

Høringsuttalelse fra de fem regionale ALIS-kontorene:

Høring – LIS1-ordningen – evaluering og tiltak

Høringsfrist 1. mars 2021

Helsedirektoratet har sendt ut til høring en foreløpig rapport *om LIS1-ordningen – evaluering og tiltak*.

Rapporten er tredelt:

- Første del gir en vurdering av omleggingen fra trekningsbasert til søknadsbasert turnusordning i 2012 (kapittel 2).
- Andre del følger opp tiltak foreslått i Helsedirektoratets vurdering av antall LIS1-stillinger fra 2019 (kapittel 3-5).
- Til slutt drøfter rapporten om LIS1 kan benyttes til å øke rekrutteringen til allmennmedisin (kapittel 6).

Høringen besvares i tillegg av det enkelte ALIS-kontor i Helsedirektoratets QuestBack med 72 punkter og 11 anbefalte tiltak. De 11 tiltakene er listet opp nedenfor, med kommentarer på hvert punkt.

ALIS-kontorene ønsker først å gi noen generelle kommentarer knyttet til evalueringen og omleggingen fra trekningsbasert til søknadsbasert system for LIS1

ALIS-kontorene vil takke for et godt gjennomarbeidet høringsdokument, som åpenbart er basert på et omfattende grunnarbeid av utvalget som står bak. Vi er grunnleggende enig i konklusjonene til utvalget, dvs. at vi ønsker å satse på tiltakene utvalget foreslår, og droppe tiltakene de er mot.

Det er behov for løpende evaluering av LIS1-ordningen fordi den spiller en nøkkelrolle i legers videre yrkeskarriere. I framtiden bør LIS1-legenes erfaringer og synspunkter vektlegges i større grad i evalueringen.

Det er beklagelig at den søknadsbaserte ordningen har ført til økt sentralisering av LIS1-utdanningen i kommunene, og at flere leger ikke kommer i gang med spesialisering fordi de ikke får tilbud om LIS1. Det siste skyldes i stor grad at *antall LIS1-stillinger har vært for lavt, både i forhold til antall søkere, og i forhold til behovet for leger i kommuner og sykehus*. LIS1 er derfor blitt en flaskehals i spesialistutdanningen av leger som så raskt som mulig må fjernes. Dette er i noen grad i ferd med å skje gjennom opprettelse av flere LIS1-stillinger i 2020 og 2021. Årsaken til sentralisering av LIS1-stillingene er sammensatt, og må ses i sammenheng med andre sentraliserende trender i samfunnet. For å motvirke sentralisering er det behov virkemidler som trekker i motsatt retning.

Ved overgang til søknadsbasert ordning var det forutsatt at kommunene skulle spille en avgjørende rolle ved ansettelse av LIS1. Dette har i liten grad skjedd, og sykehusene har i stor grad vært ansvarlig for LIS1-ansettelsene i sine områder. ALIS-kontorene mener kommunene må være mer aktive i rekruttering av leger, ikke bare til LIS1-stillingene, men de bør også selge seg inn som gode utdanningsvirksomheter allerede når legene er i sin grunnutdanning.

Den nye spesialistforskriften har fra 1. mars 2019 pålagt kommunene et stort og nytt ansvar for utdanning LIS1 og ALIS som mange kommuner foreløpig ikke har tatt helt inn over seg. Det grunn til å håpe at kommunene utvikler seg til stadig bedre utdanningsvirksomheter for leger, og at kommunene i større grad samarbeider om rekruttering og utdanning innenfor en naturlig samarbeidsområde, for eksempel legevaktområde, lokalsykehusområde eller helseforetaksområde. ALIS-kontorene ønsker å bistå kommunene i dette viktige arbeidet.

ALIS-kontorene er bekymret for rekrutteringssvikten til allmennmedisin, og er enig i at det *må tilrettelegges bedre for ALIS-avtaler og introduksjonsstillinger*. Vi har tro på at kobling mellom LIS1- og ALIS-stillinger vil øke rekrutteringen av leger til kommunene. Vi mener også de foreståtte introduksjonsavtalene/stillingene vil være et viktig tiltak for å gi leger som ønsker å arbeide i fulltidsstillinger på sykehjem og i helsehus en god mulighet til å bli spesialist i allmennmedisin.

