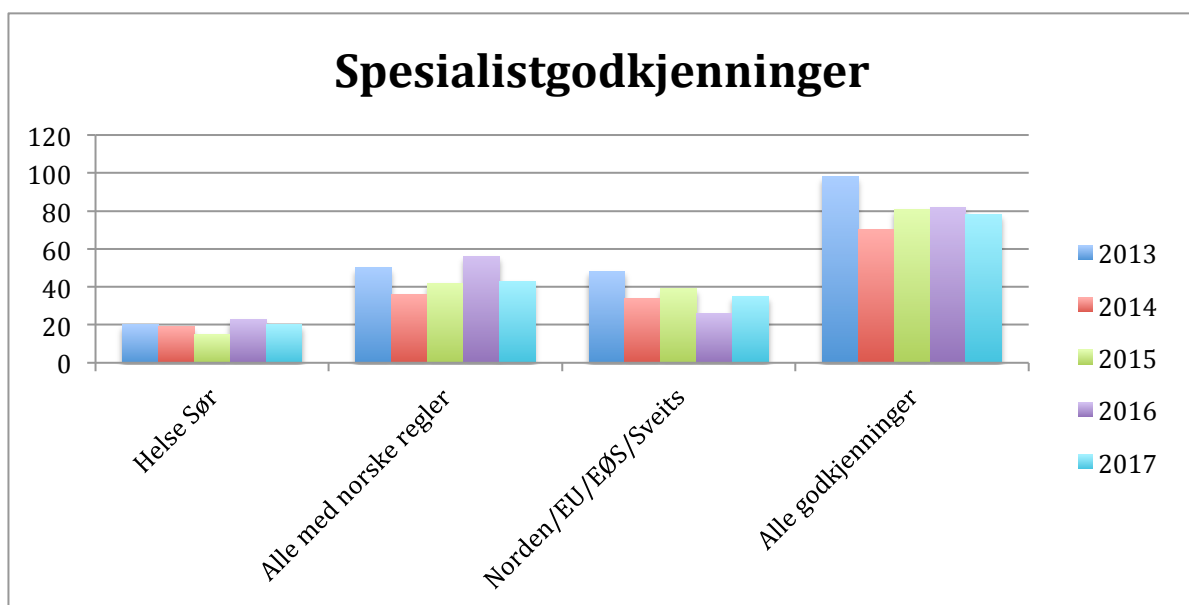
Figur 10 Fordeling anestesileger, stillingstype, HSØ.

Godkjente spesialister i anesthesiologi i Norge kommer i all hovedsak fra de nordiske land, det er i alt registrert spesialister fra 28 land utenom Norge.



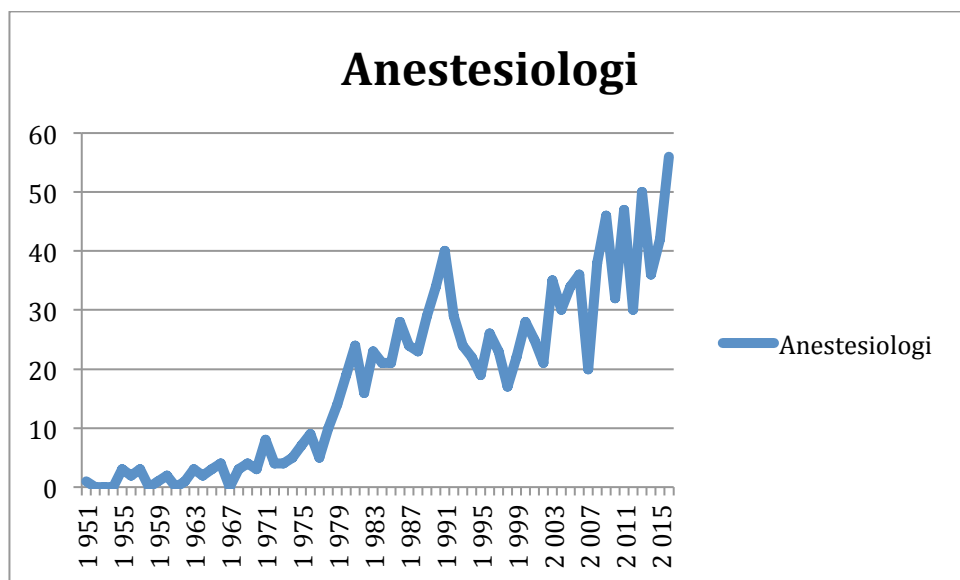
Figur 11 Spesialistgodkjenninger alle, etter statsborgerskap

Arbeidsmarkedet vil kunne påvirkes av godkjenninger for spesialiteten fra andre land, dersom disse kan konkurrere om arbeidsplasser i det norske helsevesenet. Godkjenning etter norske regler utgjør 50,6% av alle godkjenninger de siste fem årene.

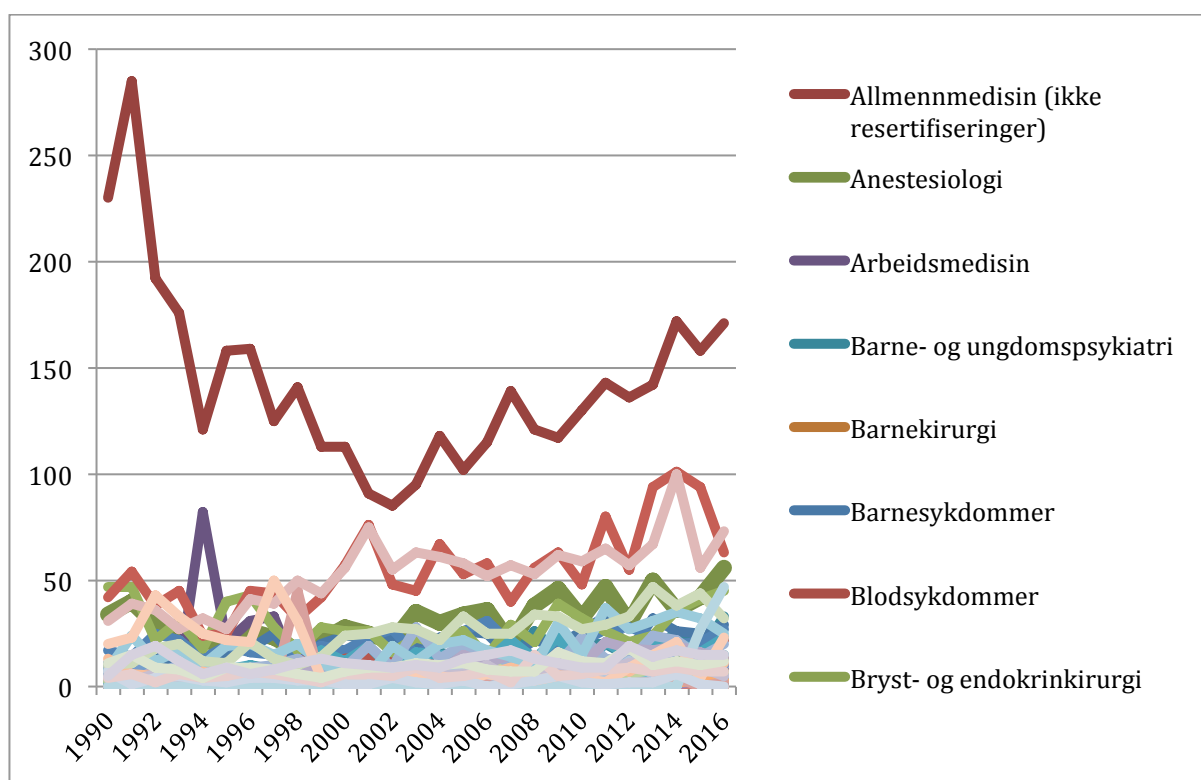


Figur 12 Spesialistgodkjenninger i Norge

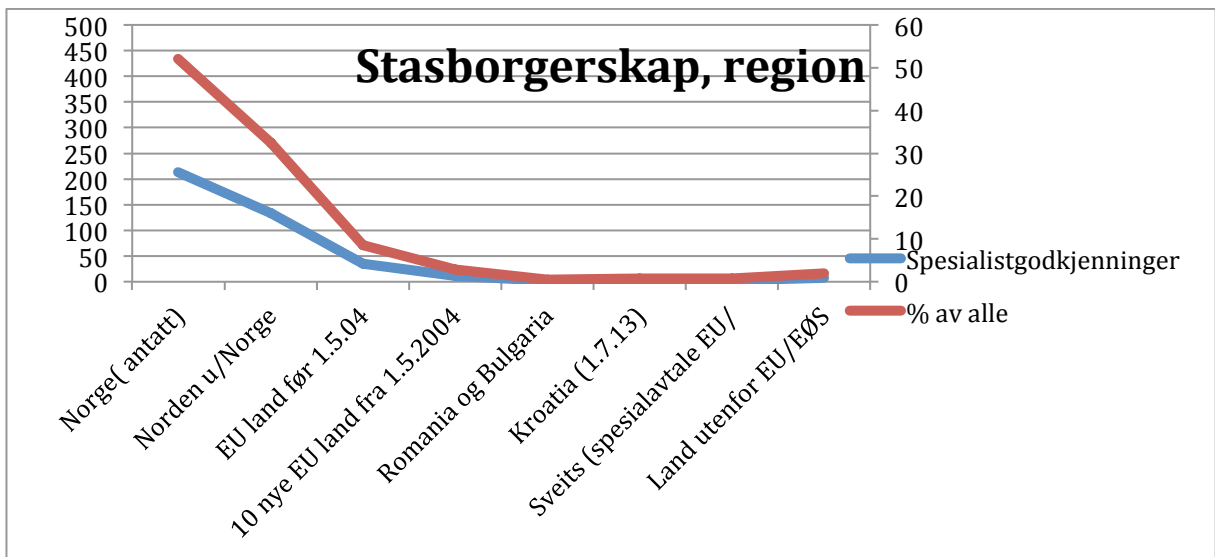
Norge er med i EØS og har derfor fri flyt av arbeidskraft som i EU. Spesialister som arbeider i Norge fordelt på regioner i Europa og utvidelsene av EU. Det er nordiske land og land fra EUs opprinnelige medlemsland som utgjør hovedtyngden av anestesileger i Norge med ikke-norsk statsborgerskap. De siste fem år er det i gjennomsnitt 45,4 godkjenninger /år i anesthesiologi, mens det for Helse Sør-Øst er 19,4 godkjenninger/år. Antallet godkjenninger er mer ekspansivt enn for flere andre spesialiteter.



