

## 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 medisinstudentforening
- 3. Navn på den som har fylt ut skjemaet på vegne av virksomheten/foreningen (gjenta ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
  - Maja Elisabeth Mikkelsen
- 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
  - Det må følge med insentiver for at sykehusene faktisk skal opprette flere LIS1-stillinger for å kunne dekke sitt legebehov og ikke bare opprette postlegestillinger etc som er billigere for sykehuset å drifte pga krav om supervisjon/veiledning i LIS1-stillinger.

Her må man imidlertid være oppmerksom på at der det er fast behov for legearbeidskraft, bør dette følges opp med permanente LIS1-stillinger. Midlertidige stillinger bør ikke dekke et permanent behov. En mer utstrakt bruk av midlertidighet i LIS1, vil øke uforutsigbarheten for de aktuelle legene. Det vil være uheldig om det blir en utstrakt praksis å fullføre LIS1 ved å veksle mellom vikariater.

Hovedregel bør derfor være at et økt behov for LIS1-stillinger følges av permanente stillinger.

Midlertidige stillinger bør videre ha en varighet som tillater at LIS1 får oppfylt læringsmålene ved aktuell avdeling. Eksempelvis bør en midlertidig stilling ved en indremedisinsk avdeling ha en varighet på minst 6mnd, slik at legen som ansettes får anledning til å gjøre seg ferdig med indremedisintjenesten i LIS1, uten å måtte ytterligere vikariater/reststillinger.

- 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
  - Dette vil være et tiltak som bidrar til å øke gjennomstrømningen i LIS1. Slik vi ser på det vil dette være relevant for leger med lang klinisk erfaring, blant annet de som har gjennomført store deler av spesialistutdanningen i utlandet og leger som har gjennomført KBU i Danmark/AT-tjeneste i Sverige. For begge disse gruppene bør man finne andre løsninger for at de skal få fullført de manglende læringsmålene i LIS1 uten at de tar opp LIS1-stillinger tiltenkt for nyutdannede. Spesielt førstnevnte gruppe leger bør ikke ta opp kapasitet i LIS1. Sistnevnte gruppe kan tilbys LIS1-stillinger som dekker den delen av tjenesten som ikke er tilstrekkelig dekket gjennom deres KBU/AT-tjeneste.

Dette gjelder også leger som har startet sitt LIS1-løp i reststilling. Disse bør ikke måtte fullføre et nytt 18 mnd LIS1-løp og dermed ende opp med dobbel tjeneste. Her bør det legges til rette for at disse også kan fullføre LIS1 ved å søke ordinære koblede LIS1-stillinger - men kun gjennomføre de delene som mangler. Resten av denne LIS1-stillingen kan da lyses ut som reststilling. Disse legene bør ikke få innskrenket sine muligheter ved å kun få lov til å søke på reststillinger.

Man må likevel passe på at dette ikke blir normen. LIS1 skal i utgangspunktet gjennomføres som et helhetlig løp.

- 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
  - Dette må være avtalt med LIS1 på forhånd av oppstart i LIS1-stilling for å sikre forutsigbarhet. Dette gjelder også generelt for tildeling av kommunestillingene - disse bør avklares så fort som mulig før/etter oppstart av sykehustjenesten for å redusere antallet som sier opp sin kommune plass.

En lege som kommer tilbake fra permisjon må få mulighet til å tre inn i sin kommunestilling innenfor det

samme fylket, da legen i en slik situasjon vil ha behov for forutsigbarhet og ikke plutselig måtte pendle langt/flytte for å fullføre LIS1.

- 11. Innføre karantenetid ved ansettelse i kommune. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 12. Dine/deres tilbakemeldinger
  - LIS1 er en stilling som er omfattet av arbeidslivets ordinære regler, som også innebærer retten til å si opp en stilling, for så å søke en tilsvarende stilling et annet sted i landet. Det vil være en uheldig diskriminering overfor øvrige arbeidstakergrupper om LIS1 som sier opp sin stilling iføres karantenetid eller andre restriksjoner.