ALIS-kontorene vil på generelt grunnlag støtte tiltak som kan føre til bedre utnyttelse av LIS1-stillingene og bedre gjennomstrømming i LIS1-ordningen. Videre er det viktig med en *løpende evaluering av LIS1-ordningen* for å kunne korrigere utilsiktede negative resultater, som for eksempel svekket rekruttering til distriktskommuner.

ANBEFALTE TILTAK

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

- a. Helseforetak og private sykehus kan opprette slike stillinger etter behov, men må dekke det selv utover det som er forhåndsgodkjent. Dette tiltaket vil øke kapasiteten for å ta imot LIS1 i sykehus, men det må ses i sammenheng med kapasiteten for LIS1-utdanning i kommunene. Det vil være svært uheldig dersom kommunene blir den store flaskehalsen i spesialistutdanninger av leger.

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

- a. Dette er et viktig punkt for å utnytte LIS1-kapasiteten bedre.

3.Benytt stilling i annet fylke når det oppstår mangel på kommunestilling.

- a. Dette er et tiltak som vil kunne øke kapasitet og gjennomstrømning i LIS1-ordningen, men det er viktig at dette tiltaket ikke fører til en økende sentralisering av LIS1-stillinger i kommunene.
- b. Som hovedregel bør det være balanse mellom LIS1-stillinger i sykehus og kommuner innenfor hvert av helseforetaksområdene. Gjennomføring av hele LIS1-utdanningen innenfor samme helseforetaksområde vil øke utdanningslegens muligheten for å tilegne seg god samhandlingskompetanse. Det er en stor fordel for LIS1 å kjenne godt til «sitt lokalsykehus» når hun arbeider i kommunehelsetjenesten.
- c. ALIS-kontorene er også bekymret for det praktiske rundt dette tiltaket for den enkelte lege som f.eks. kan ha små barn, eller av andre årsaker vil oppleve at flytting til et annet fylke for en periode kan være vanskelig. Vi mener det bør tilstrebes at LIS1 får fullføre sin tjeneste på samme sted i tråd med det som er vanlig i arbeidslivet når man kommer tilbake fra permisjon eller sykefravær.

4.Kommuner og helseforetak som ønsker det kan lyse ut LIS1-stillinger separat.

- a. ALIS-kontorene forutsetter at man beholder dagens ordning med at LIS1 først er 12 måneder i sykehus før 6 måneder i kommunene. LIS1 i kommunehelsetjenesten

trenger erfaring fra sykehus som ledd i overgangen fra en studentrolle til en selvstendig legerolle. Legearbeidet i kommunene er mer autonomt og selvstendig enn på sykehus, ikke minst gjelder dette arbeid på legevakt.

- b. ALIS-kontorene mener at separat utlysning av LIS1-stillinger i kommunene kan være et godt tiltak for å rekruttere motiverte leger til å arbeide i kommune de selv ønsker, særlig dersom stillingen kobles til en senere ALIS-avtale/stilling.

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

- a. Dette vil bidra til å redusere det store administrative arbeidet som dagens søknadsbaserte ordning har medført.

6.Invitere tjenestene med på erfaringsseminarer for å få til bedre ansettelsesprosesser og samarbeid mellom arbeidsgivere.

- a. ALIS-kontorene støtter forslaget og mener det er et stort potensial for å bedre ansettelsesprosessene og samarbeidet mellom kommuner og helseforetak. *Kommuner og helseforetak i samme «nedslagsfelt» bør ha jevnlig samarbeid om hvordan ansettelsesprosesser skal gjennomføres.* Dette kan i stor grad gjøres digitalt.

7.Vurdere egne ordninger for leger med lang klinisk erfaring fra utlandet.

- a. Etter vår vurdering er mangel på LIS1-stillinger og begrensede veiledningsressurser, både i sykehus og kommuner, en av hovedutfordringene i dagens spesialistutdanning. Leger fra utlandet som kan dokumentere at de allerede har kompetanse som skal oppnås i LIS1-utdanningen bør holdes utenfor denne ordningen. Manglende kunnskap om norsk helsevesen, og manglende samhandlingskompetanse mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten bør tilføres disse legene gjennom egne og mindre ressurskrevende ordninger (kurs).
- b. Gjennomgått turnustjeneste i Danmark og Sverige bør i så stor grad som mulig sidestilles med LIS1-utdanning i Norge slik at disse legene fritas for 18 måneders LIS1-utdanning før de kan inngå ALIS-avtaler eller starte i LIS-stillinger i sykehus.
- c. 6 måneders praksis i allmennmedisin bør være obligatorisk for alle leger i norsk spesialisert utdanning.

