

Svar:

- 1. Høringsinnspillet kommer fra:
 - Statens helsetilsyn
- 2. Navn på avsender av høringsinnspillet (navn på virksomhet/forening eller ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
 - Statens helsetilsyn
- 3. Navn på den som har fylt ut skjemaet på vegne av virksomheten/foreningen (gjenta ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
 - Hans-Petter Næss
- 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
 - Forslaget kan bedre kapasiteten i ordningen. Gevinsten forutsetter nok ressurser til å gi innhold i tjenesten for å oppnå ferdigheter og læringsmål og at virksomhetene finner midler og motivasjon til dette. Effekten av tiltaket er avhengig av at det finansieres av foretaket eller Staten.
- 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
 - Vi mener dette kan bedre gjennomstrømning i stillingene, men at det som hovedregel bør være et minimum varighet av tjenesten av hensyn til læringsverdien og kvaliteten på tjenesten. Vi kan tenke oss at 3-4 måneder i samme virksomhet bør være minimum. Begrunnelsen er at det tar noe tid å komme inn i virksomheten og etablere et forhold mellom veileder og LIS1. Bør dessuten ikke føre til problemer for avviking av ordinær tjeneste for andre kandidater.
- 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
 - Forslaget vil kunne bedre gjennomstrømning i ordningen og muligens bedre rekruttering til kommunehelsetjenesten. Kan innebære ulemper for søker som bør tas hensyn til. Forutsatt at stillingen innholdsmessig holder mål, kan dette være et godt tiltak. Det er lite hensiktsmessig for ordningen at stillinger må stå ledige i påvente av at den som er i permisjon eventuelt kommer tilbake.
- 11. Innføre karantenetid ved ansettelse i kommune. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 12. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi mener tiltaket bør vurderes. Vi deler Helsedirektoratets begrunnelse om at forslaget bryter med prinsippet om at modellen skal likne et vanlig arbeidsmarked. Vi mener likevel at forslaget bør veies opp mot for muligheten for bedre avviking av tjenesten totalt sett.
- 13. Innføre bundet plass i koblet stilling. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 14. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Tilsvarende som ved karantenetid, vil tiltaket være noe inngripende. Men det vil samtidig kunne bidra til mer effektiv avviking av tjenesten, unngå ledige LIS1-stillinger i kommunene og bidra til bedre legedekning i mindre sentrale strøk.
- 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 henger sammen med mulighet for kommunene til å lyse ut stillinger separat og i tillegg til eksisterende, noe som gjøre det mulig å ha en buffer for variasjoner i permisjoner og sykefravær. Det ligger her egentlig to forslag: Utløse alle to ganger i året og ikke holde igjen reststillinger, som kommer i spørsmål 17. Noe frafall blir det hvert år, men en viss buffer for variasjon er nødvendig. Lyse ut alle hvert halvår er en fordel for veiledere og undervisnings- og treningsaktiviteter at flest mulig er på

samme sted i forløpet. Helsetilsynet er opptatt av at LIS1-leger som har foreldrepermisjon, sikres plass for å fullføre tjenesten etter fullført permisjon.