Det må heller være fokus på at LIS1 vet fra ansettelsestidspunkt / tidlig i sykehustjenesten hvilken kommune vedkommende skal ha sin kommunetjeneste. På den måten vil det være større sannsynlighet for at legen kan gjøre de praktiske forberedelser som er nødvendig for å avtjene den gitte kommunetjenesten - og det kan føre til at de som allikevel sier opp sin stilling i kommunetjenesten gjør det på et tidligere tidspunkt slik at det blir mulig å fylle denne stillingen med en annen LIS1.

- 13. Innføre bundet plass i koblet stilling. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 14. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Det er viktigere med forutsigbarhet og fordeling av kommune plasser mellom LIS1 tidlig i sykehustjenesten, som nevnt tidligere. En slik binding vil også innskrenke legens egne valgmuligheter ved uforutsette hendelser som gjør at vedkommende ikke kan avtjene kommunetjeneste i gitte kommune.
- 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
  - Dette vil gå ut over forutsigbarhet for hvor man skal tjene resten av LIS1-løpet når man kommer tilbake fra permisjon.
- 17. Reservere reststillinger til leger som gjennomføre del 1 i reststillinger. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 18. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Det bør legges til rette for at disse også kan fullføre LIS1 ved å søke ordinære koblede LIS1-stillinger - men kun gjennomføre de delene som mangler. Resten av denne LIS1-stillingen kan da lyses ut som reststilling. Disse legene bør ikke få innskrenket sine muligheter ved å kun få lov til å søke på reststillinger, som tidligere nevnt.
- 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.
    - 3
  - 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
  - Vi mener det aller viktigste tiltaket er å øke antall stillinger for å få økt gjennomstrømming i LIS1. Nye, midlertidige LIS1-stillinger kan etterhvert (forhåpentligvis) bli omgjort til permanente stillinger der det er behov for det. Mange sykehus har dessuten uttrykt et behov for flere LIS1 (herav Ahus, St.Olavs, OUS m.fl).

Et at de viktigste tiltakene for å sikre bedre gjennomstrømming av leger i LIS1, slik vi ser det, vil være å unngå at nyutdannede leger går gjennom "dobbel løp" av utdanningsstillinger, slik som KBU og AT-tjeneste, og LIS1. Det er også viktig å unngå at leger med lang arbeidserfaring og nesten fullført

spesialiseringsløp fra utlandet ikke tar opp plass i LIS1-ordningen, som hverken passer deres eller helsevesenets behov.

- 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
  - Dette kan ikke bli normen. For å sikre forutsigbarhet for nyutdannede leger må det i størst mulig grad tilbys komplette 18 mnd stillinger som LIS1. Slik vi ser det kan også dette føre til at mindre populære kommuner kan få økte problemer med rekruttering til LIS1 og dermed bestemme seg for ikke å ha LIS1. Dette kan på sikt gi uheldige ringvirkninger i kommuner som allerede sliter med rekruttering av leger til primærhelsetjenesten - som fastleger.

At LIS1 ansettes i komplette LIS1-stillinger med kommunetjeneste innenfor samme område som sykehustjeneste kan gjøre at selv mindre populære kommuner får LIS1 fordi dette er lettere for LIS1 enn å søke kommunetjeneste et annet sted.

Det må igjen understrekes at det er viktig med forutsigbarhet også for LIS1 - derfor kan ikke fordelingen av kommune plasser skje i slutten av sykehustjenesten slik det er mange steder i dag. Det anses uhensiktsmessig at nyutdannede leger ila 1,5 år må søke to separate stillinger før de igjen må søke seg videre i spesialiseringsløp. I en etableringsfase som disse legene ofte er i vil dette gi et økt stressmoment mtp flytting etc for å fullføre LIS1-tjenesten.

Dette tiltaket vil gi enda mer jobb for kommunene i og med at de selv må ansette LIS1 separat, noe som kan fjerne deres incentiver til å ha LIS1 i utgangspunktet. Kommunene må heller være mer delaktige i selve LIS1-ansettelsesprosessen slik den er i dag.