Figur 13 Spesialistgodkjenninger, anesthesiologi 1951-2016

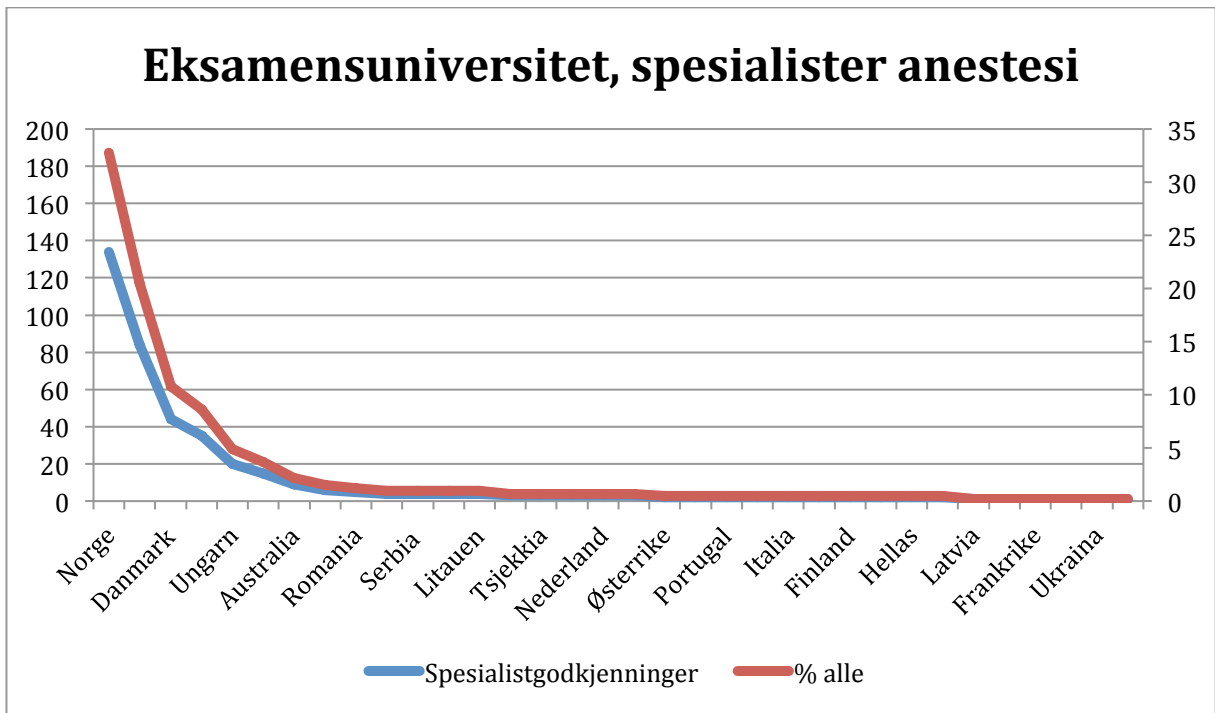


Figur 14 Spesialistgodkjenninger, alle spesialiteter 1990-2016 (anesthesiologi, grønn uthvet)



Figur 15 Statsborgerskap anestesileger, region

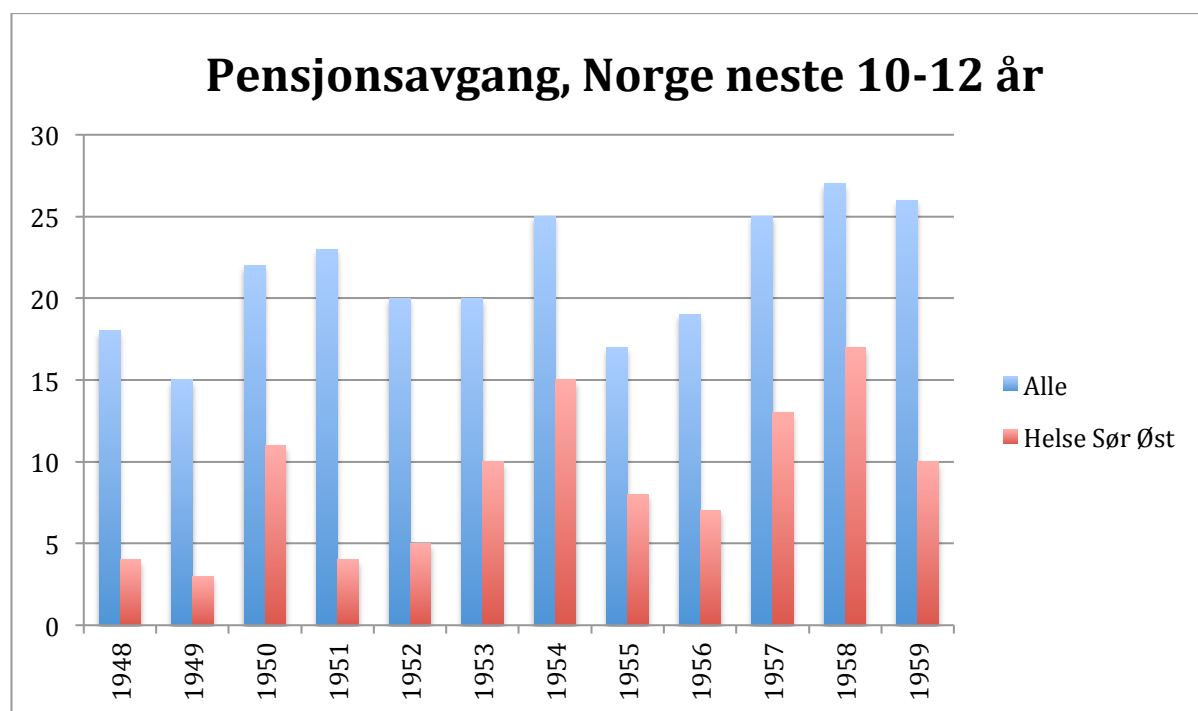
Fordelingen av spesialister i forhold til utdanningssted (avlagt eksamen) viser en annen fordeling siden mange norske leger studerer utenfor Norge. Det er registrert spesialistgodkjente anestesileger med sin grunnutdanning fra minst 33 land.



Figur 16 Eksamensland, spesialistgodkjenninger

Hvordan arbeidsmarkedet vil utvikle seg vil også være avhengig av hvor mange som går ut i pensjon. Endringer i pensjonsalder vil ha innvirkning, det vil si flere i avgang

dersom pensjonsalderen går ned. Oversikten viser yrkesaktive spesialister i årskullene fra 1948-1959. Dersom pensjonsalder ikke endres kan man forvente en avgang på grunn av pensjon gjennomsnittlig 21 ( Range:17-27)anestesileger årlig de kommende 10-12 årene. For Helse Sør-Øst er tallet lavere, gjennomsnitt 9 (Range: 3-17).



Figur 17 Prognose, pensjonering anestesileger

En studie fra legeregisteret i Den norske legeforening publisert i 2000(43), viste gjennomsnittlig levealder på 61,7 ( median 63)år mens levealderen i gjennomsnitt var 75,1 år for alle spesialister. Studien tok for seg døde over en 11 års periode, og spesielt for spesialiteten er at flere døde i relativ ung alder, blant annet i helikopterulykker. For anestesileger som er mer enn 63 år når de dør er det også signifikant kortere levealder, 73,8 år, som er kortere enn for alle andre spesialister (75,2 år) og for andre spesialister som dør etter fylte 63 år (80,3 år). I 2017 er anesthesiologi en mer voksen spesialitet, og gjennomsnittlig dødsalder er nå 67,7 år (median 68 år) basert på 79 avdøde.

Gjennomsnittlig dødsalder er ikke det samme som forventet levealder, blant annet er ikke dødsrisiko kjent som er den viktigste faktoren for å beregne forventet levealder. Dødsårsak er ikke kjent, data fra Legeforeningens medlemsregister er ikke koblet mot SSBs dødsårsaksregister. Anesthesiologi er fortsatt en ung spesialitet og det er få av spesialistene som har rukket å dø. Antallet spesialister i anesthesiologi har vært mer

ekspansivt enn for andre spesialiteter. Andelen døde i forhold til totalt antall godkjente spesialister i Norge er lavt 6,5% og slik er det for mange unge spesialiteter. Range (0,0-62,5%). De eldste spesialitetene og utgåtte spesialiteter har høyest andel avdøde, og det ser ut til å foreligge en omvendt korrelasjon til tall for gjennomsnittlig død, altså lavere gjennomsnittlig dødsalder for spesialiteter med lav andel og høyere gjennomsnittlig dødsalder for spesialiteter med høyere andel.

## 5. Resultatdel

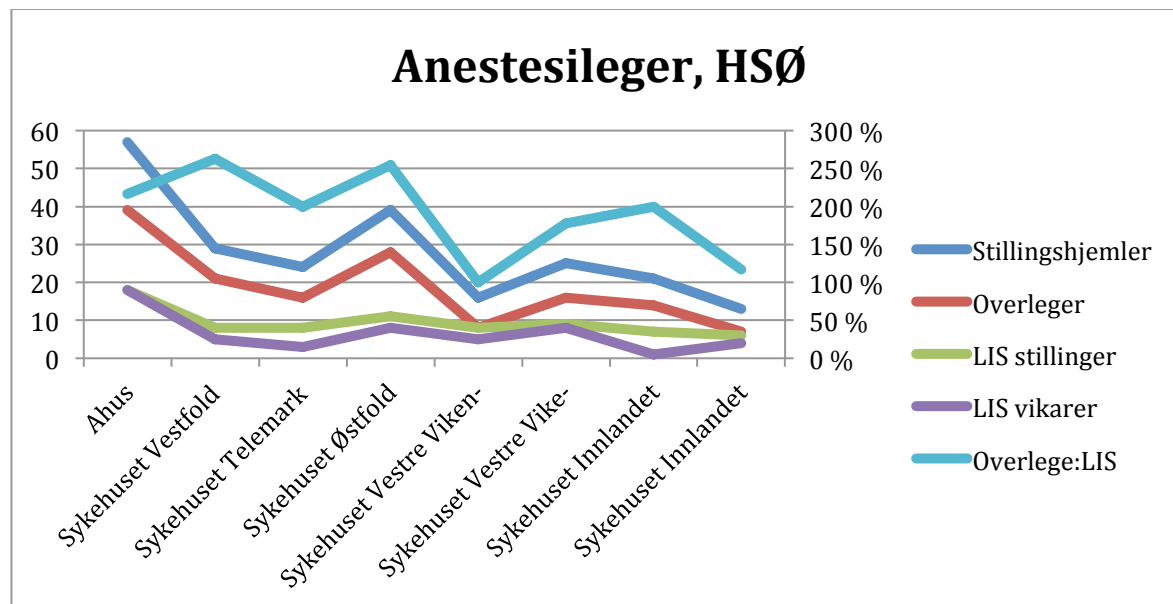
Innføringen av faste LIS stillinger i 2014 betegnes som en reform for underordnede legers ansettelsesforhold. Regulering av ansettelsesforholdet ved overenskomst mellom partene i arbeidslivet når loven legger opp til midlertidighet ( Aml §14-9c,(7) ) er unikt ( p.m. H.Gillebo-Blom, DnLf), men det finnes også reguleringer i overenskomstene for lærlinger ( p.m. S.Gjerding, Spekter).

