

Svar:

- 1. Høringsinnspillet kommer fra:
 - Kommune
- 2. Navn på avsender av høringsinnspillet (navn på virksomhet/forening eller ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
 - Kristiansund kommune, Storhaugen helsehus, avd. for legetjenester og samfunnspsykologi
- 3. Navn på den som har fylt ut skjemaet på vegne av virksomheten/foreningen (gjenta ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
 - Astrid Kreyberg Grødal, avd. leder legetjenester og samfunnspsykologi
- 4. E-postadresse til avsender av høringsinnspill
 - -----
- 5. Helseforetak og sykehus kan opprette og lyse ut midlertidige LIS1-stillinger i tillegg til de faste LIS1-stillingene. Se kapittel 3.1. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 6. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Økonomiske konsekvenser ved at HF'et lyser ut flere LIS1-stillinger som da forventes at blir tatt videre inn i kommunene må ikke legges til kommunene som blir berørt. Dagens kommune økonomi tilsier ikke økt økonomisk belastning.
- 7. Leger tilbys kun den tjenesten de mangler for å fullføre del 1. Se kapittel 3.2. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 8. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Det er hele tiden under forutsetning at økte utgifter vil bli kompensert fra sentralt hold.
- 9. Benytte ledig stilling i annet fylke hvis det oppstår mangel på kommunestilling. Se kapittel 3.3. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 10. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Det er hele tiden under forutsetning at økte utgifter vil bli kompensert fra sentralt hold.
- 11. Innføre karantenetid ved ansettelse i kommune. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 12. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Hvis dette kan stabilisere tjenesten i mindre kommuner.
- 13. Innføre bundet plass i koblet stilling. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 14. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Hvis dette stabiliserer tjenesten i kommunene.
- 15. Lyse ut alle LIS1-stillinger uten å holde noen igjen til permisjonsavvikling. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 16. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Dette for å få flest mulig ut i LIS1.
- 17. Reservere reststillinger til leger som gjennomføre del 1 i reststillinger. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
- 18. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Usikker på om dette vil være positivt eller negativt. Målet må være å få flest mulig gjennom LIS1 tjenesten så de kan komme videre i spesialiseringen
- 19. Hvilke av tiltakene bør prioriteres? Du kan angi inntil tre tiltak. Det viktigste rangerer du som nummer 1.
 - 19.1. Helseforetak og sykehus kan opprette og lyse ut midlertidige LIS1-stillinger i tillegg til de faste LIS1-stillingene
 - 19.2. Leger tilbys kun den tjenesten de mangler for å fullføre del 1.
 - 3
 - 19.3. Benytte ledig stilling i annet fylke hvis det oppstår mangel på kommunestilling.
 - 2
 - 19.4. Innføre karantenetid ved ansettelse i kommune.
 - 1
 - 19.5. Innføre bundet plass i koblet stilling.
 - 19.6. Lyse ut alle LIS1-stillinger uten å holde noen igjen til permisjonsavvikling
 - 19.7. Reservere reststillinger til leger som gjennomføre del 1 i reststillinger.
- 20. Her kan du/dere legge inn en begrunnelse for prioriteringen

