

Svar:

- 1. Høringsinnspillet kommer fra:
 - Nasjonalt forsknings- og kompetansesenter
- 2. Navn på avsender av høringsinnspillet (navn på virksomhet/forening eller ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
 - Nasjonalt senter for distriktsmedisin
- 3. Navn på den som har fylt ut skjemaet på vegne av virksomheten/foreningen (gjenta ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
 - Anette Fosse
- 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
 - I utgangspunktet nei. Dette vil virke sentraliserende, og det vil ikke hjelpe på en helhetlig gjennomføring. Kommunedelen kan bli en ny flaskehals, og det er ingen tjent med. Problematikken med grå stillinger må løses ved at behovet synliggjøres og anerkjennes, og at de både i sykehus og kommuner omgjøres til LIS1-stillinger. Det må sikres god veiledning og supervisjon. Antall LIS1-stillinger i sykehus og kommuner må samordnes.
Hvis dette innføres, bør det åpnes for at også kommunene kan lyse ut ekstra LIS1-stillinger ved behov.
- 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
- 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
- 11. Innføre karantenetid ved ansettelse i kommune. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 12. Dine/deres tilbakemeldinger
- 13. Innføre bundet plass i koblet stilling. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 14. Dine/deres tilbakemeldinger
 - NSDM mener at man bør åpne for binding av stillinger mellom sykehus og kommuner. Motargumentet som presenteres er at det er en uforholdsmessig stor inngripen for søkerne og at det ikke følger arbeidslivets regler. Bindingstid brukes allerede i stor utstrekning i arbeidslivet, for eksempel når arbeidsgiver betaler utdanning for ansatte. De positive konsekvensene for fremfor alt kommunene er

store, og det kan ikke ses på som en urimelig belastning å binde seg for 6 måneders arbeid etter sykehusturnus.

- 15. Lyse ut alle LIS1-stillinger uten å holde noen igjen til permisjonsavvikling. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 16. Dine/deres tilbakemeldinger
- 17. Reservere reststillinger til leger som gjennomføre del 1 i reststillinger. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 18. Dine/deres tilbakemeldinger
- 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.
 - 1
 - 19.3. Benytte ledig stilling i annet fylke hvis det oppstår mangel på kommunestilling.
 - 2
 - 19.4. Innføre karantenetid ved ansettelse i kommune.
 - 19.5. Innføre bundet plass i koblet stilling.
 - 3
 - 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
- 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
 - Nei, de bør fortsatt være koblet som hovedregel, og heller satse på tettere samarbeid og involvering av kommunene i ansettelsene. Bør uansett kunne kobles til ALIS/intro i sykehus-området. Evt åpne for dette som unntaksregel for kommuner som ønsker det av rekrutteringsårsak.
- 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
- 25. Invitere tjenestene med på erfaringsseminarer. Se kapittel 4.3. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 26. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Bør arrangeres digitalt for å sikre deltakelse fra hele landet.
Det viktigste tiltaket er økt samarbeid lokalt i hvert sykehus/HF-område.
- 27. Gjeninnføre puljevis ansettelse. Se kapittel 4.4 Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 28. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Dette kan være aktuelt fordi det ser ut til å gi noe bedre rekruttering til distriktskommuner, jfr NSDMs rapport fra 2017.
- 29. Innføre regionaliserte eller samordnede ansettelser. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 30. Dine/deres tilbakemeldinger
- 31. Innføre en begrensning i antall søknader per lege. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 32. Dine/deres tilbakemeldinger
- 33. Ha løpende ansettelser i LIS1-stillinger. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 34. Dine/deres tilbakemeldinger
- 35. Inkludere LIS1 i spesialistløpet uten egen, separat ansettelsesprosess. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 36. Dine/deres tilbakemeldinger
- 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.
 - 1
- 37.3. Invitere tjenestene med på erfaringsseminarer.
 - 2
- 37.4. Gjeninnføre puljevis ansettelse.
 - 3
- 37.5. Innføre regionaliserte eller samordnede ansettelser.
- 37.6. Innføre en begrensning i antall søknader per lege.
- 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
- 39. Vurdere egne ordninger for leger med lang klinisk erfaring. Se kapittel 5.1. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 40. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Dette er et viktig og godt tiltak. Det bør etableres obligatorisk introduksjonsopplegg til norsk helsetjeneste. Forslaget gjelder leger med lang klinisk erfaring. Vi mener at det bør vurderes å lage egne ordninger for leger fra Danmark og Sverige der læringsmålene i LIS1 vurderes opp mot tilsvarende tjeneste i Danmark og Sverige.
- 41. Redusere varigheten av del 1. Se kapittel 5.2. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 42. Dine/deres tilbakemeldinger
- 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
- 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.
 - 1
 - 47.2. Redusere varigheten av del 1.
 - 47.3. Gå bort fra kravet om at sykehustjenesten i del 1 må gjennomføres først.
 - 47.4. Endre krav for å gå videre i spesialiseringen.
- 48. Her kan du/dere legge inn en begrunnelse for prioriteringen
- 49. Knytte en andel LIS1-stillinger opp mot ALIS-avtaler. Se kapittel 6.2 og 6.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 50. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Dette er et godt forslag. Ordningen bør prøves ut og evalueres systematisk.
- 51. Knytte en andel LIS1-stillinger opp mot introduksjonsavtaler. Se kapittel 6.3 og 6.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 52. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Dette er et godt forslag. Ordningen bør prøves ut og evalueres systematisk.
- 53. Inkludere del 1 av spesialistutdanningen i mandatet til ALIS-kontorene. Se kapittel 6.5. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 54. Dine/deres tilbakemeldinger
 - ALIS-kontorene kan bli viktige arenaer for oversikt over og oppfølging av hele spesialiseringsløpet for leger i primærhelsetjenesten. De bør bidra med kunnskap, inspirasjon og veiledning til kommuner og helseforetak. ALIS-kontorene bør også rigges slik at de kan bidra til å organisere veiledningsopplæring av fastleger og andre. ALIS-kontorene må få et tydelig mandat og nødvendige ressurser til disse oppgavene.
- 55. Bedre supervisjon og veiledning for LIS i kommunehelsetjenesten. Se kapittel 6.6. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 56. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Selvsagt. En styrking av supervisjon og veiledning krever systematisk opplæring, tid og tilrettelegging i arbeidshverdagen til fastleger og leger i sykehjem, helsestasjon og på legevakt. Kommunene må se på