Denne oppgavens forskningsspørsmål omhandler hvordan avtalen kan ha utilsiktede effekter på utdanningen av spesialister i anesthesiologi i Norge. Nåværende avdelingsledere i anesthesiavdelinger i Helse Sør Øst har besvart et spørreskjema bestående av 11 spørsmål (vedlegg1). Ett av spørsmålene ble forkastet (spørsmål 11) etter pilotering. 8 av 10 spørreskjema ble returnert via e-mail, en enhet svarte eksplisitt at de ikke ønsket å delta. Alle respondenter ble telefonisk kontaktet for oppfølgende intervju vedrørende prosessen rundt overgangen fra gammel ordning, utdanningsstillinger, til faste LIS stillinger. For bedre innsikt i tilblivelsen av avtalen har jeg også gjort intervju med sentrale personer fra partene som inngikk avtalen. Utvalget som er undersøkt er strategisk utvalgt, og i tillegg er ”snøball” metode dels fulgt for ytterligere informasjon.

Kvantitative data presenteres grafisk på bakgrunn av spørreskjemaet mens intervjuene er analysert med kvalitativ metodikk ved bruk av systematisk tekstkondensering.

### a. Nåsituasjon i anestesivdelinger, Helse Sør-Øst.

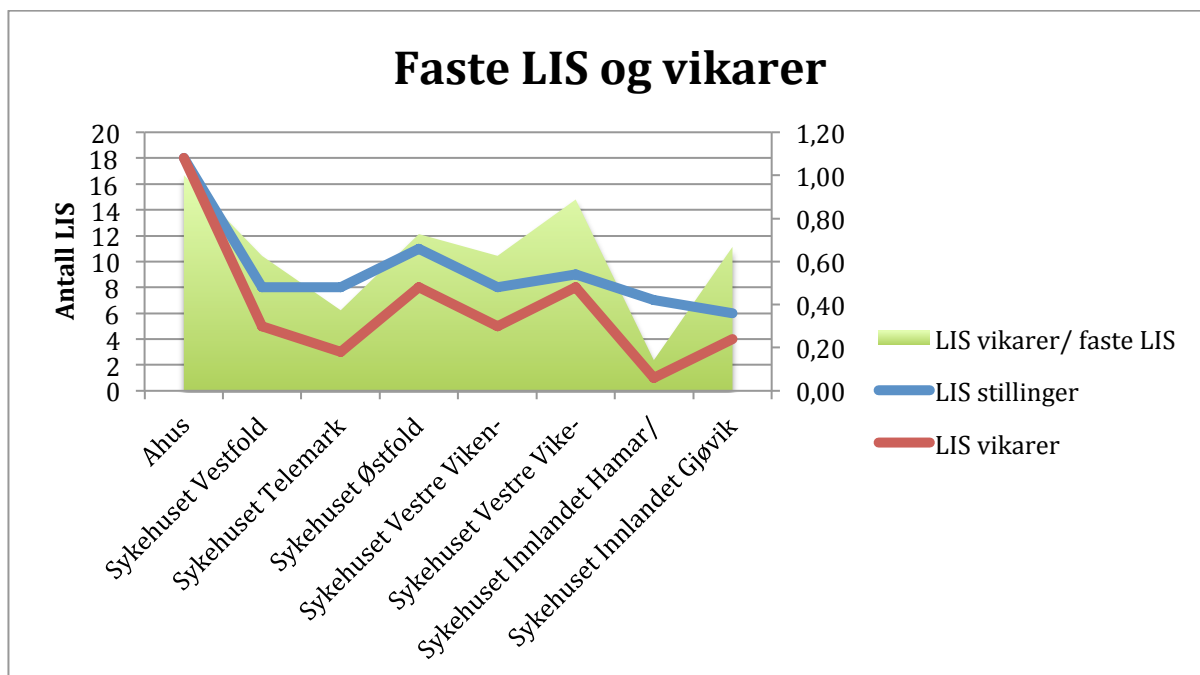
Fordelingen av stillinger i foretakene i Helse Sør-Øst(HSØ) Regionalt Helse Foretak viser spredning av forholdet mellom overleger og LIS, for noen enheter under den anbefalte normen for spesialistutdanning, som bør være to spesialister pr utdanningslege(44).



Figur 18 Antall stillinger, anestesi HSØ

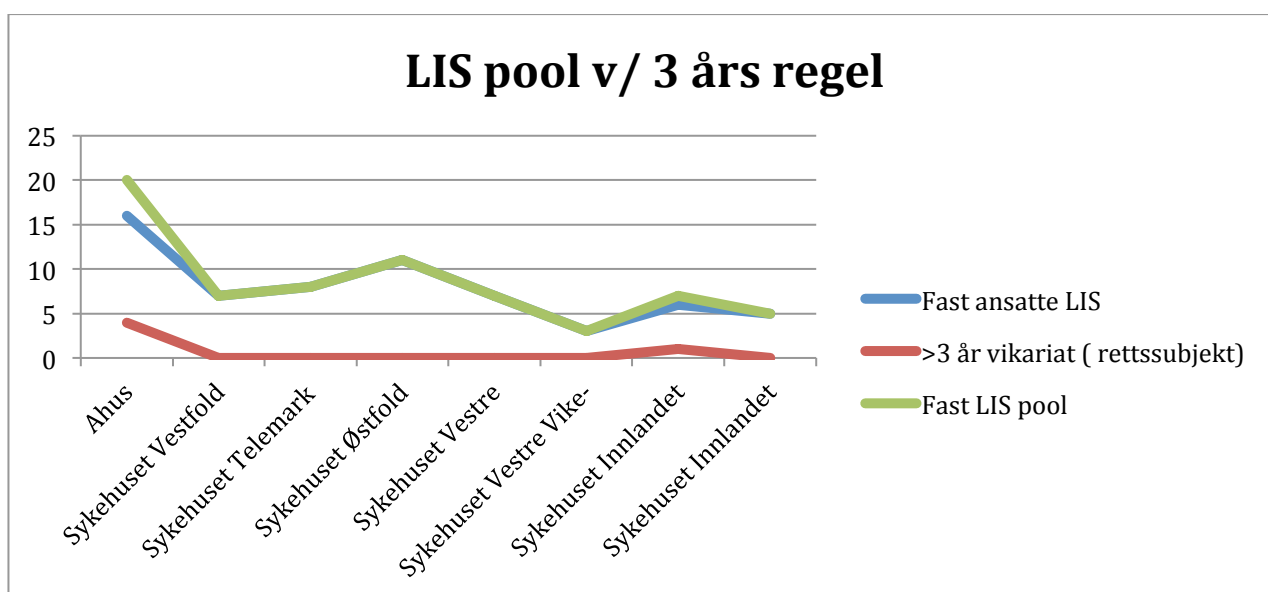
Antall stillingshjemler varierer mellom avdelingene. Universitetssykehuset i Akershus (Ahus) har flest på grunn av to parallelle vaktsjikt for LIS legene. Vikarandelen i forhold til faste LIS beskriver behovet de enkelte avdelingene har på grunn av permisjoner og fravær forårsaket av enten gruppe I tjeneste, foreldreperm eller sidetjeneste.





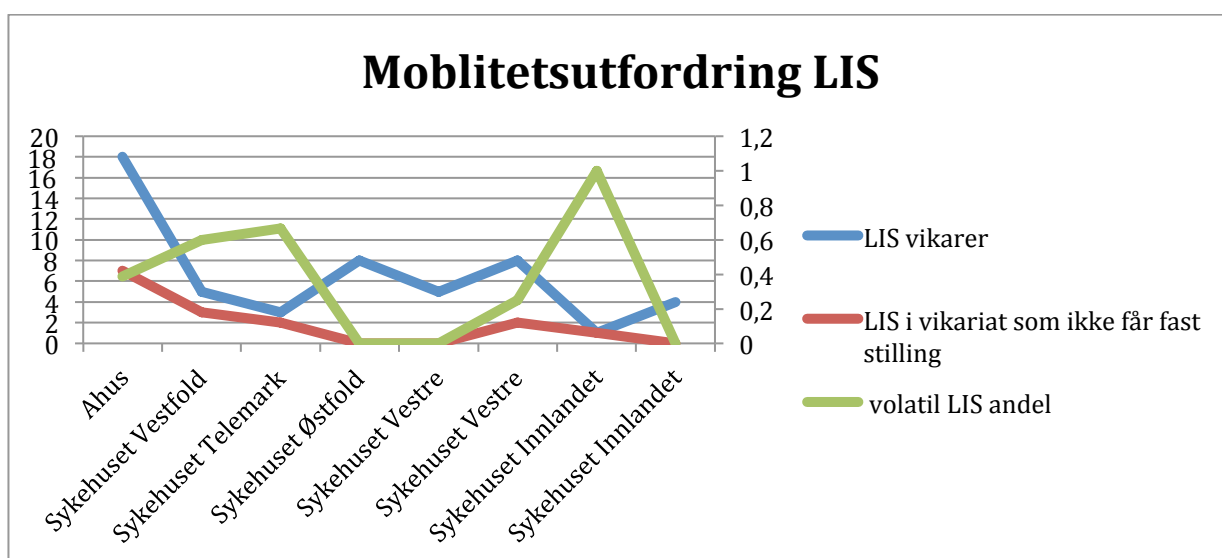
Figur 19 faste LIS stillinger, vikarer og andeler, HSØ

Dersom treårs regelen etter Aml §14-9 b kommer i bruk, hvilket bare en av informantene opplyser i intervju at de har blitt berørt av, endres antall fast ansatte LIS noe. Antallet vil ha effekt på faste kostnader i avdelingene. Figur 20 viser ansattssituasjon dersom vikarer med et slikt rettslig krav gjør dette gjeldende i dag. Rettigheten er ny og gjeldende opptjening teller fra endringen i Aml §14-9b, den 1.7.2015 og i kontrakter inngått etter denne dato(45).