- 17. Reservere reststillinger til leger som gjennomføre del 1 i reststillinger. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
- 18. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi har ikke grunnlag for å svare ja eller nei. Det er vanskelig å anslå effekten av tiltaket som sådan og hvordan det vil slå ut for den enkelte. Å utføre tjenesten i reststillinger er ikke optimalt. Tjeneste i svært kortvarige arbeidsforhold frarådes som hovedsak. Samtidig vil reststillinger være en mulighet for Lis1-leger å fullføre påbegynt tjeneste (etter f. eks permisjon).
- 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
 - Vi ønsker ikke å prioritere tiltak, men viser til svar på hvert enkelt spørsmål.
- 21. La de kommuner og foretak som ønsker det lyse ut separate LIS1-stillinger. Se kapittel 4.1. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 22. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vår utdypning/tilbakemelding: Det primære er at kvaliteten og kapasiteten blir god. Må forutsette at dette ikke blir til hinder for totalkapasiteten i LIS1-avviklingen.
- 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
 - Tiltaket vil føre til færre utlysinger, lette det administrative arbeidet og bidra til raskere ansettelse.
- 25. Invitere tjenestene med på erfaringsseminarer. Se kapittel 4.3. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 26. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi støtter forslaget. Alle berørte parter bør i inviteres.
- 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?
 - Ja
- 30. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi tar ikke stilling til detaljene i forslaget, men med det store overskuddet av søkere som det for tiden er ved alle foretak (64% får ikke ansettelse på landsbasis og ved hvert foretak er det under 5% av søkerne som blir ansatt), så bør det komme tiltak som sørger for en bedre rettferdighet i ansettelsesprosessene og sikrer at ikke søkere ved rene tilfeldigheter og uflaks faller igjennom på alle steder de har søkt. LIS 1-stilling har blitt et knapphetsgode og det krever ryddighet i fordelingen av disse.
- 31. Innføre en begrensning i antall søknader per lege. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 32. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Forslaget vil kunne føre til at en større andel søkere enn i dag ikke vil få ansettelse på noen av stedene de har søkt. Det kan også føre til at det ikke er nok søkere til alle stillinger. Det la seg vanskelig kombinere med prinsippene for søknadsbasert ordning.
- 33. Ha løpende ansettelser i LIS1-stillinger. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 34. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Ansettelser to ganger i året bør videreføres av hensyn til planlegging og avvikling av læring og veiledning i tjenesten, kontorplasser i kommunene, planlegging av vaktturnuser og så videre. Søknadsmassen vil ikke reduseres. Ansettelser i vakante stillinger kan ivaretas på andre måter, blant annet reststillinger.

Nyutdannede kommer ut på stillingsmarkedet for LIS1-tjeneste puljevis et par ganger i året og ansettelsene bør tidsmessig tilpasses dette.

- 35. Inkludere LIS1 i spesialistløpet uten egen, separat ansettelsesprosess. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 36. Dine/deres tilbakemeldinger
 - LIS 1 er en felles basis for alle spesialiseringsløp, inkludert allmennmedisin og samfunnsmedisin og kommer kronologisk som første ledd av denne. Det er dessuten sterkt å anbefale at alle leger, uansett om de skal inn i et spesialiseringsløp eller ikke, har gjennomført LIS1-tjeneste før de begynner å arbeide selvstendig. Mange av de som skal videre i spesialisering etter LIS1 velger fagområde i løpet av LIS1-året. Ved en kobling til et videre spesialiseringsløp vil føre til en rekke ulemper ved for tidlig valg av fagområde, eventuell binding til stillinger i kommuner eller andre i LIS 2/3-perioden og så videre. Det ville trolig også medført et behov for spredning av ansettelsene over hele året av hensyn til ledigheter i LIS 2/3.
- 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
 - Vi ønsker ikke å prioritere tiltakene.
- 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 intensjonene i dette forslaget, men ser at det er noe krevende å skreddersy et løp som tilrettelegger for det disse trenger, med mindre det etableres en egen standardisert kategori.

Forutsetter vel en vurdering av kompetanse og restbehov for LIS1 læringsinnhold ved hver søknad. Også slik stilling bør ha en minimum varighet av hensyn til læring og evaluering.

