

Helsedirektoratet
Postboks 220 Skøyen

0213 OSLO

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202100123

Dato: 01-03-2021

Høring: Høringsbrev om LIS1-ordningen - evaluering og tiltak

Det vises til Helsedirektoratets (Hdir) høringsbrev av 22. desember 2020.

Det vises samtidig til Legeforeningens innspillsdokument ifm. arbeidsmøtene som ble avholdt i august og september i oktober 2020 (1), innspillsdokument av 15. september 2020 (2), vår tilbakemelding på rapporten "IS-2802 Vurdering av antall LIS1- stillinger" (3) til Hdir i desember 2018, samt vårt brev til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) den 11. april 2019 (4) med Legeforeningens oppsummering av tiltak for å bedre kapasiteten i LIS1-ordningen.

Legeforeningen har sendt utredningen på bred høring internt i organisasjonen, og vil kommentere høringsforslaget i det følgende, både generelt og spesielt når det gjelder anbefalingene, ref. direktoratets høringsbrev.

Legeforeningen mener:

- Antallet LIS1 stillinger må økes til 1150, i tråd med fremskrivninger for legebehov.
- Underordnede stillinger som hverken er LIS1 eller LIS 2/3 må omgjøres til permanente LIS1- stillinger. Kommunale LIS1- stillinger må økes tilsvarende.
- Legeforeningen går inn for helhetlige utdanningsløp.
- Ordninger med å knytte LIS1-stillinger til videre ansettelse i ALIS- og/elleintroduksjonsavtaler, er betinget av at det opprettes nye stillinger, i tillegg til de ordinære.

Legeforeningens overordnede generelle kommentarer

Flere LIS1-stillinger er nødvendig. Hovedutfordringen i turnusordningen og LIS1 var og er den store mangelen på LIS1- stillinger. Norge må ta større ansvar når det gjelder utdanning av spesialister som det er dokumentert behov for. Det er paradoksalt at behovet for spesialister er stort i hele landet, samtidig som veldig mange nyutdannede leger ikke får komme i gang med spesialiseringsløp.

Flere ulike beregningsmetoder tilsier et behov for 1600 nye leger per år. Det er svært ulønnsomt å utdanne leger som ikke har mulighet til å benytte sine kvalifikasjoner i helsetjenesten. Dette synliggjøres bl.a. i MENONs analyser i Grimstadrappporten (5) som beregnet det samfunnsøkonomiske tapet ved at nyutdannede leger kommer forsinket ut i arbeidslivet til å være i underkant av 125 millioner kroner.

Det var derfor gledelig at i statsbudsjettet for 2021 er de 100 LIS1-stillingene som ble innvilget ifm. den tredje finanspakken knyttet til coronapandemien gjort permanente. Styrkingen av LIS1- kapasiteten med 100 nye stillinger er også et tiltak som vil kunne bidra til at målet om økt rekruttering til spesialisering i allmennmedisin nås. Imidlertid gjenstår det fortsatt 62 LIS1- stillinger av Helsedirektoratets anbefaling om 200 nye LIS1- stillinger, og Legeforeningen er sterkt kritiske til at

direktoratet ikke har konkretisert sin anbefaling i form av nye LIS1- stillinger i sitt foreliggende forslag.

Samtidig er det flere unge leger som besetter de såkalte postlegestillingene, som hverken er LIS1 eller LIS 2/3, mens de venter på LIS1-stilling, med svært varierende grad av veiledning og fagutvikling. Antallet postleger har Legeforeningen forsiktig anslått til over 100. Vi er også kjent med at det er denne typen stillinger, dvs. stillinger som ikke er LIS1, ALIS- stilling eller LIS3, i bruk i kommunehelsetjenesten, særlig på legevakt. Stillingene er et symptom på et udekket arbeidskraftsbehov. Dette behovet bør dekkes av leger i strukturert spesialisering, for å sikre tilstrekkelig kvalitet i helsetjenesten.

Rapporten drøfter flere tiltak for å utnytte kapasiteten i LIS 1 -ordningen bedre. Legeforeningen hadde gjerne sett at direktoratet hadde vurdert mulighetene for å benytte flere læringsarenaer og fagområder for LIS1, enn dagens for å kunne øke gjennomstrømmingen, slik Legeforeningen bl.a. har foreslått i tilbakemelding på direktoratets rapport i 2019. En rekke av læringsmålene i LIS1 vil kunne oppnås på andre enn kirurgiske, medisinske og psykiatriske avdelinger, og det stilles ikke krav til hvor i spesialisthelsetjenesten læringsmålene skal gjennomføres. Aktuelle læringsarenaer vil være anesthesiologi, akutt- og mottaksmedisin, pediatri, gynekologi/obstetikk, nevrologi. Dette kan også være et ledd i arbeidet med å gjøre om "postlegestillingen" til fullverdige LIS1-stillinger.