Figur 20 Effekt av 3 års regel

I spørreskjemaet svarte avdelingene om de hadde mange vikarer som ikke kan regne med fast ansettelse som LIS. Dette er LIS leger med inntil tre års tjeneste i helseforetaket, og man må anta at hovedtyngden er innen anestesifaget, selv om denne undersøkelsen ikke har data på hvor mye tjeneste disse LIS legene har. Gruppen er utsatt for en mobilitetsutfordring i sin utdanning utover flytting i forhold til gruppe I tjeneste. Avdelinger i fem av åtte helseforetak har angitt at de har LIS ansatt i vikariat som ikke vil få faste stillinger. Disse legene vil trolig måtte flytte til annet foretak hvor fast stilling er tilgjengelig for å fullføre spesialiteten sin (fast stilling er betingelse for gruppe I tjeneste), eller bytte spesialitet.



Figur 21 LIS vikarer uten mulighet for fast stilling

Spørreundersøkelsen tar opp spørsmål om konstituerte LIS i overordnet stilling. Av min informanters svar fremgår det at ingen avdelinger har konstituerte LIS i overordnet stilling til tross for at data fra Legeforeningens lege-/medlemsregister angir at ni av 356 overordnede stillinger dekkes av LIS. En avdeling har to legespesialister i primærsjikt, mens data fra legeforeningens medlemsregister angir at 51 spesialister i HSØ er i underordnet stilling, hoveddelen av disse er trolig ansatt i OUS.

## b. Overgang fra utdanningsstillinger til faste LIS stillinger

Etter hovedoppjøret i 2014 fikk Den norske legeforening og Spekter gjennom overenskomstens del A2, §6 i stand en avtale som inkluderte regulering av stillingsforholdet

for leger i spesialisering. Alle faste stillinger skulle utlyses, og det alminnelige kvalifikasjonsprinsippet, hvilket betyr at den søkeren som arbeidsgiver anser å være best kvalifisert for stillingen etter en helhetsvurdering(46). Etter §6-2 ble det beholdt overgangsregler for utdanningsløp startet før 25.09.14, det vil si den med kortest tid igjen til ferdig spesialisering har fortrinn. Det var ikke lenger anledning til å lyse ut utdanningsstillinger, og de som hadde disse fikk ingen rett til å konvertere til fast stilling. Arbeidsgiver fikk en tariffestet rett til å konvertere utdanningsstillingen uten utlysning(47). Med helhetsvurdering mener man de faktiske faglige kvalifikasjoner, intervju og referanser slik ansettelse i arbeidslivet for øvrig foretas, eller etter kvalifikasjonsprinsippet.

Datainnsamling i denne masteroppgaven er gjort gjennom et telefonintervju med avdelingsledere i anesthesi hvor lederens avdeling hadde besvart et tilsendt spørreskjema. Intervjuguiden for dette intervjuet handler om prosessen rundt hvordan ansettelsene ble foretatt og om ansettelsene har fått konsekvenser for bemanning i avdelingene i dag og eventuelt for utdanningssituasjonen fremover( vedlegg 2). Intervjuene representerer et strategisk utvalg av ledere som var involvert i ansettelsene i 2014/15, og/eller har oversikt over bemanningssituasjonen i avdelingene i dag. Som en snøballeffekt av disse intervjuene tok jeg også kontakt med sentrale personer i forhandlingene.

Ansettelsene er en del av tariffavtalens overenskomst del A2, hvilket er en unik konstruksjon i norsk arbeidsliv. Historikken fram til avtalen kan gi informasjon om elementene i avtalen, endringene fra den gamle ordningen og hvorfor legeansettelser befinner seg i en tariffavtale. Intervjuguiden til disse personene er lik, men forskjellig fra den avdelingslederne besvarte. Intervjuene er ved hjelp av kvalitativ metode og systematisk tekstkondensering analysert(5). Denne analysemetoden fører fram til resultat kategorier hvor det er kryssende elementer fra begge intervjuguiden i flere.

#### i)Konkurransesituasjon rundt ansettelsene

” Den gangen, selv om det ikke er så lenge siden, så hadde vi et kjempegodt tilfang av kandidater som vi kjente fra før, enten gjennom turnustjeneste eller gjennom arbeid på andre avdelinger eller den kontaktflaten vi hadde. Jeg må si at jeg bare har ansatt folk som jeg har likt og kjent til fra før eller hvor jeg har hatt kolleger som har gått god for dem”

Utlysninger ble enten ikke foretatt, kun for noen få stillinger, en større andel eller alle LIS stillingene. De eksterne søkerne har til felles at de er mange ( fra 3- 20 x antall utlyste stillinger) og at de mangler erfaring/kvalifikasjonsstyrke i forhold til interne LIS/søkere. Utlysningene endte i alt fra automatisk ansettelse for egne LIS, ansettelse av egne LIS etter intervju eller kvalifikasjonsvurdering av komiteer før ansettelse. Det er ingen gjennomgående mal eller metode som er benyttet for ansettelsene slik man hadde for de gamle utdanningsstillingene. Avtalen åpnet for omgjøring av utdanningsstillinger til faste stillinger. Flere ledere melder at egne HR avdelinger la føringer for ansettelsene som noen valgte å følge mens andre overså føringene.

## ii) Ansettelseskriterier

Avdelingene har forholdt seg ulikt når det gjelder kriterier for vurdering av best kvalifisert søker. Variasjonen består i å ikke lyse ut noen stillinger men simpelthen bare konvertere fra utdanningsstillinger til faste stillinger, slik avtalen åpner for.

” Vi fikk beskjed om at det burde vi gjøre. Det var ikke noe kriterium, det var slik at de som hadde 4 års stilling de gjorde vi om til fast”

Ansiennitet er avgjørende i de fleste ansettelsesforhold, men det har også blitt vurdert personlige egenskaper, dyktighet og talent. Enkelte avdelinger har fått innspill om å ansette leger uten ansiennitet fra egen Human Resources avdeling (HR), men det var et ønske blant avdelingslederne om å ansette de man allerede hadde i LIS gruppen. Bruk av kvalifikasjonsprinsippet, faglig kompetanse, intervju og referanser, har blitt brukt, men i liten grad i den forstand at man åpnet for en åpen konkurranse om stillingene. Kvalifikasjonsprinsippet er ikke nytt som fenomen selv om ordningen med fast LIS er ny.

” Ja, erfaring, hvor mye anestesi de hadde, eller hvor lang tid igjen til spesialist, så gikk det på samarbeid og personlig egnethet, det vil si hvordan de samarbeidet , hvordan de jobbet i team, hvordan de jobbet sammen med overlegene, spesielt i vaksammenheng og hvordan sykepleierne syntes

samarbeidet var. Vi så også på akademiske meritter, europeiske eksamener osv.”

### iii) Legespesialistrollen

Det var ikke mange av informantene som tok opp eller kommenterte legespesialistens rolle eller innvirkning i den overordnede problemstilling. På den ene siden er stillingene ment som en overgangsstilling, men siden man ikke kan vite om andelen leger som kommer tilbake endres i forhold til før de faste stillingene ble innført vet man heller ikke om de blir en utfordring bemanningsmessig for avdelingene. Det er forskjell på hvordan man vurderte stillingene i forhandlingsrommet i forhold til hvordan avdelingene tenker om stillingskategorien. Informanter peker på ukjente faktorer rundt hvor fort gruppen legespesialister kan vokse i avdelingen, siden avdelingen tidligere bare fikk 20% av ferdige spesialister tilbake fra gruppe I tjenesten. Behov for langtidsplanlegging lokalt slik at man har leger i forskjellige faser og kan gi dem ansvar basert på ervervet kompetanse er både en lederutfordring og mulighet. Partsforhandlerne har vært klar over at den nye gruppen leger i sykehus kan by på utfordringer. Legespesialisten har i dagens overenskomst 60000,- kr lavere årslønn enn overleger og dersom innsparing er målsetning kan styringsinsitamentet være endret for ledere.

”Vi var inne på diskusjonen om hva som var hensikten med den nye kategorien, man skal jo ikke bli sittende i en slik stilling i veldig lang tid, det er en overgangsstilling hvor man skal bli overlege. Man kan ikke se for seg alle utfordringer som skjer om 10-20 år, men det er klart at dersom det blir slike propper at man har alt for mange legespesialister som utfordrer utdanningskapasiteten så må man se på hva man kan gjøre for å løse dette”

### iiii) Propper og overtallighet

Informantene er opptatt av flere aspekt rundt dette, først tilgjengelighet til gruppe I og hvilken konsekvens dette har for lokal planlegging og etterfylling av vikarer, noe man kan kalle en desentral propp. Flere søker om opprettelse av nye overlegestillinger og håper å kunne ta imot nye legespesialister slik at vikarene på vei opp kan få faste stillinger og fortsette. Overgangsreglene som følge av overenskomsten gikk ut til nyttår 2017 og med det

ble det ikke mulig for de som ikke har fast ansettelse i gruppe II sykehus å komme til gruppe I tjeneste, og dermed fullføring av utdannelsen. De proppene som oppstår skyldes at noen er på gammel og andre ny ordning men partene har hatt en intensjon om å ta vare på alle. Lokal planlegging er utfordret av utilstrekkelig koordinering med OUS, man kan få for mange vikarer fordi kompetansekrav til vakt krever overlappning. Flere legeektepar gir mindre mobilitet på grunn av familiære forpliktelser. Det finnes ikke etablert overtallighet i noen av avdelingene men det er ventet da flere avdelinger har legespesialist i primærsjikt. Propper i utdanning var kjent før avtalen kom og det var etablert kø for utdanningsplass i gruppe I i noen fag. Dersom legespesialistene blir værende i OUS u/opprykk til overlege vil dette kunne bli en sentral propp i systemet. Legespesialistene kan representere et innsparingspotensial for de avdelingene som har de da de er kvalifiserte til overlegeoppgaver, men har lavere lønn. Det er minst 3 nivåer proppene kan oppstå på: For individet som venter på fast stilling. For gruppen LIS i gruppe II for tilgang på gruppe I stilling og for legespesialistene med tilgang på overlegestillinger.