- Det er vanskelig å prioritere. Pri 1 er å få gjennomført LIS1 for så mange som mulig uten at de må vente i flere år for å gå videre.
- 21. La de kommuner og foretak som ønsker det lyse ut separate LIS1-stillinger. Se kapittel 4.1. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 22. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Riktig bruk av ressurser er å ha hele LIS1 løpet i en søknad
- 23. Ansette direkte fra søkerlisten til siste LIS1-opptak når det oppstår en ledig stilling i spesialisthelsetjenesten. Se kapittel 4.2. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 24. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Dette for å effektivisere listene med LIS1 ventere. Mål: ingen ledige LIS1 stillinger innen to mndr.
- 25. Invitere tjenestene med på erfaringsseminarer. Se kapittel 4.3. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 26. Dine/deres tilbakemeldinger
- 27. Gjeninnføre puljevis ansettelse. Se kapittel 4.4 Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 28. Dine/deres tilbakemeldinger
- 29. Innføre regionaliserte eller samordnede ansettelser. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 30. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Må ikke innføre noe som øker arbeidsbelastningen på kommunene. Mest hensiktsmessig å ha en rekrutteringsprosess for helse LIS1-løpet
- 31. Innføre en begrensning i antall søknader per lege. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 32. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Hvis dette vil føre til en mer effektiv rekrutteringsprosess støttes dette forslaget. Dersom det mest sannsynlig vil føre til at enkelte sykehus/kommuner ikke får søkere vil det ikke være et positivt tiltak. Se kommentar senere vedr. søknadsbasert/trekningsbasert tildeling
- 33. Ha løpende ansettelser i LIS1-stillinger. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 34. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Blir vanskelig å organisere
- 35. Inkludere LIS1 i spesialistløpet uten egen, separat ansettelsesprosess. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 36. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Viktig at legene får bred erfaring før endelig spesialisering. Mange er usikre på veivalget videre og trenger tiden både på sykehus og i kommune før de tar beslutningen. Mange vet ikke hva allmennpraksis/kommunal legetjeneste er før kommune LIS er gjennomført.
- 37. Hvilke av tiltakene bør prioriteres? Du kan angi inntil tre tiltak. Det viktigste rangerer du som nummer 1.
 - 37.1. La de kommuner og foretak som ønsker det lyse ut separate LIS1-stillinger.
 - 37.2. Ansette direkte fra søkerlisten til siste LIS1-opptak når det oppstår en ledig stilling i spesialisthelsetjenesten.
 - 2
 - 37.3. Invitere tjenestene med på erfaringsseminarer.
 - 1
 - 37.4. Gjeninnføre puljevis ansettelse.
 - 37.5. Innføre regionaliserte eller samordnede ansettelser.
 - 37.6. Innføre en begrensning i antall søknader per lege.
 - 3
 - 37.7. Ha løpende ansettelser i LIS1-stillinger.
 - 37.8. Inkludere LIS1 i spesialistløpet uten egen, separat ansettelsesprosess.
- 38. Her kan du/dere legge inn en begrunnelse for prioriteringen
 - Vanskelig å prioritere, tiltakene henger litt sammen
- 39. Vurdere egne ordninger for leger med lang klinisk erfaring. Se kapittel 5.1. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 40. Dine/deres tilbakemeldinger

- Leger med lang klinisk erfaring fra helsetjenesten i andre land vil ha godt av LIS1-tjeneste som gir en innføring i norsk helsetjeneste, lover/regler og retningslinjer. De kan kanskje få en kortere LIS1-tjeneste, men bør inntas både sykehus og kommune.
- 41. Redusere varigheten av del 1. Se kapittel 5.2. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 42. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Se forrige kommentar. Noe reduksjon kan være aktuelt, men ikke fritak for hele deler av tjenesten. Ved redusert varighet må det innføres ferdighetstest.
- 43. Gå bort fra kravet om at sykehustjenesten i del 1 må gjennomføres først. Se kapittel 5.2. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 44. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Viktig å "kunne" sykehus før en kommer ut i kommunal tjeneste.
- 45. Endre krav for å gå videre i spesialiseringen. Se kapittel 5.2. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 46. Dine/deres tilbakemeldinger
- 47. Hvilke av tiltakene bør prioriteres? Du kan angi inntil tre tiltak. Det viktigste rangerer du som nummer 1.
 - 47.1. Vurdere egne ordninger for leger med lang klinisk erfaring.
 - 2
 - 47.2. Redusere varigheten av del 1.
 - 47.3. Gå bort fra kravet om at sykehustjenesten i del 1 må gjennomføres først.
 - 1
 - 47.4. Endre krav for å gå videre i spesialiseringen.
 - 3
- 48. Her kan du/dere legge inn en begrunnelse for prioriteringen
 - I utgangspunktet kritisk til alle punktene. Mange forutsetninger som må gjennomføres før evt. endringer i krav om LIS1 tjeneste gjennomføres.
- 49. Knytte en andel LIS1-stillinger opp mot ALIS-avtaler. Se kapittel 6.2 og 6.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 50. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Det er vanskelig å binde både legen og kommunen med så langt perspektiv.
- 51. Knytte en andel LIS1-stillinger opp mot introduksjonsavtaler. Se kapittel 6.3 og 6.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 52. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Dette kan være en mulighet, men det vil gjøre mellomstore kommuner mer sårbar. Faller mellom de store kommunene med flere muligheter og de små kommunene som ikke har fastleger i næring.
- 53. Inkludere del 1 av spesialistutdanningen i mandatet til ALIS-kontorene. Se kapittel 6.5. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 54. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Dette kan være et positivt tiltak men det forutsetter at kontorene har kapasitet til å betjene alle kommunene som har behov. Det må ikke være en forutsetning at LIS1 og ALIS kobles sammen for at ALIS-kontorene også kan bistå med LIS-legene.
- 55. Bedre supervisjon og veiledning for LIS i kommunehelsetjenesten. Se kapittel 6.6. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 56. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Dette bør da kompenseres økonomisk direkte til legen via for eksempel HELFO og takst bruk. Bør ikke føre til mer byråkrati for kommunene.
- 57. Aktiv deltakelse av kommuner ved ansettelse av LIS1. Se kapittel 6.7. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 58. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vår erfaring har vært at kommunen ikke har vært involvert verken i arbeidet ved ansettelse av LIS1 i første omgang til HF'et eller ved utvelgelse av hvem som går videre til hvilken kommune. Vi må bare ta det vi får tildelt.

