

Svar:

- 1. Høringsinnspillet kommer fra:
 - Helseforetak
- 2. Navn på avsender av høringsinnspillet (navn på virksomhet/forening eller ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
 - Helse Møre og Romsdal
- 3. Navn på den som har fylt ut skjemaet på vegne av virksomheten/foreningen (gjenta ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
 - Ingeborg Henriksen/ Gry Merket
- 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?
 - Ja
- 6. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi støtter dette tiltaket, men vi er usikre på om dette vil bidra i stor grad da dette vil, slik vi forstår, være stillinger som ikke medfører økt økonomisk ramme. Ved behov for flere leger vil man nok i større grad ønske å ansette mer erfarne leger. Ved et slikt tiltak må et fremgå klart om dette er stillinger som skal inngå i det ordinære opptaket, i praksis organiseres gjennom utlysning som restplass eller om det skal være annen organisering av ansettelsen.

Opprettelse av midlertidige LIS1-stillinger for å øke kapasiteten i spesialistutdanningen av leger vil samtidig stille krav om tilstrekkelige veiledningsressurser jfr Spesialistforskriften. Dette er allerede en knapphetsressurs og det må samtidig med en midlertidig økning av antall LIS1-stillinger, og videre flere LIS2/3 som en direkte følge av dette tiltaket, sikres rammer som ivaretar dette behovet slik at spesialistutdanningen kan gjennomføres i tråd med kravene i forskriften.

Det er viktig at dette er et tiltak foretaket selv styrer etter 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
 - Organisering av LIS1-tjenesten er krevende og det er mange utdanningshensyn som skal ivaretas, i tillegg til at legene er en viktig del av vår daglige drift. Hvert LIS1-kull starter med introduksjonskurs som både skal ivareta en del praktisk opplæring, samt at det er lagt opp til undervisning som inngår i flere av læringsmålene i FKM. Flere av LIS1-stillingene hos oss er 3-delt med 4 måneder pr avdeling man roterer til. Å ha en situasjon der vi skal kunne få inn helt nye leger for 4 måneders tjeneste, der de skal få den utdanningen de trenger, de skal samtidig fungere i sin rolle hos oss og vi skal bli godt nok kjent med dem til å kunne vurdere deres kompetansenivå og godkjenne læringsmål, ser vi ikke på som gjennomførbart. En slik ordning vil derfor måtte være en minimumsordning der legene må være minst 6 måneder i foretaket og starte samtidig med det ordinære LIS1-kullet. Det vil imidlertid medføre noe logistiske utfordringer både for våre interne stillinger, samt samarbeidet med kommunene med antall stillinger i kommunehelsetjensten da det vil være et ulikt antall leger som skal ansettes og rotere ut til en hver tid. Det stiller altså en betinget forutsetning om fleksibel kapasitet i kommunehelsetjensten dersom dette skal fungere etter hensikt.
- 9. Benytte ledig stilling i annet fylke hvis det oppstår mangel på kommunestilling. Se kapittel 3.3. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 10. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi leser dette tiltaket som et tiltak på kommunenivå for LIS1-leger som er i behov av kommuneplass til annet tidspunkt enn ordinær rotasjon som følge av avvirket foreldrepermisjon. Plasser i kommunehelsetjensten er utenfor vårt ansvarsområde, men i og med at dette er koblede stillinger, henger det tett sammen med stillinger i vårt foretak.

På generelt grunnlag har vi store utfordringer med nok antall plasser i kommunedelen for LIS1 som følger ordinær progresjon og flere av våre leger tilbys allerede del 1 i kommunene i andre fylker og regioner enn vår egen. Det er krevende for oss å fremskaffe plassene, og vi erfarer at mange av legene som får de minst attraktive plassene sier fra seg disse og baserer seg i stedet på restplasser. Dette er

leger vi i stor grad mister ut av vårt foretak, og mange av de legene skulle vi gjerne ønske å kunne beholde her. Vår erfaring er også at foretak med ledige kommuneplasser holder disse tilbake til restplasser fremfor å dele ledige plasser med oss og andre foretak som har de samme utfordringer. En større grad av samarbeid ville trolig ha bedret kapasiteten mye.