- 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
  - Med innføring av tidsbegrensning for hvor langt frem i tid søkerlisten kan brukes - eksempelvis frem til neste ordinære oppstart av LIS1 - vil dette være et godt og ressursbesparende tiltak.

Sett sammen med tiltaket om at leger som har startet LIS1 i restplass kan få muligheten til å kun avtjene den delen av tjenesten de mangler også i ordinære LIS1-løp vil gjøre at dette tiltaket ikke begrenser disse legenes mulighet til å kunne fullføre LIS1.

Dette kan også føre til en situasjon der flere leger søker alle steder for å kunne være en del av "bunken" og på den måten ha mulighet for å bli hentet inn i LIS1 stilling ved et senere tidspunkt.

- 25. Invitere tjenestene med på erfaringsseminarer. Se kapittel 4.3. Støtter du/dere tiltaket?
  - Ja
- 26. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Vi mener dette kan være et godt tiltak for å dele erfaringer og sikre mer rettferdige ansettelsesprosesser til LIS1. Her er det viktig å understreke at også kommunene må delta aktivt for å sikre at ikke distriktstjenesten av LIS1 prioriteres ned. Det bør også være LIS1-representanter som kan uttale seg om hvordan ansettelsesprosessen og generelt samarbeid faktisk oppleves.
- 27. Gjeninnføre puljevis ansettelse. Se kapittel 4.4 Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 28. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Slik vi ser det er det få helseforetak/sykehus som i praksis sliter med å rekruttere LIS1 pga det store antallet søknader - dette vil i så måte ikke være et tiltak det er behov for.
- 29. Innføre regionaliserte eller samordnede ansettelser. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 30. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Dette vil kunne føre til mindre valgfrihet for legene som søker LIS1. For mange nyutdannede er det spesielle geografiske områder som er av interesse for å søke LIS1 - og det vil være uheldig hvis man må prioritere mellom mange sykehus i samme område og på den måten "miste" muligheten for ansettelse i

de sykehusene i samme område som prioriteres lavere, men som søkeren allikevel heller vil jobbe hos enn eksempelvis et sykehus i en annen region.

- 31. Innføre en begrensning i antall søknader per lege. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 32. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Det vil gå imot prinsippet om fritt arbeidsmarked. I det man gikk fra trekningsbasert til søknadsbasert turnus, tok man fra leger retten til stilling. Til gjengjeld fikk legene rett til å søke turnus (og senere LIS1) der de ville, og at ansettelsene skal skje etter ordinære regler i det offentlige. Da kan vi ikke gå med på en innskrenking av dette.
- 33. Ha løpende ansettelser i LIS1-stillinger. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 34. Dine/deres tilbakemeldinger
  - LIS1-søknadsprosessen er allerede nå en veldig belastende periode for medisinstudenter mtp den store konkurransen om stillingene samtidig som de skal lese til og avlegge sin embetseksamen. Ved å legge om til løpende ansettelser vil dette kunne føre til uhensiktsmessig mye stress over lange tidsperioder for de som skal holde seg oppdatert på utlysninger, søke på jobb og lese til embetseksamen.
- 35. Inkludere LIS1 i spesialistløpet uten egen, separat ansettelsesprosess. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 36. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Dette vil bryte med den sterke tradisjonen turnustjenesten har i legeutdanningen og vil forringe kvaliteten i utdanningen. Dette vil føre til at medisinstudenter må velge spesialiseringsløp allerede når de søker LIS-stilling, uten å ha hatt relevant erfaring fra ulike medisinske/kirurgiske fag slik som man har etter gjennomført LIS1.
- 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.
  - 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
  - De beste tiltakene for å forbedre søknads- og ansettelsesprosessene til LIS1, se nærmere forklaring under hvert punkt.
- 39. Vurdere egne ordninger for leger med lang klinisk erfaring. Se kapittel 5.1. Støtter du/dere tiltaket?
  - Ja
- 40. Dine/deres tilbakemeldinger
  - LIS1-stillingene er nybegynnerstillinger og derfor ikke passende for leger med lang erfaring og nesten ferdige spesialister fra utlandet. Det bør heller opprettes alternative ordninger for å oppfylle manglende kompetanse/erfaring i den norske helsetjenesten.
- 41. Redusere varigheten av del 1. Se kapittel 5.2. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 42. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Det er nødvendig med dagens varighet av LIS1-tjenesten for å sikre faglig forsvarlighet når legene skal ansettes i videre spesialiseringsløp. Selv om læringsmålene kan være gjennomført på kortere tid er LIS1-tjenesten viktig som en del av den faglige og kliniske modningen som leger og man bør derfor fullføre 18 mnd i LIS1 før videre spesialisering.