Det har vært en liten bedring ved siste opptak av LIS1 leger og vi håper dette samarbeidet kan fortsette så lenge ordningen søknads basert tildeling fungerer.

- 59. Redusere tiden det tar å bli spesialist i allmennmedisin. Se kapittel 6.8. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 60. Dine/deres tilbakemeldinger
- 61. Gjennomføre mer av LIS1-tjenesten i kommune. Se kapittel 6.8. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 62. Dine/deres tilbakemeldinger
- 63. Hvilke av tiltakene bør prioriteres? Du kan angi inntil tre tiltak. Det viktigste rangerer du som nummer 1.
 - 63.1. Knytte en andel LIS1-stillinger opp mot ALIS-avtaler.
 - 63.2. Knytte en andel LIS1-stillinger opp mot introduksjonsavtaler.
 - 63.3. Inkludere del 1 av spesialistutdanningen i mandatet til ALIS-kontorene.
 - 3
 - 63.4. Bedre supervisjon og veiledning for LIS i kommunehelsetjenesten.
 - 1
 - 63.5. Aktiv deltakelse av kommuner ved ansettelse av LIS1.
 - 2
 - 63.6. Redusere tiden det tar å bli spesialist i allmennmedisin.
 - 63.7. Gjennomføre mer av LIS1-tjenesten i kommune.
- 64. Her kan du/dere legge inn en begrunnelse for prioriteringen
- 65. I rapportutkastet har vi vurdert omleggingen fra trekningsbasert til søknadsbasert ordning. Vi har sett på omleggingen i lys av formålene ved omleggingen, og vi har sett på hvilke konsekvenser omleggingen har hatt. Er du/dere enige i det som blir beskrevet i rapportutkastet? Se kapittel 2 i rapporten. Klikker du nei vil du få mulighet til å komme med tilbakemeldinger.
 - Nei
- 66. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Ved søknadsbasert turnus/LIS1 går det mye på bekjentskap og om en har hatt praksis i ventetiden. Praksis er også noe en ofte får gjennom bekjentskap. Mange må vente lenge, andre får LIS1 rett etter studiet. Trekkbasert var "mer rettferdig" på den måten. Du var sikret en plass neste gang om du ikke fikk tjeneste ved første trekning. Jeg kan ønske meg tilbake til trekkbasert, med både sykehustjeneste og kommunal tjeneste i samme trekning. Sykehustjenesten ga et område for hvor den kommunale tjenesten ville bli tildelt.
- 67. Har omleggingen hatt vesentlige konsekvenser for tjenestene som ikke er omtalt i rapportutkastet? Se kapittel 2. Klikker du ja vil du få mulighet til å komme med tilbakemeldinger.
 - Nei
- 68. Dine/deres tilbakemeldinger
- 69. Har omleggingen hatt vesentlige konsekvenser for den enkelte lege som ikke er omtalt i rapportutkastet? Se kapittel 2. Klikker du ja vil du få mulighet til å komme med tilbakemeldinger.
 - Ja
- 70. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Mange må vente lenge hvis de ikke kjenner noen eller får midlertidig jobb i ventetiden. LIS1-ventere er blitt en stor arbeidsgruppe.
- 71. Generelle tilbakemeldinger
 - LIS1 er viktig for å få gode leger både i helseforetakene og i kommunene. Det er viktig med bred erfaring for å kunne ta et valg seinere om spesialisering. Køen av LIS1-ventere bør ikke bli større. Dersom kommunene blir pålagt å ha flere LIS1 leger må det en større økonomisk dekning av utgiftene. Fastlegekrisen viser at vi må gjøre jobben som fastlege mer attraktiv og forutsigbar. Økningen av leger i helseforetakene vs fastlegene viser hva de nyutdannede legene foretrekker. Dette kan godt være basert på økonomisk trygghet og forutsigbare arbeidsdager/arbeidsmengde.