

Svar:

- 1. Høringsinnspillet kommer fra:
 - Helseforetak
- 2. Navn på avsender av høringsinnspillet (navn på virksomhet/forening eller ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
 - Oslo universitetssykehus HF
- 3. Navn på den som har fylt ut skjemaet på vegne av virksomheten/foreningen (gjenta ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
 - Cathrine Ørehagen
- 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
 - Dette vil øke fleksibiliteten for sykehusene og øke antall LIS 1 som søker seg til mindre attraktive kommuneplasser.
- 7. Leger tilbys kun den tjenesten de mangler for å fullføre del 1. Se kapittel 3.2. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 8. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Det er viktig at arbeidsgivere beholder fleksibilitet til å kunne benytte og evt. dele stillinger slik at man kommer fortest mulig gjennom LIS 1, og samtidig sikre at de som starter i en restplass kan vurderes til en koblet stilling hvis dette er den eneste løsningen som sikrer at kandidaten blir ivaretatt og blir raskest mulig ferdig.

Det nevnes spesifikt at legen kan evt få kun den tjenesten den mangler, men da må venter f.eks. 6 mndr på å kunne fullføre LIS 1. Dette oppfattes som et usosialt tiltak, og vil kunne virke negativt på de enkelte

legene, faglig og sosialt, og de risikerer å bli stående enda lengre før de får seg nødvendig resttjeneste for å bli ferdig

- 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
 - Gode samarbeidsordninger som er sentralt koordinerte ønskes velkommen. OUS samarbeider allerede med flere helseforetak og Statsforvalteren om ansettelser, utdanning og kommuneplasser.
- 11. Innføre karantenetid ved ansettelse i kommune. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 12. Dine/deres tilbakemeldinger
 - OUS mener at å innføre karantene her vil være for inngripende for den enkelte LIS. Samtidig settes kommunene i en svær uheldig situasjon dersom LIS sier opp stillingen på kort varsel. Her bør det vurderes andre virkemidler.
- 13. Innføre bundet plass i koblet stilling. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 14. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Enig med rapporten.
- 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
 - OUS er enig med rapporten.
- 17. Reservere reststillinger til leger som gjennomføre del 1 i reststillinger. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 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
 - 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
 - Viser til svar spm 6.
- 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
 - Så lenge det er tilstrekkelige kommuneplasser for antall sykehusplasser bør dette tillates. Dette må samordnes på forhånd.
- 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
 - Søkerlisten blir vurdert etter kvalifikasjonsprinsippene, og det er et meget stort arbeid. Dersom det gjøres riktig, burde det kunne danne grunnlaget for videre ansettelser slik skissert.
- 25. Invitere tjenestene med på erfaringsseminarer. Se kapittel 4.3. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 26. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Bør kunne koordineres av Statsforvalteren.
- 27. Gjeninnføre puljevis ansettelse. Se kapittel 4.4 Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei

- 28. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Godt redegjort for i rapporten.
- 29. Innføre regionaliserte eller samordnede ansettelser. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 30. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Dette ville innebære en kvalitetssikring av søknader, og med felles opptakskriterier mellom flere HF, vil det kunne styrke en objektiv saksbehandling, og bidra til raskere avklaring i ansettelsesprosessene.
- 31. Innføre en begrensning i antall søknader per lege. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 32. Dine/deres tilbakemeldinger
- 33. Ha løpende ansettelser i LIS1-stillinger. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 34. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Eksisterer allerede for restplasser. Organisasjonsmessig svært krevende med koblede stillinger.
- 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 et frittstående utdanningsløp som danner grunnlaget for alle kliniske spesialiteter, og historisk dannet grunnlaget for å bli allmennlege.
- 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.
 - 3
 - 37.2. Ansette direkte fra søkerlisten til siste LIS1-opptak når det oppstår en ledig stilling i spesialisthelsetjenesten.
 - 2
 - 37.3. Invitere tjenestene med på erfaringsseminarer.
 - 37.4. Gjeninnføre puljevis ansettelse.
 - 37.5. Innføre regionaliserte eller samordnede ansettelser.
 - 1
 - 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
 - Samordnet opptak gir samfunnsøkonomiske gevinster og raskere ansettelsesprosesser (midt i eksamensperiodene til studentene). Kan åpnes for slike avtaler HF seg i mellom.
- 39. Vurdere egne ordninger for leger med lang klinisk erfaring. Se kapittel 5.1. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 40. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Helsemyndighetene må kunne vurdere på et faglig grunnlag hva som naturlig ligger til en grunnutdanning og hva som ligger til en turnus. I dag vurderer myndighetene turnus som en del av grunnutdanningen med mindre endelig autorisasjon blir gitt før turnus. Dette fører til at mange må ta turnus om igjen når de kommer til Norge, til tross for likeverdig gjennomført turnus i utlandet. Myndighetene må enten vurdere grunnutdanning/turnus ut fra kvalitetskrav eller definere grunnutdanning som cand.med. Eksempelvis har Danmark 6 års utdanning for å oppnå graden cand.med. som tilsvarer 6 års grunnutdanning i Norge. Turnus i Danmark og Sverige handler ikke om hospitering eller praksis som del av en grunnutdanning. Kandidatene har fått autorisasjon som leger og de jobber selvstendig under supervisjon og veiledning som våre LIS 1 kandidater. I Danmark er turnus 1 år og således er det naturlig at de må ta 6 mnd ekstra for å få godkjent tjeneste som Del 1. I Sverige er imidlertid turnus enten 18 eller 24 mnd. Det er meningsløst at de som f.eks har 18 eller 24 mnd turnus fra Sverige skal ta 18 mnd turnus/LIS 1 før de kan starte på en spesialitet i del 2 eller del 3. De beste utdanningssteder utenfor Europa (USA, Australia, Canada) har ofte 7 års grunnutdanning for graden cand.med, deretter 1 års turnus med midlertidig autorisasjon. Turnus i disse landene er verken hospitering eller praksis som del av grunnutdanningen. Tolkningen norske myndigheter gjør basert på at midlertidig autorisasjon er ensbetydende med at turnus er en del av grunnutdanning, fører til at ingen norske studenter lenger vil søke seg til de beste universitetene i disse landene, da det vil medføre at de må ta turnus en gang til hvis de velger å fortsette spesialisering i Norge. Norske myndigheter undergraver således en politikk som skal understøtte at noen norske studenter velger å studere ved internasjonalt høyt rangerte studiesteder. Faglig begrunner Helsedirektoratet turnus i disse landene