” Ja, jeg ser det kan komme til at vi kan ende opp med å få flere spesialistleger i primærsjiktet. Jeg ser at det begynner å avtegne seg nå at det er vanskelig å få sentral tjeneste uten fast stilling og det er en dramatisk endring for en del kolleger i forhold til tidligere system, og så ser jeg at vi kan ende opp med mange ferdige spesialister gående i et primærsjikt”

#### iiii) Praksisarbeidersaken

Dette spørsmålet er bare diskutert med forhandlingspartene. Det ble startet en rettsprosess for fast stilling av et av legeföreningens medlemmer. Domsslutningen omhandlet bestemmelsene i arbeidsmiljøloven om vikararbeid men var tydelig at det ikke var til hinder å definere leger i utdanning som praksisarbeidere etter bokstav c. Dommen tvang legeföreningen til forhandlingsposisjon. Til forhandlingen var det også en tydelig politisk føring knyttet og arbeidstid ble inkludert. Under rettsprosessen pågikk forberedelser og

vurdering av konsekvenser mellom midlertidige versus faste stillinger. Stillingsvern for leger ble ansett for nødvendig (gravide) og derfor kom avtalen i stand. Konsekvensen for LIS var enten en fast ansettelse, eller at man fikk en rettslig posisjon som vikar etter Aml§14-9b.

” Legeforeningen ønsket ikke å forhandle om dette spørsmålet siden man mente at dette var en lovmessig rettighet, men så kom høyesterettsdommen og da valgte vi å forhandle om det siden saken var så viktig for medlemmene”.

#### iiiiii) Arbeidsmiljøloven og avtalens kollisjoner

Kollisjoner beskrives i materialet mellom Arbeidsmiljøloven §14-9 b, treårige vikariater, og punkt c, praksisarbeid og i forhold til avtalen mellom Spekter og Den norske legeforening. Rettslig krav for fast stilling etter Arbeidsmiljøloven §14-9b var ikke aktuell paragraf før avtalen kom. Min forforståelse omkring kollisjon lå mellom adgangen til fast ansettelse for stillingshjemplene i LIS gruppen og det rettslige kravet som kan komme på grunn av sammenlagte vikariater i foretaket. Partene i forhandlingene var mer opptatte av å skaffe et stillingsvern for leger, ettersom konsekvensen av praksisarbeidersaken ga mulighet for å kontinuere midlertidighet, eksempelvis gjennom repeterte korte vikariater. Denne situasjonen skapte en forhandlingsplattform for faste stillinger.

Avdelingslederne ser foreløpig ikke det jeg antok i min forforståelse, men følgende sitat beskriver det som kan skje.

” Jeg er egentlig litt bekymret for rekruttering i fremtiden på sikt, for om det kan bli en bråstopp. Jeg ser at man har sett brems på en del av den naturlige sirkulasjonen og det blir færre som roterer i systemet. Og plutselig en dag er etterveksten ikke ivaretatt”

## 6. Diskusjon

Avtalen om faste LIS stillinger i sykehus i 2014 har endret arbeidsvilkårene for leger i spesialisering. Forutsigbarhet og trygghet i et ansettelsesforhold er kjærkomment og har vært ønsket i svært mange år. Avtalen oppfyller den overordnede hensikten i arbeidsmiljøloven om at fast ansettelse er hovedregelen. Men den gjelder ikke for alle i og med at det er mulig å lyse ut vikariater. Dynamikken i utdannings situasjonen, i og med gruppeføring av sykehus, med at man må gjøre tjeneste i minst to helseforetak for å oppfylle alle lærings- og kompetansemål, gjør vikarer til en nødvendighet for å opprettholde vaktlinjene og produksjonskapasiteten i sykehusene som leger i spesialisering er en del av. Kvinnelige leger i fertil alder får barn som alle andre, andelen kvinner i yrket er økende og dermed må en forutsette at behovene for fødselspermisjoner også øker. Den tredje faktoren som påvirker behov for vikarer er sidetjeneste. Deltakelse i internasjonalt hjelpearbeid er også hjemlet som permisjonsgrunn i overenskomsten, men utgjør trolig en mindre utfordring med tanke på behov for vikariater. Adgangen til å tilsette vikarer for de fast ansatte medfører at ingen i utdanning er å betrakte som praksisarbeidere.

Endringen i arbeidsmiljøloven sammenfaller i tid med avtalen om faste stillinger og korter ned tiden i vikariat før man har rett på fast stilling.

Avtalen har en forutsetning om fast stilling i hjemsykehuset og en tidsbegrenset kontrakt i gruppe I sykehuset, også kalt gjennomstrømningsstilling. Det påligger foretakene å samarbeide om utdanningen. Når spesialistutdanningen er fullført og den tidsbegrensede stillingen opphører er meningen å returnere til sitt opprinnelige sykehus.

Min forforståelse, basert på egen erfaring som leder i en anesthesiavdeling, er at det vil komme en opphopning av legespesialister i avdelingene dersom det ikke opprettes nye overlegestillinger. Det å ha en fast stilling å komme tilbake til vil for de fleste være bindende slik at legene i større grad enn tidligere vender tilbake dit de startet. Dette vil få effekt for de legene som ikke har fast stilling i og med at de ikke kan fortsette. Hvis det er leger med sammenlagte vikariater i foretaket på mer enn tre år og retten til fast stilling blir gitt vil dette forsterkes. Funn i denne undersøkelsen må ses i lys av mitt utgangspunkt og jeg har forsøkt å være åpen for ny informasjon underveis som ikke sammenfalt med mitt ståsted.

Først og fremst ga informasjonen fra Spekter og DnLf viktig innsyn i at avtalen havnet innen tariffinstituttet. En tapt rettssak om praksisarbeiderspørsmålet satte Dnlf i en vanskelig



situasjon siden man hadde håpet på en politisk løsning, slik Sverige har fått, og måtte derfor til forhandlingsbordet. I en slik posisjon er det gi og ta og normalarbeidsdagen ble en time lenger for leger. Min intervjuguide på dette punktet omhandlet hva det var som fikk politikerne til å endre mening, slik det kunne se ut utenfra, men det fremstår tydelig at det var andre omstendigheter som var årsak. Fast stilling fra man starter spesialiseringen er et ønske i flere land enn Norge, men gjennomføring ser for meg ut til å ha kommet lengst i Skandinavia. Storbritannia har et høyt konfliktnivå, hvor retten til å si fra om kritikkverdige forhold i National Health Service er truet, og arbeidstidskontraktene har helt andre tidsrammer enn hva norske leger har. Argumentene om at man kunne bli tvunget til å jobbe utover de avtalte rammene uten fast stilling synes ubegrunnet i Norge, gjennomsnittlig arbeidstid ser ikke ut til å ha økt(37). Jobbtfredshet er høyere i Norge og det er mindre jobb stress for norske privatpraktiserende enn for tyske kolleger(38). Byråkratimengde, for mange timer på arbeidsplassen og for dårlig lønn og finansiell usikkerhet oppgis å være årsaker til økende grad av utbrenthet blant amerikanske leger(36), alle disse faktorene er neppe overførbare til norsk helsetjeneste, blant annet må ikke norske sykehusleger investere i en egen praksis, men har et ansettelsesforhold og sine velferdsgoder knyttet til dette. Risiko for utbrenthet er trolig høyere hos unge, enslige kvinnelige leger. Hvorvidt fast ansettelse forebygger utbrenthet er ikke kjent.

Den 1.7.2018 har det gått tre år siden endringen i arbeidsmiljøloven. Avtalen kom i stand september 2014, og skulle være i effekt fra samme dato som arbeidsmiljøloven. Dette betyr at man i foretakene har LIS leger uten fast stilling som har sammenlagte vikariater slik at rettigheten om fast stilling kan gjøres gjeldende. Et springende punkt er hvordan startdato for vikarlengde tolkes, i følge arbeidsdepartementet er bestemmelsen kun gjeldende for kontrakter inngått etter ikrafttredelsen(45). Tolkning i avdelingene er i favør av faktisk vikarlengde i foretaket uten hensyn til bestemmelsens ikrafttredelse, 1.07.2015, og en avdeling har gitt fast stilling på dette grunnlaget, flere beskriver å ha vært nær, eller har overskredet bestemmelsen for flere leger, inkludert mitt eget foretak.

I mai 2017 hadde OUS av 1100 leger i spesialisering 350 i gjennomstrømningsstilling og 280 i gammel ordning eller utdanningsstilling. 200 leger var fast ansatt, 100 LIS i fordypningsstilling. Helseministeren skriver i svar til representant Kjenseth (48) , at Helse Sør-Øst Regionalt Helse Foretak og Oslo Universitetssykehus finner det krevende å finne optimal dimensjonering for alle spesialiteter. Hvordan kapasiteten i OUS for gjennomstrømningsstilling i anesthesiologi er ikke kjent. Flere av mine informanter refererer

kort tidshorisont, problematisk samarbeid og dårligere tilgang på gruppe I plasser enn tidligere. Krav om fast stilling i gruppe II sykehuset er kategorisk, selv om avdelingslederne vet, og meddeler koordinatorene i OUS, at de kan gi ansettelsen innenfor relativt kort tid.

Den nye legerollen, legespesialist, er forventet å være en overgangsstilling til fast overlegestilling blir ledig. Tilgangen på stillinger er avhengig av avgang ved pensjonering, oppsigelser eller død.