Et viktig tiltak for å sikre bedre kapasitet i gjennomstrømmingen av leger i LIS1, vil være å unngå at nyutdannede leger går gjennom "dobbel løp" av utdanningsstillinger, slik som KBU og AT-tjeneste, og LIS1. Legeforeningen er tilfreds med at direktoratet nå foreslår å lempe på kravene til hvem som må ha LIS1- tjeneste.

Flere steder i rapporten skrives det turnuslege og LIS1 om hverandre, dette burde rettes opp til korrekt benevnelse.

Kommentarer til omleggingen til søknadsbasert turnusordning

LIS1-tjeneste skiller seg fra arbeidslivet for øvrig ved å være en obligatorisk tjeneste før videre spesialisering. Da Legeforeningen støttet omleggingen til søknadsbasert turnustjeneste i 2012, var det med en tydelig forutsetning om at den nye ordningen måtte være mer bærekraftig og dimensjoneres i tråd med helsevesenets behov. Her har omleggingen ikke lyktes. Et stadig økende antall unge leger blir stående uten LIS1. Ved overgang til ny søknadsbasert ordning våren 2013 var det 503 som ikke fikk tilbud om turnusstilling (nå LIS1) mot 691 våren 2020. Det er avgjørende at antall stillinger økes ytterligere, og det trengs minimum 62 nye stillinger på kort sikt. Det må dessuten gjøres regelmessige vurderinger av legebehov, for eksempel slik det gjøres i Danmark, slik at man får dimensjonert LIS1- stillinger i tråd med helsevesenets behov.

Omleggingen har også ført til andre utilsiktede konsekvenser i form av at desentrale og små kommuner har utfordringer knyttet til ansettelse av LIS1 (6). Det er absolutt nødvendig å se på hvorledes man skal kunne motvirke denne tendensen med flere tiltak enn de som er foreslått i rapporten.

Kommentarer til Helsedirektoratets anbefalinger/tiltak

Punkt 1: Helseforetak og private sykehus kan lyse ut ekstra LIS1-stillinger ved behov

Det fremgår av forslaget at dette dreier seg om at helseforetakene og sykehusene kan omgjøre postlegestillingene til midlertidige LIS1 ved behov. Legeforeningen støtter forslaget.

Men Legeforeningen mener at midlertidige stillinger ikke kan dekke et permanent behov. Det er i tillegg behov for insentiver for at sykehusene faktisk skal opprette flere LIS1-stillinger for å kunne dekke sitt legebehov. Legeforeningen forutsetter at det opprettes et tilsvarende antall stillinger i kommunene. Slik at det tilbys komplette LIS1- løp, ref. Legeforeningens kommentarer under punkt 4 under i dokumentet.

I dag opprettes postlegestillinger fordi det er behov for arbeidskraften, og postlegestillingene er billigere for foretakene å drifte i det de ikke har krav om supervisjon/veiledning som LIS1-stillinger har. Legeforeningen mener at midlertidige stillinger ikke kan dekke et permanent behov.

Det bør i tillegg presiseres at det er ideelle, private sykehus som kan ha LIS1-stillinger, ikke kommersielle.

Punkt 2: Leger tilbys kun den tjenesten de mangler for å fullføre del 1

Legeforeningen er i utgangspunktet positiv til å endre spesialistforskriften slik at leger som har gjennomført deler av LIS1 kun tilbys å gjennomføre den tjenesten som mangler for å fullføre LIS1-tjenesten. Utfordringen med en slik bestemmelse vil være den praktiske gjennomføringen og utfordringen dersom sykehus/kommune vegrer seg for å ansette leger som har gjennomført deler av tjenesten, fordi det da vil oppstå et «hull» i arbeidsplanen etter for eksempel seks måneder. En slik ordning må ikke medføre nedprioritering av leger/LIS1- leger som har gjennomført deler av tjenesten før de formelt får en LIS1 stilling.