8.Knytte LIS1-stillinger til videre ansettelse i ALIS- og/eller introduksjonsavtaler.

- a. ALIS-kontorene støtter dette tiltaket og mener det bør utprøves så raskt som mulig i et pilotprosjekt. Det er imidlertid viktig å forhindre at disse avtalene ikke blir en snarvei til LIS1-stillinger for leger som ikke har en reell motivasjon for å bli allmennleger. En grundig rekrutteringsprosess og løpende evaluering av pilotprosjektet er derfor nødvendig.
- b. I løpet av de siste årene har et økende antall LIS1 valgt å dagpendle eller ukependle til sine utdanningskommuner. Dersom disse legene ikke bare får tilbud om en 6 måneders LIS1-stilling, men en ALIS-stilling i hele utdanningsløpet, er det større sannsynlighet for at de flytter til kommunen, og kanskje blir der i mange år.

9.Inkludere LIS1 i mandatet til ALIS-kontorene.

- a. Vi støtter at de regionale ALIS-kontorene styrkes, og etterhvert får utvidet sitt mandat, men vi mener det er *for tidlig å overføre et stort ansvar for LIS1-ordningen til ALIS-kontorene.* ALIS-kontorene er fortsatt under etablering og vil trenge mer tid til å rekruttere nødvendig kompetanse for å utføre de oppgavene som allerede ligger i dagens mandat. For tidlig overføring av ansvar for LIS1-ordningen til ALIS-

kontorene vil kunne svekke muligheten til å gi kommuner og sykehus nødvendig veiledning og råd i forhold til ALIS-avtaler og videreutvikling av spesialistutdanning i allmennmedisin.

- b. *ALIS-kontorene bør imidlertid etablere et godt samarbeid med Statsforvalterne* for å styrke veiledning og supervisjon av LIS1 i kommunene. Dette tiltaket, sammen med kobling av LIS1- og ALIS-stillinger, vil kunne styrke rekrutteringen av leger til kommunene.
- c. ALIS-kontorene bør innenfor sitt nåværende mandat også gi råd til kommunene om rekruttering av LIS1, men kontorene bør ikke være aktive deltakere i selve ansettelsesprosessen. Det er et arbeidsgiveransvar.
- d. Ved opprettelse av nye LIS1-stillinger i kommunene, eller tvil om kvalitet eksisterende stillinger, bør Statsforvalteren rådføre seg med sitt regionale ALIS-kontor før det treffes en beslutning.
- e. Statsforvalterne bør fortsatt ha ansvar for akuttkursene, kurs i offentlig helsearbeid og den gruppebaserte veiledningen av LIS1.

10. Bedre supervisjon og veiledning av LIS1 i kommunehelsetjenesten

- a. God veiledning og supervisjon i LIS1-perioden er helt avgjørende for unge legers valg av yrkeskarriere. Mange unge leger opplever at spranget fra en sykehusbasert grunnutdanning til LIS1-stillinger i kommunene, er veldig stort. Uten god veiledning og supervisjon vil disse legene kjenne på utrygghet med lav mestringsfølelse. Det vil skremme de bort fra en videre yrkeskarriere i kommunehelsetjenesten.
- b. For å sikre bedre rekruttering av leger til kommunene må det gjøres attraktivt for erfarne fastleger å være veiledere og supervisører for både LIS1 og ALIS, dvs. at dette arbeidet honoreres på linje med klinisk arbeid.
- c. For legene og helseadministrasjonen i kommunene vil det være en utfordring å fordele begrensede veiledningsressurser mellom medisinstudenter, LIS1, og ALIS. Hele utdanningsløpet for leger bør ses i større sammenheng enn i dag, spesielt den delen av utdanningen som skjer utfor sykehusene.
- d. Staten bør legge til rette for at en større del av den medisinske grunnutdanningen skjer i kommunene. Helsehus og sykehjem er i dag for lite brukt som utdanningsarena for både medisinstudenter, LIS1 og ALIS.

11. Aktiv deltakelse av kommuner i ansettelse av LIS1.

- a. ALIS-kontorene støtter dette punktet, se for øvrig punkt 6 og 8.