Det utdannes flere anestesileger enn det er spesialister i de årskullene som skal gå av med pensjon de neste 10-12 årene, for Helse Sør-Øst. Forutsetter man at oppsigelser skjer fordi det er en lateral mobilitet innenfor samme arbeidsmarked må det opprettes flere overlegestillinger for at ikke legespesialistene skal bli en propp i utdanningssystemet. Gjennomsnittsalder ved død for anestesileger er kortere enn for de fleste andre spesialiteter, 67,7 år , median 68 år, men det er bare 6,5% av de som noen gang har ervervet spesialiteten som har gått bort. Gjennomsnittsalder ved død er ikke det samme som forventet levealder da denne ikke sier noe om dødsrisiko som er den viktigste faktoren for forventet levealder. At gjennomsnittsalderen ved død i anesthesiologi er lav er i stor grad uttrykk for når spesialiteten ble opprettet og hvordan veksten av spesialister har vært. Hvis spesialiteten er ung og andel døde er lav, reflekterer det at de som kommer til å bli svært gamle enda ikke har nådd å dø. Naturlig avgang er derfor ikke forventet å frigjøre overlegestillinger.

Denne oppgavens nullhypotese er at avtalen ikke har dannet flaskehals eller propper i utdanningen. Min tolkning av funn er åpenbart påvirkbar i retning av at så har funnet sted, det vil si at hypotesen kan forkastes. Jeg har vist at det er en todeling av LIS gruppen mellom de som har fast stilling og dermed er sikret en fullføring av spesialistutdanningen og de som er i vikariat og ikke vet om det blir ledig fast stilling. Avdelingslederne mener denne delingen av gruppen er ny og representerer et skifte for de legene man har valgt å "satse på". De sammenlagte vikariatene på mer enn tre år vil kunne gi flere av vikarene fast jobb, men er enda ikke realisert så langt denne undersøkelsen kan kartlegge.

Tall fra legeforeningens medlemsregister viser at 12,5 % av spesialistene i Helse Sør-Øst, 51 leger, er i underordnet stilling pr oktober 2017. I min undersøkelse, som omfatter 8 av foretakene i Helse Sør-Øst, er det bare 2 spesialister i underordnet stilling hvilket burde bety at de ca 19-20 nye spesialistene som utdannes i Helse Sør-Øst/ år har blitt tilsatt i overlegestillinger. Den ukjente variabelen her er hvordan ansettelsespraksis er i Oslo Universitetssykehus, OUS, det kan være at differansen befinner seg i fordypningsstillinger hvor spesialiteten er fullført. Utdanningsstillinger er gjeldende til tiden er utgått eller til spesialitet er fullført. En siste mulighet er at OUS beholder legespesialister etter fullført

utdanning og at dette er spesialister som var del av overgangsordningen, altså som ikke kom fra fast stilling.

Reformen for å ansette leger i spesialisering er gjennomført. Konsekvensene av faste stillinger og de vikariater som av forskjellige grunner blir generert er ikke kjent og trolig kommer denne undersøkelsen for tidlig i forhold til avtalen og den nye bestemmelsen i arbeidsmiljøloven til å eksplisitt kunne vise slike konsekvenser. De faste stillingene ble tildelt dels gjennom konvertering, dels gjennom utlysning og mulighet for ekstern konkurranse. Avtalen åpnet for begge tilnærminger. Det er ikke funn i denne undersøkelsen som tyder på at arbeidsgivere ikke er fornøyde med hvem som har blitt ansatt. Noen avdelinger brukte en komite for å bedømme kandidater, dels med, dels uten intervju. Denne metoden ser ut til å ha hatt noe friksjon, særlig når det ikke ble gjort intervjuer av de aktuelle søkerne.

Det mest brukte kriterium for å ansette er ansiennitet, altså hvor mye tjeneste man hadde innen spesialiteten. Dette minner svært mye om det eneste gyldige kriterium for utvelgelse til utdanningsstilling. Kvaliteter som ”å fungere godt”, ”kjenne avdelingen”, ” ikke være uønsket”, ”være godt likt” og ”å være en man vil satse på” er vanskelig å forklare i sammenhengen best kvalifiserte søker, og disse grunnene synes å være underliggende i de situasjoner hvor arbeidsgivere konverterte utdanningsstillinger til fast ansettelse. Potensialet for å treffe enda bedre kvalifiserte blir imidlertid borte når konkurransen ikke er åpen.

Å avtale ansettelsesbetingelser i en overenskomst er sjeldent, om ikke unikt. Det legger begrensninger for hvordan leger kan ansettes, men gir også rettigheter. En forståelse av hvorfor konstruksjonen ble slik den ble har for meg blitt tydelig gjennom mine informanter. For legeforeningen var forståelsen at fast stilling var en rettferdig rettighet, åpenbart inspirert av naboene i Sverige(20). Det forelå også en fordelaktig politisk situasjon som uttalelse fra helse- og omsorgsminister Strøm-Erichsen om ”flest mulig i fast stilling”, og en interpellasjon i Stortinget fra senere helseminister Bent Høie i samme retning. Praksisarbeidersaken, hvor endelig avgjørelse i Høyesterett falt i 2012 avgjorde at daværende praksis rundt midlertidige stillinger ikke var til hinder for at leger i utdanning betegnes som praksisarbeidere. Dette medførte at legeforeningen kom til forhandlingsbordet fordi faste stillinger og stillingsvern var svært viktig for medlemmene. Fra å være i en moralsk og politisk fordelaktig posisjon, støttet blant annet av lignende utvikling i Sverige, kom legeforeningen i en underlegenhet og resultatet ble, i tillegg til de faste stillingene for LIS, at normalarbeidstiden ble utvidet med en time for alle sykehusleger.

Er det belegg for å hevde at faste LIS stillinger kommer til hinder for spesialistutdanningen? Foreløpig ikke, men det er en del indikasjoner som antyder at et eller flere hinder kan oppstå.

Såkalte propper i systemet var kjent før avtalen kom i stand. Den nye avtalen faller i tid sammen med endring i arbeidsmiljøloven og gir også de LIS legene som ikke har fast stilling en bakvei inn til fast stilling gjennom å spare opp vikarlengde til tre år for så å ha et krav på fast stilling. Det vil ikke være overraskende om det kommer krav om fast stilling etter denne bestemmelsen siden fast stilling er et absolutt krav for å få fullført spesialistutdanningen. Dersom mange krever jobb etter denne bestemmelsen vil man lokalt kunne få for mange ansatte i forhold til stillingshjemplene. Det er sammenlagt ansettelse i foretaket som er tellende, men det er den enkelte avdeling som vil bære lønnsutgiften. Hvis en lege i vikariat bare skifter stillingsbetegnelse utgjør ikke dette noen økt lønnsutfordring, det er først når den man vikarierte for kommer tilbake at det skjer. Hvordan eventuell overtallighet skal håndteres er ikke kjent, informantene antyder flere veier, hvor flere overlegestillinger for ferdige spesialister er hyppigst nevnt. Andre muligheter kan være omplassering til annet egnet legearbeid i foretaket, eksempelvis hvis andre avdelinger mangler arbeidskraft, eller i siste instans, oppsigelse. Uvissheten om hvordan man skal håndtere dette ligger i at dette er en ny situasjon for avdelingene. De ferdige spesialistene hadde man ikke arbeidsgiveransvar for tidligere, dersom man ikke kunne tilby en ledig stilling. Ansvar er endret for arbeidsgiverne nå, de ferdige spesialistene er allerede ansatt og må forventes å komme tilbake i sine stillinger. Ingen av kandidatene får utdanningsstillinger i gruppe I sykehuset lenger, gjennomstrømningsstillingene er tidsbegrenset og utdanningsløpet skal bli mer effektivt. Der hvor arbeidsmarkedet tidligere ble regulert av ledige overlegestillinger er nå reguleringspunktet flyttet til LIS stillingene. Informantene forteller også at det er leger som har startet sin utdanning som ikke kan få fortsette da det ikke vil finnes fast stilling.

Kan det være at arbeidsmarkedet, i hvert fall for anestesileger, er i ferd med å nå metning? Anestesisykepleiernes landsgruppe i Norsk sykepleierforening (ALNSF) har lagd en rapport som viser et metningsfenomen, men med et udekket behov på grunn av stor forventet avgang på grunn av pensjon(49). Anestesisykepleierfaget er ikke sammenlignbart med anestesilegene, men man bør være oppmerksom på at en negativ bølge dersom utdanningen skulle stoppe opp. Arbeidsledigheten i Norge blant leger er svært lav, og det lyses fortsatt ut faste overlegestillinger innen anestesi. Pensjoneringsraten er lavere enn tilgangen på nye spesialister de kommende årene, gitt samme utdanningstakt som i dag. Det er en stor andel av spesialistene (12,5%) i Helse Sør-Øst som jobber i underordnet stilling. Avdelingslederne har derimot ikke rapportert den samme observasjonen som er simultant registrert i legeforeningens medlemsregister. Medlemsregisteret oppdateres kontinuerlig av

medlemmene selv og synkroniseres mot Helsepersonellregisteret. Dette kan være starten på en ny flaskehals for spesialistutdanningen.

Det er så vidt tre år siden avtalen kom i stand, og den har vært effektiv i ca 2,5 år. De første som fikk fast stilling er knapt ferdig med spesialiseringsløpet, men man kan forvente at avdelingene i løpet av ganske kort tid vil få ferdige legespesialister tilbake i avdelingene. Det var i stort sett de med lengst ansiennitet som ble ansatt, og det er grunn til å tro at de også var nærmest å starte sin gruppe I tjeneste. En kan forvente en bølge av legespesialister som returnerer til sin faste stilling. Hvis det ikke er ledige overlegestillinger vil bølgen forplante seg i LIS gruppen for øvrig ved at vikarer må slutte. Omfanget er for tidlig å anslå, men den lokale buffringkapasiteten, eller overlegestillinger, er i mine øyne avgjørende. Omfordeling av arbeidstid, det vil si kortere tjenesteplaner og mindre utvidet arbeidstid er en annen metode.