Punkt 3: Benytte stilling i annet fylke når det oppstår mangel på kommunestilling

Legeforeningen støtter ikke forslaget. Dette kan medføre et dårligere tilbud til de aktuelle LIS1. Allerede i dag er det utfordringer med å sikre kommuneplasser til leger som har vært i permisjon. Dette må ikke bli en lettvinnt utvei for arbeidsgivere som skal tilby gjennomføring av resttjenesten, eller for så vidt også hele tjenesten i kommunehelsetjenesten. I stedet for at kommunene/Statsforvalteren tilstreber å gjøre hva den kan for å sikre plass i tildelt kommune. Legeforeningen er bekymret for at det blir enklere for myndighetene å tilby plass i et annet fylke, noe som igjen kan medføre at aktuell LIS1 heller velger å vente på ledig plass i tildelt kommune. For den enkelte LIS1 kan dette i realiteten bety valg mellom enten ulønnet permisjon, eller å flytte. En åpning for å kunne sende disse legene til et annet sted i landet for en seks måneders tjeneste i etterkant av permisjon vil være en stor og uakseptabel ulempe for den enkelte lege, og vil ikke være i tråd med likestillings- og diskrimineringshensyn. Kommunen må tilby tjeneste samme sted som opprinnelig tildelt.

Å benytte stilling i annet fylke gjennom avtaler som foreligger ved ansettelse er derimot en ordning som allerede gjøres i dag (for eksempel i avtale mellom Ahus og Kirkenes), og dette fungerer godt.

Punkt 4: Kommuner og helseforetak/sykehus som ønsker det, kan lyse ut LIS1 stillinger separat

Forslaget innebærer at LIS1 midt i sykehusåret må inn i en ny søknadsrunde som innebærer uvisshet om plass, og vil kunne medføre en stor belastning for søker. Det er også grunn til å anta at dette kan 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.

Forslaget om at kommuner og helseforetak/sykehus som ønsker det kan lyse ut LIS1-stillinger separat støttes ikke av Legeforeningen. For å sikre forutsigbarhet for nyutdannede leger må det i størst mulig grad tilbys komplette 18 måneders stillinger som LIS1, og ikke stykkes opp i flere søknadsprosesser.

Punkt 5: Arbeidsgiver kan ansette direkte fra søkerlisten fra siste LIS1- opptak når det oppstår en ledig stilling i spesialisthelsetjenesten

Direktoratets forslag om at arbeidsgiver kan ansette direkte fra søkerlisten fra siste LIS1-opptak når det oppstår en ledig LIS1-stilling i spesialisthelsetjenesten, er krevende. Dette vil forenkle arbeidsgiver arbeid, men kan medføre at enkeltleger ikke får mulighet til å søke på ledige stillinger. Normalt lyser helseforetakene ut alle vikariater av varighet seks måneder eller mer, en tilsvarende ordning kunne benyttes for LIS1 stillinger.

Punkt 6: Invitere tjenestene med på erfaringsseminar for å få til bedre ansettelsesprosesser og samarbeid mellom arbeidsgiverne

Legeforeningen er positiv til erfaringsseminar for å få til bedre ansettelsesprosesser. Dette kan være et godt tiltak for å dele erfaringer og sikre mer rettfærdige ansettelsesprosesser til LIS1. Legeforeningen vil understreke at det er viktig at kommunene også må delta aktivt for å sikre at ikke distriktstjenesten av LIS1 prioriteres ned.

Punkt 7: Å vurdere egne ordninger for leger med lang klinisk erfaring fra utlandet

Å vurdere egne ordninger for leger med lang klinisk erfaring fra utlandet er et godt tiltak både når det gjelder den enkelte lege, som raskere kommer ut i yrkeslivet, men også for å dekke behovene i helsetjenesten ref. våre generelle kommentarer.

I etterkant av innstramming av regelverket i 2019, hvor flere leger enn tidligere må gjennomføre LIS1, er det særlig to grupper leger som berøres:

1. Leger med klinisk basisutdannelse (KBU) fra Danmark og leger som har gjennomført svensk AT-tjeneste burde være unntatt fra deler av tiden i LIS1, så lenge de har oppfylt de fleste av læringsmålene. I dagens regelverk godkjennes ikke slik tjeneste som tellende i spesialistutdanningen, da den er gjennomført før legen har fått norsk autorisasjon. En lignende vurderingsform som ble gjort for leger utdannet i tredje land i gammel ordning kan være en aktuell metode.
2. Leger med lang klinisk erfaring fra tredjeland. Denne gruppen blir ikke ansatt i LIS1 fordi arbeidsgiver ikke vurderer disse som «relevante kandidater» for stillingen, samtidig som de ikke har andre jobbmuligheter innenfor legeyrket. Disse legene er vurdert til å utgjøre 5-10% av søkermassen til LIS1 stillinger i 2020, basert på tall fra Ahus.