oppdraget som utdanningsinstitusjon som en god rekrutteringsmulighet. For å sikre god veiledning av LIS1 og LIS 3 bør supervisjon honoreres og kommunenes kompensasjon for honorar for veiledere og supervisor bør økes.

- 57. Aktiv deltakelse av kommuner ved ansettelse av LIS1. Se kapittel 6.7. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 58. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Selvsagt. Dette ligger allerede som en premiss i den søknadsbaserte ordningen og burde vært på plass for lenge siden. Både kommuner og helseforetak har et ansvar for å styrke og prioritere lokalt samarbeid. Helsefelleskapene være en aktuell arena.
- 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.
 - 1
 - 63.2. Knytte en andel LIS1-stillinger opp mot introduksjonsavtaler.
 - 2
 - 63.3. Inkludere del 1 av spesialistutdanningen i mandatet til ALIS-kontorene.
 - 63.4. Bedre supervisjon og veiledning for LIS i kommunehelsetjenesten.
 - 3
 - 63.5. Aktiv deltakelse av kommuner ved ansettelse av LIS1.
 - 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
 - Her er det håpløst å bare skulle liste opp 3 tiltak. Vi anser å knytte LIS1 til ALIS og introduksjonsavtaler som et felles tiltak. Mer deltakelse fra kommunene i ansettelsesprosesser og i tilrettelegging for veiledning og supervisjon er like viktig, og en forutsetning for å knytte LIS1 til ALIS/intro-stillinger. ALIS-kontorene er også viktige arenaer som bør bygges opp til å omfatte hele spesialiseringsløpet.
- 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
 - 1. Turnusordningen skal være bærekraftig med hensyn til fremtidig behov for leger
Vi mener at rapporten ikke gir grunnlag for å konkludere med at «Søknadsbasert ordning ivaretar statens behov for å dimensjonere antall stillinger i tråd med brukernes og tjenestenes behov. Arbeidslivets ordinære regler gjelder delvis for ansettelser.» (s.18) Kapasitetsproblemene i den trekningsbaserte ordningen endres ikke ved omgjøring til søknadsbasert ordning. Antall turnusplasser må – uavhengig av ordning – dimensjoneres etter hvor mange leger Norge lar studere medisin enten i Norge eller i utlandet, som igjen må dimensjoneres etter Norges behov for leger. Problemene med særplasser i trekningsbasert ordning er erstattet med problemer med permisjoner, oppsigelser osv i søknadsbasert ordning.
 - 2. Turnusordningen skal fortsatt sikre god fordeling av turnusleger
Rapportutkastet beskriver entydig hvordan den søknadsbaserte ordningen har ført til en dårligere fordeling av leger til distrikt, men konkluderer likevel med at ordningen «...i all hovedsak har videreført en god geografisk fordeling...». NSDM er bekymret for at rapporten med denne konklusjonen underkommuniserte utfordringen med god fordeling av leger, og at man i liten grad diskuterer den søknadsbaserte ordningens iboende markedsstyring som gjør turnuslegenes bortvalg av distriktskommuner legitimt, jfr NSDMs rapport fra 2017. Søknadsbasert ordning ser ut til å medføre at mange studenters fokus er på å sikre seg LIS1-plass sentralt. Med trekningsbasert ordning måtte alle være åpen for at LIS1-tjenesten kunne gi muligheten til å oppleve andre deler av Norge enn man kjenner fra før.
Med en fortsatt søknadsbasert ordning blir det ekstra viktig med målrettede, kraftfulle tiltak som