Denne undersøkelsen gir i beste fall en punkt prevalens av relasjonen mellom avtalen, arbeidsmiljøloven og utdanning av anestesileger i Helse Sør-Øst. Flere informanter peker på at tidsperspektivet er kort, og at man ikke kunne forutse alt som kunne skje i fremtiden. Partene tok ikke opp effekten av den nye bestemmelsen i arbeidsmiljøloven, og arbeidsgiverne, har ikke vært forberedt på at overgangsreglene gikk ut og fast stilling ble obligatorisk for å komme til gruppe I tjeneste. Legespesialistgruppen er foreløpig liten lokalt, men det finnes tegn til at man ikke har tilstrekkelig med overlegestillinger. En gjentakelse av denne undersøkelsen i løpet av 12 til 18 måneder kan komme til å vise alle disse tendensene tydeligere.

# Litteraturliste

1. Den norske legeforening. SFS 2305 for perioden 1.1.2016 – 31.12.2017 [Internet]. [cited 2017 Nov 12]. Available from: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/KS/SFS-2305/>
2. Reform – Wikipedia [Internet]. [cited 2017 Nov 17]. Available from: <https://no.wikipedia.org/wiki/Reform>
3. SPEKTER OG DEN NORSKE LEGEFORENING. 2016 [cited 2017 Nov 24]; Available from: [http://www.spekter.no/Global/Avtaler\\_protokoller/Avtaler\\_2017/Legeavtalen\\_2017\\_webfil\\_enkeltsider.pdf](http://www.spekter.no/Global/Avtaler_protokoller/Avtaler_2017/Legeavtalen_2017_webfil_enkeltsider.pdf)
4. sosialdepartementet A. Endringer i arbeidsmiljøloven fra 1. juli 2015. regjeringen.no; 2017 Jan 20 [cited 2017 Nov 24]; Available from: <https://www.regjeringen.no/no/tema/arbeidsliv/arbeidsmiljo-og-sikkerhet/innsikt/arbeidsmiljoloen/lovendringeri-arbeidsmiljoloen-fra-1.-juli--2015/id2410600/>
5. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 2017.
6. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) - Lovdata [Internet]. [cited 2017 Jul 24]. Available from: [https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482#KAPITTEL_3)
7. HR-2013-2247-A - Rt-2013-1392 - Lovdata Pro [Internet]. [cited 2017 Jun 30]. Available from: <https://lovdata.no/pro/#document/HRSIV/avgjorelse/hr-2013-2247-a?searchResultContext=1082>
8. Meldeplikttest. (5007):5007.
9. FNs verdenserklæring om menneskerettigheter [Internet]. [cited 2017 Nov 12]. Available from: <http://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklaring-om-menneskerettigheter>
10. Menneskerettigheter i det norske rettssystem fra 1814 til ca. 1970 - Lovdata Pro [Internet]. [cited 2017 Nov 12]. Available from: <https://lovdata.no/pro/#document/JUS/eide-a-1990-01?searchResultContext=1131>
11. Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven) - Vedlegg 6. Den internasjonale konvensjonen om sivile og politiske rettigheter med protokoller (no... - Lovdata [Internet]. [cited 2017 Nov 12]. Available from: [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/KAPITTEL\\_6](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/KAPITTEL_6)
12. Studie: Urealistiske nordmenn forstår ikke hvor fort robotiseringen går - Teknologi -

- Jobb - E24 [Internet]. [cited 2017 Nov 12]. Available from:  
<http://e24.no/jobb/teknologi/studie-urealistiske-nordmenn-forstaar-ikke-hvor-fort-robotiseringen-gaar/23793231>
13. Sammenlikning – En. ARBEIDSMILJØET I NORGE OG EU EUROPEISKE ARBEIDSMILJØUNDERSØKELSE. [cited 2017 Nov 16]; Available from:  
<https://stami.no/wp-content/uploads/2017/10/STAMI-rapport-Arbeidsmiljø-i-Norge-og-EU.pdf>
  14. Den norske legeforening. Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene [Internet]. [cited 2017 Nov 12]. Available from: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Avtaler/Avtalearkiv/Naringsdrivende/Fastleger-KS/Rammeavtalen-mellom-KS-og-Den-norske-legeforening-om-allmennpraksis-i-fastlegeordningen-i-kommunene/>
  15. Education  

OBJ OBJ

OBJ OBJ

 European Association for Quality Assurance in Higher Standards and Guidelines for Quality Assurance in the European Higher Education Area. 2009;3d edition.
  16. EU kommisjonen. Healthcare personnel statistics - physicians - Statistics Explained [Internet]. [cited 2017 Nov 12]. Available from: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare\\_personnel\\_statistics\\_-\\_physicians](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_personnel_statistics_-_physicians)
  17. Bureau of labor statistics. Physicians and Surgeons : Occupational Outlook Handbook: : U.S. Bureau of Labor Statistics [Internet]. [cited 2017 Nov 12]. Available from: <https://www.bls.gov/ooh/healthcare/physicians-and-surgeons.htm#tab-3>
  18. BMA - USA [Internet]. [cited 2017 Nov 16]. Available from:  
<https://www.bma.org.uk/advice/career/going-abroad/working-abroad/usa>
  19. Employment rights for junior doctors | Medical Leadership Blog [Internet]. [cited 2017 Nov 12]. Available from:  
<https://medicallleadershipblog.wordpress.com/2016/07/03/employment-rights-for-junior-doctors/>
  20. Fast jobb-kampanj - Läkarförbundet [Internet]. [cited 2017 Nov 25]. Available from:  
<https://www.slf.se/Foreningarnas-startsidor/Yrkesforening/SYLF-Goteborg/Fast-jobb-kampanj/>
  21. SYLF policy document- ST läkare. 2009 [cited 2017 Nov 12]; Available from:  
<http://www.slf.se/Pages/77758/17-ST-policy-SYLF-160119.pdf>

22. ALIS [Internet]. [cited 2017 Nov 16]. Available from:  
<http://legeforeningen.no/yf/allmennlegeforeningen/alis/>
23. Om ALIS-VEST – ALIS-VEST [Internet]. [cited 2017 Nov 16]. Available from:  
<https://alisvest.wordpress.com/about/>
24. Avdeling for jus og arbeidsliv D. Ansettelsesforhold i sykehus (3/2014) [Internet]. [cited 2017 Jun 30]. Available from: <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/policynotater/Polycynotater-2014/Ansettelsesforhold-i-sykehus-32014/>
25. EJD Statement on Junior Doctors' Wellbeing, Stress and Burnout. [cited 2017 Nov 12]; Available from: [http://www.juniordoctors.eu/sites/default/files/EJD-2016-094\\_P\\_Statement on Junior Doctors%27 Wellbeing\\_01-Oct-16.pdf](http://www.juniordoctors.eu/sites/default/files/EJD-2016-094_P_Statement%27%20Wellbeing_01-Oct-16.pdf)
26. Sterud T, Christensen JO, Johannessen HA, Nordby K-C. Midlertidig ansettelsesformer og helse – en kunnskapsoversikt. [cited 2017 Nov 16]; Available from: <https://stami.no/wp-content/uploads/2015/03/STAMI-rapport-nr-2-2014.pdf>
27. Ervasti J, Vahtera J, Virtanen P, Pentti J, Oksanen T, Ahola K, et al. Is temporary employment a risk factor for work disability due to depressive disorders and delayed return to work? The Finnish Public Sector Study. *Scand J Work Environ Health* [Internet]. 2014 Jul [cited 2017 Nov 16];40(4):343–52. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24664298>
28. Inoue M, Nishikitani M, Tsurugano S, Yano E. [The health of permanent workers and workers with precarious employment: a literature review]. *Sangyo Eiseigaku Zasshi* [Internet]. 2011 [cited 2017 Nov 16];53(4):117–39. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21666349>
29. Benavides FG, Benach J, Diez-Roux A V, Roman C. How do types of employment relate to health indicators? Findings from the second European survey on working conditions. *J Epidemiol Community Health* [Internet]. BMJ Publishing Group Ltd; 2000 Jul 1 [cited 2017 Nov 16];54(7):494–501. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10846191>
30. Welfare states, flexible employment, and health: A critical review. *Health Policy (New York)* [Internet]. Elsevier; 2012 Feb 1 [cited 2017 Nov 16];104(2):99–127. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851011002429>
31. Meerten M, Rost F, Bland J, Garelick AI. Self-referrals to a doctors' mental health service over 10 years. *Occup Med (Chic Ill)* [Internet]. 2014 Apr 1 [cited 2017 Nov 16];64(3):172–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24556463>



32. Hannan E, Breslin N, Doherty E, McGreal M, Moneley D, Offiah G. Burnout and stress amongst interns in Irish hospitals: contributing factors and potential solutions. *Irish J Med Sci (1971 -)* [Internet]. 2017 Oct 9 [cited 2017 Nov 16]; Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28990151>
33. Amofo E, Hanbali N, Patel A, Singh P. What are the significant factors associated with burnout in doctors?: Table 1. *Occup Med (Chic Ill)* [Internet]. 2015 Mar [cited 2017 Nov 16];65(2):117–21. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25324485>
34. Bragard I, Dupuis G, Fleet R. Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians. *Eur J Emerg Med* [Internet]. 2015 Aug [cited 2017 Nov 16];22(4):227–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25093897>
35. Bondlid E. Leger møter veggen | Arbeidsmiljøsentret [Internet]. 2008 [cited 2017 Nov 16]. Available from: <https://www.arbeidsmiljo.no/leger-moter-veggen/>
36. Malm D. Utbrenthet blant leger: Det blir bare verre ... [Internet]. [cited 2017 Nov 16]. Available from: <http://legeforeningen.no/lokal/troms/skalpellen/utbrenhet-blant-leger-det-blir-bare-verre/>
37. Rosta J, Aasland OG. Weekly working hours for Norwegian hospital doctors since 1994 with special attention to postgraduate training, work–home balance and the European Working Time Directive: a panel study. *BMJ Open* [Internet]. 2014 Oct 13 [cited 2017 Nov 16];4(10):e005704. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25311038>
38. Voltmer E, Rosta J, Siegrist J, Aasland OG. Job stress and job satisfaction of physicians in private practice: comparison of German and Norwegian physicians. *Int Arch Occup Environ Health* [Internet]. 2012 Oct 11 [cited 2017 Nov 16];85(7):819–28. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22160090>
39. Den framtida läkararbetsmarknaden i de nordiska länderna. 2010 [cited 2017 Nov 23]; Available from: [http://legeforeningen.no/PageFiles/31663/Den framtida läkararbetsmarknaden i de nordiska länderna \(pdf\).pdf](http://legeforeningen.no/PageFiles/31663/Den%20framtida%20läkararbetsmarknaden%20i%20de%20nordiska%20länderna%20(pdf).pdf)
40. Spesialisthelsetjenesten - SSB [Internet]. [cited 2017 Nov 26]. Available from: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/speshelse>
41. Kopavogur I-. in the Nordic countries. 2016;(May 2015):2015–6.
42. WHO | Density of physicians (total number per 1000 population, latest available year). WHO [Internet]. World Health Organization; 2017 [cited 2017 Nov 26]; Available from: [http://www.who.int/gho/health\\_workforce/physicians\\_density/en/](http://www.who.int/gho/health_workforce/physicians_density/en/)