Denne gruppen vil kunne ha nytte av et introduksjonsprogram til norsk helsetjeneste og en realitetsvurdering av kompetanse og ferdigheter gjennom arbeidsutprøving, for eksempel finansiert via NAV-systemet. Da gruppen er heterogen i bakgrunn og kompetanse må et slikt program tilpasses den enkelte søker.

Punkt 8 og 9: Knytte LIS1- stillinger til videre ansettelse i ALIS-og/eller introduksjonsavtaler. Vurdere å inkludere LIS1 i mandatet til ALIS- kontorene

Dette er i utgangspunktet Legeforeningens egen modell. Foreningen er positive til å knytte LIS1- stillinger til videre ansettelse i ALIS- og/eller introduksjonsavtaler, men ønsker igjen å presisere at det er for få LIS1 stillinger i dag, og at støtten til denne modellen er betinget av at det opprettes nye stillinger, i tillegg til de ordinære.

Dersom ordningen innføres uten en økning i antall LIS1-stillinger er det stor sjanse for at kommunene ikke rekrutterer leger som faktisk ønsker spesialisering i allmennmedisin, men oppgir at de ønsker dette for å sikre seg en stilling som LIS1.

Det kan være en god løsning at LIS1 inkluderes i mandatet til ALIS, der ALIS-kontorene kan være med å gi bistand/råd til en slik ordning, men per i dag er ikke ALIS kontorene strukturert eller finansiert for en slik oppgave. Det er kun fem ALIS-kontorer nasjonalt, slik at deres oppgaver må være av mer overordnet, rådgivende karakter. Legeforeningen anbefaler at ordningen piloteres før nasjonal utbredelse. Fortrinnsvis bør dette gjøres i en av helseregionene som allerede har erfaring med ALIS-utdanning, for eksempel ALIS Nord eller ALIS Vest. En faktor for å sikre at ordningen blir vellykket er forutsigbarhet og gode rammevilkår, og det må kunne tilbys stillinger med fast lønn ved siden av næringsdrift.

I rekrutteringsformål bør det settes søkelys på "positive" rekrutteringstiltak, herunder rekrutteringstilskudd til kjøp av praksis, dekning av utgifter ifm. fravær fra praksis osv. I Norsk medisinstudent forening 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 en rolle, som beskrevet, med adekvat finansiering, og slik sett kan tiltaket bidra til å øke rekrutteringen til allmennmedisin.

Punkt 10: Bedre supervisjon og veiledning og supervisjon i kommunehelsetjenesten.

Vi er positive til godt strukturert veiledning og supervisjon i kommunehelsetjenesten. Dette fordrer at også veileder for satt av tid og at det tilføres tilstrekkelig med ressurser til gjennomføring.

Punkt 11: Aktiv deltagelse av kommuner i ansettelse av LIS1

Legeforeningen er positiv til at kommunene aktivt deltar i rekrutteringen av LIS1. I tillegg bør kommunene aktivt synliggjøres i utlysningene mer enn de gjøres i dag. At kommunen deltar aktivt i ansettelsesprosessen vil også bidra til at distriktstjenesten oppfattes som en likeverdig del av LIS1 som sykehustjenesten. Det vil også gi kommunene mulighet til å være med på utvelgelsen av LIS1-kandidater - og vil kunne styrke rekruttering til allmennmedisin.

Med hilsen

Den norske legeforenings sentralstyre etter fullmakt

Geir Riise
Generalsekretær

Kari-Jussie Lønning
Fagdirektør/lege

Øydis Rinde Jarandsen
Spesialrådgiver

Referanser

1. Innspill til Helsedirektoratet av oktober 2020
2. Innspill til Helsedirektoratet av 15. september
3. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/vurdering-av-antall-lis1-stillinger/Vurdering%20av%20antall%20LIS1-stillinger%20-%20rapport.pdf/_attachment/inline/c3610550-2920-4fbf-8923-067459dd64cf:c1135a3d6f4ac87ff9a662e7f5cf4d53db9430e5/Vurdering%20av%20antall%20LIS1-stillinger%20-%20rapport.pdf



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

4. Brev til HOD av 11. april 2019
5. https://www.regjeringen.no/contentassets/9b5b81d102384507b85150f2e0f1b089/11745900_rapport_utredning_fra_grimstad_utvalget.pdf
6. Microsoft Word - Rapport om ny turnustjeneste_endelig.docx (nsdm.no)

:

Dokumentet er godkjent elektronisk