Med bakgrunn i våre erfaringer av å måtte bruke kommuneplasser med spredt lokalisasjon ser vi dette som et uheldig forslag. LIS1 er en viktig rekrutteringsarena for oss. Dersom legene må flytte langt for å gjennomføre kommunehelsetjenesten risikerer vi at vi «mister» leger vi ønsker å beholde i foretaket. Samtidig vil en organisering som her foreslått være lite forutsigbar for legene som har etablert seg i vårt område. Dersom dette er et tiltak for å sikre bemanning i mindre populære kommuner, tror vi ikke det vil virke etter hensikt da LIS1 legene selv står fritt til å si opp sine stillinger og benytte seg av restplass dersom de ikke ønsker å reise til en evt tildelt kommune et annet sted i landet.

- 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?
 - Nei
- 14. Dine/deres tilbakemeldinger
- 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
 - 1
 - 19.2. Leger tilbys kun den tjenesten de mangler for å fullføre del 1.
 - 2
 - 19.3. Benytte ledig stilling i annet fylke hvis det oppstår mangel på kommunestilling.
 - 19.4. Innføre karantenetid ved ansettelse i kommune.
 - 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
- 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
 - Vi støtter ikke dette tiltaket. En ansettelsesrunde til kommunen mens legene gjennomfører LIS1-tjenesten i sykehus fører til unødvendig mye «støy» og usikkerhet for LIS1 og foretaket. Vi tror det er nødvendig med god planleggingshorisont av hensyn til legene, hvis flere kommer med familie som også skal etableres, og for å ha ro og fokus til å gjennomføre tjenesten i sykehus.

Vi støtter derimot at det kan åpnes for at kommunene kan lyse ut separate LIS1-stillinger dersom dette kommer i tillegg til de allerede koblede stillingene og være forbeholdt de som kommer tilbake fra foreldrepermisjon eller av andre grunner har forsinket progresjon, behov for resttjeneste m.m.

Tidspunkt for oppstart i disse stillingene kan gjerne være avvikende fra ordinær oppstart slik at det bidrar til å sikre forutsigbarhet for de legene det gjelder. Hvorvidt en slik stilling skal være en midlertidig stilling eller en separat LIS1-stilling mener vi kommunene selv må avgjøre.

- 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
 - Dersom vi kan ansette leger direkte fra en søkerliste i stedet for å lyse ut på nytt, så vil det være noe tidsbesparende å unngå en ekstra utlysning. Samtidig er listen over tidligere søkere lang (ca 600 søkere

pr sykehus pr halvår i vårt foretak) og det vil være en stor jobb å gå gjennom de legene som står uten jobbtilbud for å sikre at den som gis jobbtilbud har ønskede kvalifikasjoner. Det lages reservelister til hvert ordinære opptak og erfaringsmessig brukes disse opp da, og det gjennomføres allerede en stor mengde intervjuer for å lage reservelister. Dersom stillingen(e) lyses ut vil det være et begrenset antall søkere som slik sett begrenser arbeidsmengden for å finne den/de mest aktuelle kandidatene. Vi er derfor usikre på om dette tiltaket egentlig vil bidra til mindre arbeidsmengde for foretakene/sykehusene.

