

Svar:

- 1. Høringsinnspillet kommer fra:
 - Fag- eller interesseorganisasjon
- 2. Navn på avsender av høringsinnspillet (navn på virksomhet/forening eller ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
 - Norsk Sykepleierforbund
- 3. Navn på den som har fylt ut skjemaet på vegne av virksomheten/foreningen (gjenta ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
 - Astrid Grydeland Ersvik
- 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?
- 6. Dine/deres tilbakemeldinger
- 7. Leger tilbys kun den tjenesten de mangler for å fullføre del 1. Se kapittel 3.2. Støtter du/dere tiltaket?
- 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?
- 10. Dine/deres tilbakemeldinger
- 11. Innføre karantenetid ved ansettelse i kommune. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
- 12. Dine/deres tilbakemeldinger
- 13. Innføre bundet plass i koblet stilling. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
- 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?
- 16. Dine/deres tilbakemeldinger
- 17. Reservere reststillinger til leger som gjennomføre del 1 i reststillinger. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
- 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.
 - 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?
- 22. Dine/deres tilbakemeldinger
- 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?
- 24. Dine/deres tilbakemeldinger
- 25. Invitere tjenestene med på erfaringsseminarer. Se kapittel 4.3. Støtter du/dere tiltaket?
- 26. Dine/deres tilbakemeldinger
- 27. Gjeninnføre puljevis ansettelse. Se kapittel 4.4 Støtter du/dere tiltaket?
- 28. Dine/deres tilbakemeldinger
- 29. Innføre regionaliserte eller samordnede ansettelser. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
- 30. Dine/deres tilbakemeldinger
- 31. Innføre en begrensning i antall søknader per lege. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
- 32. Dine/deres tilbakemeldinger
- 33. Ha løpende ansettelser i LIS1-stillinger. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
- 34. Dine/deres tilbakemeldinger
- 35. Inkludere LIS1 i spesialistløpet uten egen, separat ansettelsesprosess. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
- 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.
- 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?
- 40. Dine/deres tilbakemeldinger
- 41. Redusere varigheten av del 1. Se kapittel 5.2. Støtter du/dere tiltaket?
- 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?
- 44. Dine/deres tilbakemeldinger
- 45. Endre krav for å gå videre i spesialiseringen. Se kapittel 5.2. Støtter du/dere tiltaket?
- 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.
 - 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
 - Forslaget, og at det gjennomføres som et pilotprosjekt, støttes.
- 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
 - Forslaget, og at det gjennomføres som et pilotprosjekt, støttes.
- 53. Inkludere del 1 av spesialistutdanningen i mandatet til ALIS-kontorene. Se kapittel 6.5. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 54. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi vil for øvrig peke på at tilsvarende ordning burde etableres for AKS, jordmødre og helsesykepleiere. Det er rekrutteringsutfordringer innen disse gruppene spesialsykepleiere, som alle vil være tette samarbeidspartnere til LIS1-leger i kommunehelsetjenesten.
- 55. Bedre supervisjon og veiledning for LIS i kommunehelsetjenesten. Se kapittel 6.6. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 56. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Systematisk veiledning av god kvalitet er avgjørende for opplevelsen av god praksis, og kan ha stor betydning for videre rekruttering. Veiledningstilskudd er en avgjørende motivasjonsfaktor, for leger så vel som for sykepleiere, og bør avspeile den reelle arbeidsmengden som veiledning medfører.
- 57. Aktiv deltakelse av kommuner ved ansettelse av LIS1. Se kapittel 6.7. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 58. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi er usikre på om insentivene for kommunene er tydelige nok. Tiltaket må sees i sammenheng med tiltak 4 som gir kommuner (og helseforetak) mulighet for å lyse ut LIS1-stillinger separat. Vi støtter at en forskriftsendring vil åpne for en slik løsning.
- 59. Redusere tiden det tar å bli spesialist i allmennmedisin. Se kapittel 6.8. Støtter du/dere tiltaket?
- 60. Dine/deres tilbakemeldinger
- 61. Gjennomføre mer av LIS1-tjenesten i kommune. Se kapittel 6.8. Støtter du/dere tiltaket?
- 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.
- 63.5. Aktiv deltakelse av kommuner ved ansettelse av LIS1.
- 63.6. Redusere tiden det tar å bli spesialist i allmenntidmedisin.
- 63.7. Gjennomføre mer av LIS1-tjensten 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.
- 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.
- 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.
- 70. Dine/deres tilbakemeldinger
- 71. Generelle tilbakemeldinger
 - Norsk Sykepleierforbund (NSF) stiller oss i hovedsak bak de anbefalingene som gis i rapporten. Vi deler bekymringen for rekruttering til allmenntidmedisin generelt og til distriktene spesielt.

Å rekruttere til allmenntidmedisin generelt handler om hvordan vi i stort klarer å formidle mulighetene og de positive utfordringene innenfor fagfeltet, mer enn et skremmebilde av arbeidsmengde og stort individuelt ansvar. Her mener vi det ligger et stort potensiale, som denne rapporten ikke vier særlig oppmerksomhet.

Det vises til en studie om jobbpreferanser blant siste års legestudenter og turnusleger som viste at nesten 20 % foretrakk jobb som fastlege i distrikt fremfor i en større by, dersom de kunne være trygge på å kunne styre arbeidstiden, ha mulighet for faglig utvikling, arbeide i en praksis av en viss størrelse og ha en inntekt på nivå med sykehusleger.

Praksis «av en viss størrelse» kan være utfordrende å oppnå i de minste kommunene. Dette mener vi kan møtes blant annet ved å i større grad la legene inngå i tverrfaglige miljø, som AKS (avansert klinisk allmennsykepleiere) primærhelseteam, utviklingspsykiatri, helsestasjon- og skolehelsetjeneste/familiesentre. Dette kan også være et bidrag til faglig utvikling, om man velger å se faglig utvikling som mer enn rent monofaglig. Legekompetansen må sees i en større sammenheng og som ledd i utviklingen av sterke kommunale helsefaglige miljø. Covid-19-pandemien har til fulle vist oss den avgjørende rollen allmennlegen kan spille i nært samarbeid med andre helseprofesjoner i kommunen, i helseforetakene og opp mot regionale/sentrale helsemyndigheter.

Uavhengig av treknings- eller søknadsbasert turnus er vi usikre på om de foreslåtte tiltakene er kraftfulle nok til å motvirke at distriktskommuner velges bort som turnussted. Slik vi leser rapporten, vet vi pr. i dag for lite om hvordan søknadsbasert turnus har virket inn på dette. Det mener vi tilsier behov for en evaluering av ordningen over tid, der man eksplisitt ser på effekten på rekruttering til distriktene.