motvirker den sentraliserende effekten.

3. Faglig kvalifisering av nyutdannede leger

Rapporten konkluderer med at den søknadsbaserte ordningen sikrer faglig kvalifiserte leger i minst like stor grad som den trekningsbaserte fordi studentene må skaffe seg tilleggskvalifikasjoner for å nå opp i konkurransen. NSDM savner en bredere analyse og diskusjon av bl.a. følgende problemer:

- Studenter bruker i økende grad tid på å skaffe seg klinisk jobb ved siden av studiene for å posisjonere seg, med fare for at det går utover studiene.
 - I den trekningsbaserte ordningen ble studenter med både gode og mindre gode kvalifikasjoner spredt rettferdig utover til både små og store sykehus og kommuner. Med søknadsbasert ordning blir det en økende skjevhet i fordelingen av kompetanse, slik at større sykehus og kommuner tiltrekker seg mer kvalifiserte leger, jfr s.23 i rapporten: «Fra Fylkesmennene i Troms og Finnmark og i Trøndelag har vi i år fått tilbakemeldinger om at den søknadsbaserte ordningen medfører større rekrutteringsutfordringer for distriktene. Fra andre regioner har vi fått tilbakemeldinger om gode erfaringer med videre rekruttering gjennom LIS1, både til fastlegearbeid og på sykehus. Det er blant annet flere større sykehus som beskriver dette.» (vår understreking).
- 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.
 - Ja
 - 68. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Dette kapitlet beskriver noen få positive og en rekke negative konsekvenser av den søknadsbaserte ordningen. Det er påfallende at disse ikke diskuteres mer overordnet i vurderingen av om formålene med ordningen er oppfylt.
Det er en gjennomgående beskrivelse av at søknads- og utvelgelsesprosessen er omfattende, ressurskrevende og kvalitetsmessig vanskelig. I en rapport om selve hovedvirkemiddelet i en søknadsbasert ordning ville vi forventet at dette ble kartlagt, tallfestet og evaluert på en langt mer systematisk og målrettet måte.

I rapportutkastet pekes det på at man gjennom omleggingen har fått bedre kvalifiserte søkere. Vi regner med at dette gjenspeiler to fenomener:

- søkerne har jobbet som lege etter autorisasjon og før LIS-tjenesten. Det er stort behov for arbeid blant nyutdannede leger som venter på turnus, noe som mange aktører i helsevesenet utnytter. Gjennom omleggingene til søknadsbasert LIS 1 har man skapt et nytt «grått» arbeidsmarked, der leger jobber som lavt betalte postleger eller i andre midlertidige stillinger, for eksempel i sykehjem. Det er ingen formelle krav om veiledning eller opplæring i disse stillingene. Det kan diskuteres om dette fører til bedre kvalifiserte søkere.
- medisinstudenter prøver allerede tidlig i studiet å kvalifisere seg til fremtidig LIS1. En viktig kvalifiseringsfaktor ved LIS1-søknad er lønnet arbeid som lege. Studentene opplever nå at de er nødt til å arbeide på siden av studiet for å sikre seg stilling som LIS1. Dette er svært uheldig og man bør vurdere at arbeid i studiesemester ikke skal legges vekt ved ansettelse.

Konsekvensene av disse effektene bør analyseres og diskuteres grundigere.