- 25. Invitere tjenestene med på erfaringsseminarer. Se kapittel 4.3. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 26. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi støtter at det arrangeres slike seminarer. Det er viktig å dele erfaringer for at ordningen skal bli best mulig ivarettatt.
- 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
- 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.
 - 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.
 - 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
 - Vi støtter grunntanken i dette forslaget, men det er flere nyanser av dette. Det er flere søkere til LIS1-stillinger hos oss som har relativt lang klinisk erfaring fra andre land, og LIS1-stilling synes ikke riktig for disse legene. Denne gruppen leger kan deles i to hoveddeler: De som har gjennomført tjeneste tilsvarende LIS1 i våre naboland (AT-tjänst i Sverige og KBU i Danmark som eksempler) utgjør en gruppe. Den andre gruppen er de legene som har varierende arbeidserfaring fra andre land. For de legene som kommer etter gjennomført tjeneste tilsvarende LIS1 sykehusetjeneste fra Danmark og Sverige bør tjenesten deres sidestilles med LIS1-tjeneste i sykehus. De vil fortsatt trenge tjeneste i kommunehelsetjenen.

Den andre gruppen er en stor og sammensatt gruppe leger med svært ulikt erfaringsgrunnlag. Vi har også erfart flere ganger at av de legene fra denne gruppen som får LIS1-stilling, så viser det seg at noen har både faglige og språklige mangler som gjør det vanskelig/umulig å fortsette i stillingen. Et system for en slags kontroll ser vi derfor på som viktig og nødvendig. Samtidig, med en så heterogen gruppe leger, vil det ikke være en felles ordning som passer alle disse legene. Dersom man velger å gå videre med dette må det være med helt tydelige rammer for både innhold, ansvar og økonomi og vi forutsetter at det gjøres et nasjonalt arbeid for å sikre nettopp det. Det vil ikke være greit å overlate dette i sin helhet

til det respektive foretak, og trolig vil det medføre at dette er en gruppe leger som i svært varierende grad vil bli vurdert som kvalifisert for en tilpasset stilling som LIS 2/3. Problemet vil derfor ikke være løst og legene vil dermed trolig fortsette å søke på ordinære LIS1-stillinger.

Et annet aspekt av dette er den søkermassen med leger som gjentatte ganger blir vurdert som ikke er formelt kvalifisert til stilling og som likevel fortsetter å søke på stillinger. Det burde vært et system som fanget opp dette når legene hadde søkt et visst antall ganger slik at de kunne få veiledning i Helsedirektoratets regi med hensyn til formelle mangler slik at de ikke utgjør en stadig voksende søkermasse i flere søknadsrunder.

- 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
 - Rekruttering til allmennmedisin er veldig viktig og vi støtter at det gjøres et generelt arbeid for å øke rekrutteringen ved å gjøre allmennmedisin til en attraktiv spesialitet. Helseforetaket er avhengig av en velfungerende primærhelsetjeneste. Vi er imidlertid usikre på hvordan dette tiltaket vil slå ut. Vi erfarer at det er mange som søker LIS1-stillinger og ønsket om å få stilling er stort. De fleste LIS1-leger er usikre på hvilken spesialitet de ønsker og bruker en del tid, også etter fullført del 1, på det endelige valget. Ved en slik ordning risikerer man at legene vil takke ja til en slik avtale for å sikre seg LIS1-stilling uten et egentlig ønske om å fortsette i allmennmedisinsk spesialisering. Vi er også bekymret for at leger som evt ansettes med en slik intensjonsavtale allerede tidlig i tjenesten går inn i fastlegerollen i stedet for å bruke tiden i del 1 som en lærings- og mestringsperiode hvor vedkommende kan utvikle trygghet i rollen som lege – og senere allmennlege. Det er en viktig del av LIS1-tiden for alle, og spesielt viktig for de legene som etter hvert skal fortsette yrkeskarrieren i områder med lav legedekning.

Man må også forvente, dersom dette etableres, at andre rekrutteringssvake spesialiteter vil ønske tilsvarende ordninger. Vi er imidlertid enige i at dersom man skulle gå videre med dette tiltaket, så bør det piloteres og fortrinnsvis i en region med en veletablert ALIS-struktur.