- 41. Redusere varigheten av del 1. Se kapittel 5.2. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 42. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Tiltaket frarådes. Vi støtter den argumentasjonen som Helsedirektoratet legger til grunn i rapportutkastet for ikke å anbefale tiltaket. Hensynet til kvalitet og pasientsikkerhet først og fremst.
- 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
 - Tiltaket frarådes. Læringsmålene i sykehustjenesten er i stor grad nødvendige for å utføre tjenesten i kommunedelen ettersom de skal brukes der, men ikke i samme grad kan læres der.
- 45. Endre krav for å gå videre i spesialiseringen. Se kapittel 5.2. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 46. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi er enige i at unntak fra kravene normalt ikke skal gis, da disse er å anse som obligatoriske læringsmål og tid i tjenesten. Støtter Helsedirektoratets konklusjon.
- 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
 - Vi ønsker ikke å prioritere tiltak
- 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
 - Statens helsetilsyn støtter at dette kan forsøkes for et antall stillinger hvis det kan bedre rekruttering til allmennmedisin. Viktig at koblingen skjer etter ansettelse i sykehus for å unngå misbruk. Effekt bør evalueres etter noe tid.
- 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
 - Introduksjonsavtale er noe mindre forpliktende enn ALIS-avtale, men dersom det er praktisk mulig og hensiktsmessig mener vi det kan 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
 - Ved å gi råd til kommuner også når det gjelder LIS1, kan ALIS-kontorene bidra til rekruttering og stabilisering i allmennlegetjenesten. Iverksetting av tiltaket vil kreve utvidelse av mandatet og økt bemanning.
- 55. Bedre supervisjon og veiledning for LIS i kommunehelsetjenesten. Se kapittel 6.6. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 56. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Dette er selvfølgelig et godt tiltak, men det må konkretiseres. Hva er tenkt gjort for å få det til?
- 57. Aktiv deltakelse av kommuner ved ansettelse av LIS1. Se kapittel 6.7. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 58. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Det er nødvendig å vite hva grunnen er til den lave deltakelsen fra kommunenes side for å vite hvordan deltakelsen kan økes. Kobling til ALIS er trolig en motivasjonsfaktor.
- 59. Redusere tiden det tar å bli spesialist i allmennmedisin. Se kapittel 6.8. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 60. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi støtter Helsedirektoratets konklusjon og begrunnelse. Dette er en for omfattende problemstilling for et ja/nei spørsmål.
- 61. Gjennomføre mer av LIS1-tjenesten i kommune. Se kapittel 6.8. Støtter du/dere tiltaket?

- Nei
- 62. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Sykehusdelen av del 1 må ikke reduseres. Eventuell forlenget tjeneste i kommunedelen kan løses ved kobling til ALIS eller introduksjonsavtale uten at rammen for LIS1 påvirkes.
- 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
 - Vi ønsker ikke å prioritere tiltak
- 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
 - Vi er enige i mye av rapporten, men har noen kommentarer:
 Vurdering i lys av formålet
 Formålet med omleggingen var å løse utfordringen med at ordningen kapasitetsmessig ikke var bærekraftig da det oppsto køer og ventetid i den trekningsbaserte ordningen. Dette skyldtes ikke at den var trekningsbasert, men at antallet stillinger var færre enn antallet søkere og at antallet søkere var økende. Retten til å få gjennomført turnustjeneste, som da var definert som en del av grunnutdannelsen og en forutsetning for å oppnå norsk autorisasjon som lege, gjorde at det ble problematisk at søkerne måtte vente. Omleggingen har ikke ført til færre søkere og andelen som får stilling hvert halvår har sunket til under 40 prosent med søknadsbasert ordning. Vi kan ikke se at formålet da er innfridd.

Vi kan heller ikke se at ventetid i trekningsbasert ordning ville oppleves mer rettferdig enn den blir i den søknadsbaserte slik den nå fungerer. Det er videre usikkert om antallet stillinger er på riktig nivå sett opp mot behovet for ferdige leger og spesialister i Norge. Ettersom LIS1-tjeneste fortsatt er en forutsetning ikke bare for å påbegynne spesialisering, men også for å få fulle rettigheter til å fungere som lege, vil det nok være mye som taler for at alle, ideelt sett, burde få gjennomføre LIS 1-tjeneste for deretter å være henvist til det ordinære stillingsmarkedet for leger, jf. ordningen i Danmark.