I praksis er det også sann i dag at noen sliter med å fullføre alle læringsmål innenfor disse 18 mnd - og en redusert varighet av LIS1 vil forverre situasjonen for disse legene ytterligere.

- 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
  - Rekkefølgekravet må beholdes med bakgrunn i faglig forsvarlighet. Det er avgjørende for kvaliteten i kommunehelsetjenesten at sykehustjenesten gjennomføres først - legene trenger tilstrekkelig erfaring før oppstart i kommunehelsetjenesten med alle de utfordringer det fører med seg i legevakt og annen førstelinjetjeneste.
- 45. Endre krav for å gå videre i spesialiseringen. Se kapittel 5.2. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 46. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Av faglige hensyn mener vi at alle læringsmålene i LIS1 skal være gjennomført før videre spesialisering.
- 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
  - Det er ikke nødvendig å endre innhold og gjennomføring av del 1 for de som har gjennomført medisinsk grunnutdanning, da det oppleves positivt for kandidatene å få tilstrekkelig veiledning og modning i rollen. Det er derimot viktig å finne andre ordninger for de som har lang klinisk erfaring fra utlandet slik at de får en god introduksjon til det norske helsevesenet, uten at de må ta opp LIS1-plasser som er ment for nyutdannede leger.
- 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
  - Ordningen må ikke bli regelen, men et unntak for de få. Mange, kanskje de aller fleste, vet ikke med sikkerhet hva de vil spesialisere seg innenfor ved utgangen av studiet. Om en del av de nåværende LIS1-stillingene omgjøres til LIS1+ALIS-stillinger, vil dette gi et uheldig insentiv til å søke på stillingene for å bedre sjansene LIS1-ansettelse. Derfor er det viktig at stillingene opprettes som et tillegg til ordinære LIS1-stillinger, da vil man både øke rekrutteringen til allmennmedisin og gjennomstrømningen i LIS1. Dette kan gjerne gjøres gjennom et prøveprosjekt i én av helseregionene, fortrinnsvis Helse Vest eller Helse Nord som allerede har erfaring med ALIS-utdanning.
- 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
  - Mange medisinstudenter kan tenke seg en spesialisering innenfor allmennmedisin, men terskelen for å kjøpe en hjemmel og ta arbeidsgiveransvar rett etter studiet er for høy. Det vil være enklere for studentene å gå inn i allmennmedisinen via introduksjonsavtaler.
- 53. Inkludere del 1 av spesialistutdanningen i mandatet til ALIS-kontorene. Se kapittel 6.5. Støtter du/dere tiltaket?
  - Ja
- 54. Dine/deres tilbakemeldinger
  - I de kommunene hvor det finnes ALIS-kontor, tenker vi dette er naturlig. ALIS-kontorene er kjent for veiledning av høy kvalitet, som er viktig for LIS1 i kommunen. I tillegg vil LIS1-legene bli en del av et større utdanningsmiljø, som er fordelaktig. I NmF sin medlemsundersøkelse fremheves små fagmiljø som en av hovedgrunnene til at studentene vegrer seg fra å velge allmennmedisin. Det tror vi kan

motvirkes ved å gi ALIS-kontorene større ansvar for oppfølging av LIS1, og slik sett kan tiltaket bidra til å øke rekrutteringen til allmennmedisin.