43. Anestesileger dør tidlig - Nyheter - Dagens Medisin [Internet]. [cited 2017 Nov 23]. Available from: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2000/08/31/anestesileger-dor-tidlig/>
44. Generelle bestemmelser for spesialistutdanning av leger. 2009;1–7.
45. Arbeidstidsdirektiv 12 mnd vikariat. Lov om endringer i arbeidsmiljøloven og sosialtjenesteloven (adgang til midlertidig ansettelse mv. og vilkår om aktivitet for stønad til livsopphold) - Lovdata [Internet]. [cited 2017 Nov 17]. Available from: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2015-04-24-20>
46. Overenskomstens A, Og AA, Overenskomstens A, Og AA, A ODEL. Innhold OVERENSKOMSTENS DEL A , A1 OG A2. 2018;1–27.
47. yngreleger.no - Faste stillinger for LiS [Internet]. [cited 2017 Nov 26]. Available from: <https://yngreleger.no/artikkel/faste-stillinger-for-lege-i-spesialisering>
48. Yngre leger og faste stillinger i OUS. [cited 2017 Nov 26]; Available from: <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/dokumentserien/2016-2017/dok15-201617-1111-vedlegg.pdf>
49. Seierstad TØ, Eimot M. RAPPORT ABIO Ressurs. [cited 2017 Nov 29]; Available from: <https://www.alnsf.no/fag-og-utdanning/rapporter/93-rapport-abio-ressurs-2015-07-07/file>

# Vedlegg / Appendiks

Vedlegg 1:

## **Spørreskjema for masteroppgave vedr ansettelse av faste LIS stillinger i sykehus.**

- Hvor mange stillingshjemler har din avdeling? \_\_\_\_\_
  - Hvor mange LIS stillinger i avdelingen? \_\_\_\_\_
  - Hvor mange i vikariater (midlertidige)? \_\_\_\_\_
  - Hvor mange LIS med tre år sammenhengende vikariat i foretaket (rettssubjektet)?  
\_\_\_\_\_
  - Hvor mange faste ansatte LIS stillinger pr i dag? \_\_\_\_\_
  - Hvor mange LIS i gruppe 1 tjeneste pr i dag ? \_\_\_\_\_
  - Hva er forventet avgang fra overlegegruppe ( 5 år), det vil si, hvor mange nye spesialister  
kan buffres inn i overlegegruppen? \_\_\_\_\_
  - Hvor mange i vikariat som ikke kan forvente fast stilling/må avbryte utdanningsløpet?  
\_\_\_\_\_
  - Hvor lang tid siden sist ( fast) LIS ansettelse? \_\_\_\_\_
- 10.Hvor mange legespesialister i LIS- vaktstafett? \_\_\_\_\_
- 11.Har din avdeling vaktstafett for overleger, i så fall hvor stor andel? \_\_\_\_\_

Vedlegg 2: Intervjuguide avdelingsledere

Intervju om ansettelsesprosesser:

Utdanningsstillinger omgjort til fast LIS?

Hva ble lagt til grunn for ansettelsen?

Utlysning, intervju, referanser?

Hvor mange søkte? Hvor mange til intervju?

Har noen gjort krav på fast stilling ( rettslig, mer enn 3 år)

Overtallighetssituasjoner, eventuelt hvordan håndteres dette?

Hva med fordypningsstilling når disse blir ledige?

Intervjuguide Spekter/Den norske legeforening:

Stillingstrukturavtalen som regulerte utdanningsstillinger og stillingshjemler i sykehus utløp i 2002. Da denne utløp hadde 1 av 12 fast stilling og 90-95% var i vikariater. Man hadde i praksis et utdanningssystem tuftet på utelukkende midlertidige stillinger. I 2007 nedsatte DnLf et utvalg ( etter initiativ fra Yngre legers Forening). Dette førte til et vedtak i nov 2008 hvor man fastslo at systemet ikke fungerte, at mer enn halvparten av sykehuslegene var i midlertidige stillinger, at det forelå utstrakt bruk av ulovlige vikariater og at hovedregel ved utdanning bør være fast stilling så lenge annet ikke er begrunnet.

I 2009/2010 kom så vedtak fra sentralstyret( DnLf) om

-faste stillinger for alle ved definert tjenestested

- Samarbeidsordninger regionalt for komplett utdanning
- Arbeidsgiver ansvarlig for utdanning innen normert tid
- Prosedyrelæring et cetera.
- Kvalitetssikre utdanningsinstitusjoner,
- Nasjonale læringsmål
- Oppheve legefordelingsystemet

Spekter ville ikke forhandle om temaet i 2009 (midlertidige stillinger), Bent Høie kom så med en interpellasjon i Stortinget i mai 2010: «Leger i sykehus er i stort omfang ansatt i midlertidige stillinger»

Undersøkelser viser at 50 prosent av alle sykehusleger er midlertidig ansatte og antallet leger i spesialisering er hele 90-95 prosent midlertidig ansatte. I gjennomsnitt er sykehusleger midlertidig ansatte til de er cirka 41 år.

Likestillings- og diskrimineringsombudet omtalte sykehusene som en versting i årsrapporten fra 2008 etter flere saker der kvinnelige leger fikk avsluttet sitt arbeidsforhold under spesialiseringen som følge av svangerskapsavbrudd.

Midlertidige stillinger over så lang tid skaper usikkerhet for legene og dermed også fare for at en ikke gir beskjed om uheldige forhold til ledelsen. Spekter sier følgende i en fellesrapport med Legeforeningen, datert 27.oktober 2009, følgende: «Dette forhold må Legeforeningen eventuelt ta opp med myndighetene.»Hva vil statsråden, som eier av helseforetakene, foreta seg for å endre dette?» Diskusjonen i Stortinget viste at det var bred tverrpolitisk støtte for å gjøre noe med situasjonen og sikre faste stillinger for leger i spesialisering.

### **Spørsmål 1: Grunnga Spekter sitt syn på hvorfor dette ikke var et forhandlingstema i 2009, i så tilfelle hvorfor?**

Arbeidsdepartementet fant i 2010 ikke rettslig grunnlag for at spesialistutdanningen var praksisarbeid ( Aml § 14-9, c), deretter ba helseminister Strøm Erichsen om at flest mulig burde få fast ansettelse.

Allikevel skjer det lite fram mot 2012, det pågår parallelt en rettssak for fast stilling ( vurdering rettslig av praksisarbeiderspørsmålet), og Spekter presser Legeforeningen på andre avtaler. Den eneste reelle muligheten /vernet på dette tidspunkt er 4 års regelen etter §Aml 14-9, b for sammenlagte vikariater. Dom i Høyesterett i 2013, og endelig gjennombrudd i forhandlinger i 2014.

- Normalarbeidstid økes fra klokken 17- 18.

**Spørsmål 2: Hvordan var denne prosessen for Akademikerne i denne behandlingen når det politiske trykket tilsynelatende forsvant?**

Arbeidsmarkedsdirektivet med generell tilgang til midlertidige ansettelse har ikke kommet i bruk for leger ( Aml §14-9 f). Imidlertid kom det en innskjerpelse av Aml §14-9 b, sammenlagte vikariater fra 4 til 3 år i 2014-15.

**Spørsmål 3) Hvordan spilte denne endringen inn vedr forhandlingene med Spekter?**

.

Historisk har frykt for overkapasitet, fortetting og propper i systemet blitt brukt som argument mot faste stillinger i sykehus.

**Spørsmål 4) Hvordan ble disse argumentene behandlet før avtalen mellom Spekter og DnLf ble inngått?**

Avtalens hensikt er at den best kvalifiserte skal ansettes i en stilling, og føringene fra Legeforeningen for ansettelse er at summen av kvalifikasjon, intervju og referanser er avgjørende. Tre års regelen har ikke fratrukk for eventuelt fravær. Når likestillingshensyn tas ( ikke avslutte vikariat for gravide/svangerskapsperm/pappaperm) vil man kunne få en ganske ulik konkurranse vedr stillinger. Noen vil ikke ha opparbeidet seg kvalifikasjon i den forstand at man er vurderbar for fast jobb, samtidig kan tre års regelen gi et rettslig grunnlag for fast jobb.

**Spørsmål 5)Hvilke vurderinger gjorde Dnlf/Spekter angående konkurranseelementet for fast tilsetting?**

Aml 14-9, b og avtalen mellom Spekter/Dnlf kan sies å komme i konflikt. Når begge tas til følge vil man kunne komme i overtallssituasjoner med oppsigelser

som følge. For unge kolleger vil dette kunne forlenge utdanningslengden i og med at de ikke innehar fast jobb og da heller ikke får avsluttet spesialiseringen. Man kan si at denne "kollisjonen" kan virke som et desentraliserende tiltak, det vil si, blir det for mange i en avdeling må man reise til neste for å få fast jobb/fullføre utdanning.

**Spørsmål 6) Hadde man til hensikt å lage en slik mekanisme ved inngåelse av avtalen( markedsmechanisme for å regulere legefording)?**

Avtalen opprettet en ny stillingskategori, legespesialist. Normert utdanningslengde er 5 år, og man går over i denne kategorien ved fullført spesialisering. For de fleste vil man være i slik stilling til eventuelt fast overlegejobb blir ledig. Utdanningslengden er ikke nødvendigvis i takt med avgang i alle fag. Man kan se for seg at alle utdanningsstillinger er besatt av legespesialist innenfor få år.

**Spørsmål 7) Hvordan ble dette spørsmålet adressert ved avtaleinngåelsen?**