Konsekvenser av omleggingen

Omleggingen har ikke ført til færre søkere til stillingene. Søkere som ikke får stilling ved hver utlysningsrunde blir ikke silt ut ved loddtrekning, men etter søknad. På grunn av det store overskuddet av søkere blir et stort antall godt kvalifiserte søkere silt ut ved hver runde, uten garanti for å få stilling når neste anledning byr seg et halvt år senere.

Flytting av autorisasjonstidspunktet til før LIS1-tjeneste er gjennomført, gjør at en del nyutdannede leger arbeider selvstendig uten å ha gjennomført LIS1 eller annen strukturert praktisk tjeneste etter endt grunnutdanning. Vi mener det er uheldig at det ikke kreves LIS1 for å arbeide for eksempel ved sykehjem.

Det kan være ukjent for arbeidskolleger og pasienter at de er mindre kvalifiserte enn leger med LIS1-tjeneste når de arbeider i vikariater. Det er lite restriksjoner med hensyn til hvilket arbeid de kan utføre i privat finansierte helsetjenester, der det etter hvert er et betydelig arbeidsmarked.

Vi har også kjennskap til, og erfaring med, at det opprettes egne stillinger i spesialisthelsetjenesten som er udefinerte kategorier legestillinger der eventuell begrensning av innholdet bestemmes av arbeidsgiver. Stillingene kalles for eksempel «postlege» eller «mottakslege». Noen av disse lyses ut for studenter eller «venteleger», noen krever autorisasjon selv om de kan søkes av studenter, andre ikke.

Vår vurdering er at det relativt store antallet leger som nå har norsk autorisasjon men som mangler LIS1/turnustjeneste utgjør et problem som må finne en løsning.

- 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
 - Vi viser til kommentarene til forrige spørsmål.
- 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 tenker særlig på den gruppen leger med norsk autorisasjon som ikke får LIS1-stilling, og spesielt de som faller ut ved flere påfølgende utlysingsrunder. Vi vet ikke så mye om hva disse gjør eller hvor mange som aldri gjennomfører LIS 1. Vi er usikre på om gruppen leger er i en situasjon som gjør det sannsynlig at sier så mye om negative sider ved ordningen. I motsetning til tidligere er de ikke sikret å få LIS1-tjeneste, heller ikke etter å ha falt utenfor ved flere etterfølgende runder. Dette kan så vidt vi kan forstå ramme søkere mer eller mindre uavhengige av hvilke tilleggskvalifikasjoner de måtte ha. Alle søkerne er kvalifiserte i den forstand at de har bestått embetseksamen i medisin. Det kan ikke direkte sammenliknes med det å delta i søkeprosesser på det ordinære stillingsmarkedet. Vi mener denne utviklingen er svært uheldig og at det må finnes tiltak for å rydde opp i dette.
- 71. Generelle tilbakemeldinger
 - Statens helsetilsyn er enige i at sammenlikningen med et vanlig stillingsmarked med konkurranse om stillingene ikke er helt relevant, og at ordningen, som rapportutkastet sier, er en hybridmodell. Modellen har flere utfordringer, og de store køene av godt kvalifiserte nyutdannende leger som ikke får avviklet turnustjeneste er den viktigste. Disse får ikke bare utsatt oppstart av spesialisering, men de får heller ikke tilgang til det åpne stillingsmarkedet for leger. Samtidig er det noe legearbeid som kan utføres av leger med autorisasjon uten turnus. Framskrivninger av behovet for leger i Norge tilsier at brukernes og tjenestenes behov tilsier at kapasiteten bør økes. Hvis vi regner med de privatfinansierte tjenestene er behovet enda større. Det ville dessuten, av hensyn til kvalitet og pasientsikkerhet, vært bedre om flest mulig fikk utført turnustjeneste i LIS1-stilling. og Etter dette ville være opptil stillingsmarkedet hvor disse legene skulle arbeide. Det er i dag et betydelig privat arbeidsmarked, der legene også bør ha gjennomført LIS1-utdannelsen og der det bør vurderes om flere av disse burde omfattes av krav om gjennomført LIS1-tjeneste.