- 55. Bedre supervisjon og veiledning for LIS i kommunehelsetjenesten. Se kapittel 6.6. Støtter du/dere tiltaket?
  - Ja
- 56. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Det vil være mer attraktivt å fortsette innen allmennmedisinen om man har et sterkt fagmiljø rundt seg som støtte, enklere å utvikle seg i rollen
- 57. Aktiv deltakelse av kommuner ved ansettelse av LIS1. Se kapittel 6.7. Støtter du/dere tiltaket?
  - Ja
- 58. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Det vil være et viktig tiltak for rekruttering til allmennmedisin og distriktene.

Man må kunne søke seg et sted spesifikt for kommunetjenesten, ikke bare sykehustjenesten av LIS1. Slik LIS1-ansettelsene foregår i dag “selger” man seg inn til et sykehus for ansettelse - man kunne tenke seg at enkelte nyutdannede i motsatt tilfelle ønsker å søke seg til spesifikke kommuner mtp mulig arbeid der senere.

At kommunen deltar aktivt i ansettelsesprosessen vil også sende ut et signal om at distriktstjenesten er en likeverdig del av LIS1 som sykehustjenesten. Det vil også gi kommunene mulighet til å være med på utvelgelsen av LIS1-kandidater - og kan styrke rekruttering til allmennmedisin ved at de rette legene får stilling.

- 59. Redusere tiden det tar å bli spesialist i allmennmedisin. Se kapittel 6.8. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 60. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Det vil kunne redusere den faglige kvaliteten i utdanningen og gi redusert faglig kompetanse ved spesialistgodkjenning. Dessuten er sannsynligheten for at det vil ha noen særlig rekrutteringseffekt liten.
- 61. Gjennomføre mer av LIS1-tjenesten i kommune. Se kapittel 6.8. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 62. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Vi er negative til dette forslaget av hensyn til faglig forsvarlighet. De kirurgiske og indremedisinske læringsmålene er omfattende, og det vil ikke bli tilstrekkelig med tid til å oppnå dem ved forkortet tjeneste i sykehus. Videre er det viktig at LIS1-legene opparbeider seg nødvendig erfaring fra sykehus før de settes i førstelinjen på fastlegekontor og legevakt.
- 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.
    - 3
  - 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.
  - 63.5. Aktiv deltakelse av kommuner ved ansettelse av LIS1.
    - 1
  - 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
  - Kommunene må likestilles med sykehusene når det kommer til ansettelsesprosessene. Dette er viktig både for signalet som sendes ut til legene som søker LIS1 om at kommunetjenesten er en likeverdig del av LIS1. Samtidig vil det bli mulig for leger allerede ved søknadstidspunkt til LIS1 vet at de ønsker seg inn i kommunehelsetjenesten å søke seg til et sykehus og kommune spesifikt mtp hva den gitte kommunen har å tilby. Slik det er i dag har man i praksis kun mulighet til å selge seg inn til sykehuset.
- 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.
  - 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.
  - Nei
- 70. Dine/deres tilbakemeldinger
- 71. Generelle tilbakemeldinger
  - Vi hadde ønsket at man også ser mer på muligheten for å benytte flere læringsarenaer for LIS1 enn dagens for å kunne øke gjennomstrømningen - eksempelvis øke antallet LIS1-stillinger ved å benytte flere tredelte LIS1-løp. En rekke av læringsmålene i LIS1 vil kunne oppnås på andre enn kirurgiske og medisinske avdelinger, og det stilles ikke krav til hvor i spesialisthelsetjenesten læringsmålene skal gjennomføres.  
Aktuelle læringsarenaer vil være anestesilogi, akutt- og mottaksmedisin, pediatri, gynekologi/obstetikk, psykiatri, nevrologi og øre-nese-hals. Mange av disse fagene har betydelige innslag av kirurgi eller indremedisin, og kan således kompensere for tap av ren medisinsk/kirurgisk tjeneste. Dette kan være et ledd i arbeidet med å gjøre om "postlegestillinger" til fullverdige LIS1-stillinger.