- 51. Knytte en andel LIS1-stillinger opp mot introduksjonsavtaler. Se kapittel 6.3 og 6.4. Støtter du/dere tiltaket?
- 52. Dine/deres tilbakemeldinger
- 53. Inkludere del 1 av spesialistutdanningen i mandatet til ALIS-kontorene. Se kapittel 6.5. Støtter du/dere tiltaket?
- 54. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Dette er utenfor vårt ansvarsområde og vi har begrenset erfaring for å kunne uttale oss om dette punktet. Det kan være flere gode argumenter for at ALIS-kontorene bidrar med råd om både innhold og gjennomføring av LIS1-tjenesten i kommunene, og også aktivt rekrutteringsarbeid. I de tilfeller hvor dette vil overlappe med tjenesten i sykehus er det viktig med tett samarbeid med helseforetakene. Dersom dette skal være aktuelt må det etableres ALIS-kontor i alle regioner. I vår region er det foreløpig ikke etablert et ALIS-kontor. Hvorvidt det er økonomiske og personellmessige ressurser til å ivareta

dette ved ALIS-kontorene har vi ikke forutsetning for å vurdere. Dersom man går videre med dette foreslår vi at også dette blir et pilotprosjekt i en region med etablert ALIS-kontor.

- 55. Bedre supervisjon og veiledning for LIS i kommunehelsetjenesten. Se kapittel 6.6. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 56. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Supervisjon og veiledning bør være regelmessig og av god kvalitet. God tilgang på både supervisjon og veiledning er viktig for å stimulere opplevelsen av mestring, og samtidig bidra til å utvikle trygge leger som kan stå i egne beslutninger og være trygge i egen usikkerhet. Overgangen fra sykehustjenesten, der man har mange rundt seg som man kan spørre for å få råd og hjelp, og til kommunetjenesten, der man i mye større grad står alene om vurderinger og beslutninger, er for mange stor. Regelmessig planlagt veiledning og god tilgang på supervisjon etter behov er derfor helt nødvendig. Vi tror at dette i seg selv er et viktig rekrutteringstiltak for spesialiteten allmennmedisin. Samtidig understreker dette viktigheten av at LIS1-tjenesten fortsatt får være en lærings- og mestringsperiode der legene får et godt fundament for videre yrkeskarriere jfr vår tilbakemelding for foreslått tiltak nr 8.
- 57. Aktiv deltakelse av kommuner ved ansettelse av LIS1. Se kapittel 6.7. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 58. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi ønsker deltakelse fra kommunene i ansettelsesprosessen av LIS1 til våre sykehus
- 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.
 - 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.
 - Ja
- 66. Dine/deres tilbakemeldinger
- 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
 - Arbeidsmengden som er lagt til foretakene er nok større og mer omfattende enn man så for seg da denne ordningen ble etablert. Det gir mulighet til aktivt rekrutteringsarbeid og god mulighet til å sette sammen LIS1-kull som utfyller hverandre. Det får positive ringvirkninger og hjelper til langsiktig rekruttering. Likevel utgjøre dette et stort arbeid og tiltak som kan øke kapasiteten i tjenesten og dermed redusere antall søkere til stillingene vil være nødvendig for å kunne redusere denne arbeidsmengden.
- 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
 - Vi registrerer at det er mange søkere til stillingene og det er stor intern konkurranse mellom legene for å få LIS1-stilling. Mange prioriterer bort forelesninger og studentarbeid til fordel for å skaffe seg lønnet erfaring som lege i forkant av søknadsprosessen. Dette er en uheldig effekt av overgangen til

søknadsbasert tjeneste. De legene som har prioritert studentarbeidet, eller av ulike årsaker ikke har hatt anledning til å ha lønnet arbeid som lege gjennom studietiden, risikerer i større grad å ikke bli vurdert som kvalifisert for en LIS1-stilling, selv om de formelt er kvalifisert

- 71. Generelle tilbakemeldinger