- 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.
 - Nei
- 70. Dine/deres tilbakemeldinger
- 71. Generelle tilbakemeldinger
 - Da ordningen med søknadsbasert turnusordning ble innført i 2013 var det en forutsetning at den skulle evalueres etter 5 år. Det er ikke skjedd.
Rapporten gir en god beskrivelse av omleggingen, men det er ikke gjort en systematisk evaluering. Rapporten er dermed ikke egnet til å besvare spørsmålet om formålene med søknadsbasert ordning er oppfylt.
Man har for eksempel ikke undersøkt LIS1-søkernes vurderinger av omleggingen, og man har ikke gjort kostnadsberegninger for den svært ressurskrevende søknadsprosessen. Rapporten er preget av at søknadsbasert ordning er ansett å være den eneste riktige.

Rapporten beskriver noen fordeler og en rekke ulemper ved omleggingen. Den sentraliserende effekten av søknadsbasert ordning gir grunn til alvorlig bekymring. Det samme gjelder den tid- og

ressurskrevende søknadsprosessen. Det er ikke lagt opp til en overordnet diskusjon om selve ordningen. Rapporten setter heller ikke LIS1-tjenesten inn i en helhetlig, utdanningspolitisk sammenheng.

LIS1-ordningen kan etter vår mening ikke diskuteres i et vakuum, men må sees sammen med antall studieplasser i Norge og utlandet og behovet for leger i hele Norge. Også innholdet i legestudiet bør være et tema – for eksempel hvordan studentene motiveres til legearbeid i distrikt og på lokalsykehus. NSDM etterlyser en bredere, kunnskapsbasert vurdering av om en trekningsbasert ordning kunne vært et mer målrettet og effektivt tiltak samlet sett.

Samfunnsansvar

NSDM tar utgangspunkt i at legeutdanningen har som samfunnsoppdrag å utdanne leger til hele landet. Noen overordnede utfordringer danner bakteppe for å kunne diskutere søknadsbasert LIS1-ordning:

- Kapasitetsproblem i grunnutdanningen i Norge (jfr Grimstadrapporten)
- Kapasitetsproblem i LIS1 (både før og etter innføring av søknadsbasert ordning)
- Fordelingsproblem (økende etter innføring av søknadsbasert ordning)

Rapporten beskriver to store endringer av betydning for LIS1: Endring fra trekningsbasert til søknadsbasert ordning i 2013 og endring av spesialistreglene i 2017.

Bakgrunnen for endringen fra trekningsbasert til søknadsbasert er godt beskrevet. Vår vurdering av endringene i turnusordningen er at

- Avskaffelse av rett til turnusplass – har ikke skaffet flere plasser eller mindre køer
- Endring av autorisasjonstidspunkt til før turnus – kan være en fordel fordi legene får bruke kompetansen mens de venter, ulempen at det har skapt stort marked for grå stillinger uten kvalitetssikring og veiledning. Dette er potensielt uheldig for både leger, pasienter og helsetjeneste.
- Søknadsbasert ordning – har ikke skaffet flere plasser eller mindre køer

De nye spesialistreglene i 2017 medførte at LIS1 gikk fra å være en obligatorisk påbygging av grunnutdanningen til å utgjøre første del av spesialistutdanningen. I andre land, f.eks. Danmark og Sverige, er den tilsvarende tjenesten fortsatt regnet som en del av grunnutdanningen. Denne juridiske endringen av autorisasjonstidspunkt har fått vidtrekkende konsekvenser for belastningen på norsk LIS1-ordning ved at alle må gjennom norsk LIS1 uavhengig av om de har lignende kompetanse fra utlandet. Tanken er god – alle trenger å lære om norske forhold for å jobbe i Norge. Men dette er et lite målrettet tiltak, som forutsigbart har ført til økende søkermasse, uhensiktsmessige køer og ytterligere økning av det grå stillingsmarkedet både i kommuner og sykehus. Dette er godt beskrevet i rapporten, og NSDM støtter at leger med nødvendig medisinsk kompetanse ikke skal inn i LIS1-løpet, men at de må gjennomføre et tilpasset introduksjonsprogram til norsk helsetjeneste.

Hovedinntrykket vårt er at endringene i 2013 og 2017 har løst noen problemer, men skapt mange nye. Uten en systematisk evaluering av kvalitet, innhold, kapasitet og kostnader kan man ikke avgjøre om endringen har oppfylt formålene, og tiltakene blir flikking på en ordning som det er usikkert...