som del av en «grunnutdanning» fordi tjenesten skjer under «veiledning og supervisjon». Denne begrunnelsen står i sterk motstrid til hva som følger av spesialistforskriften, hvor det uttrykkelig fremgår at den praktiske tjenesten under den norske spesialistutdanningen «skal gjennomføres under veiledning og supervisjon av kvalifiserte leger [understreket her]», jf. § 2. Denne «faglige» begrunnelsen er dermed både villedende og direkte feil. Enten må man legge til grunn en reell faglig vurdering, eller man må tolke grunnutdanning som oppnåelse av graden cand.med.

- 41. Redusere varigheten av del 1. Se kapittel 5.2. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 42. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Kan heller vurdere å dele kommunehelsetjenesten i 2, med 3 mnd psykiatri og 3 mnd allmennpraksis, dersom kandidaten ikke har hatt psykiatri i sykehustjeneste.
- 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
 - 12 mnd sykehustjeneste med supervisjon og veiledning ansees som et viktig grunnlag for allmennpraksis faglig, det er viktig i modningsprosessen, og fungerer dels som kvalitetssikring.
- 45. Endre krav for å gå videre i spesialiseringen. Se kapittel 5.2. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 46. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Kan vurdere å innføre introduksjonsstillinger slik de har i Danmark.
- 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
 - Se over.
- 49. Knytte en andel LIS1-stillinger opp mot ALIS-avtaler. Se kapittel 6.2 og 6.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 50. Dine/deres tilbakemeldinger
- 51. Knytte en andel LIS1-stillinger opp mot introduksjonsavtaler. Se kapittel 6.3 og 6.4. Støtter du/dere tiltaket?
- 52. Dine/deres tilbakemeldinger
- 53. Inkludere del 1 av spesialistutdanningen i mandatet til ALIS-kontorene. Se kapittel 6.5. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 54. Dine/deres tilbakemeldinger
 - ALIS kontorene har allerede store oppgaver med koordinering av utdanning for ALIS og systemet er komplisert. Med flere aktører involvert vil det bare gjøre det mer tidskrevende uten nødvendigvis noen gevinster.
- 55. Bedre supervisjon og veiledning for LIS i kommunehelsetjenesten. Se kapittel 6.6. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 56. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Her må kommunene gjøre en stor jobb. Det er mange kommuneleger som har veilederkompetanse, men det som kreves er en struktur og en organisering lokalt for å påse at veiledningen får tilstrekkelig omfang og kvalitet. Dette må ALIS kontorene prioritere. Tilbakemeldingen OUS får fra tidligere LIS

1/turnusleger er at graden av veiledning og supervisjon er svært varierende, fra helt ypperlig til manglende.

- 57. Aktiv deltakelse av kommuner ved ansettelse av LIS1. Se kapittel 6.7. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 58. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Sykehusene har allerede tett samarbeid med kommunene.
- 59. Redusere tiden det tar å bli spesialist i allmennmedisin. Se kapittel 6.8. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 60. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Dette er et bredt og komplisert fagfelt. Viktig med trygge og kompetente allmennpraktikere.
- 61. Gjennomføre mer av LIS1-tjenesten i kommune. Se kapittel 6.8. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 62. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Se høringsnotatet
- 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.
 - 1
 - 63.5. Aktiv deltakelse av kommuner ved ansettelse av LIS1.
 - 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
 - Tilbakemeldinger fra tidligere turnusleger og LIS 1 om svært varierende veiledning. Veiledningen er personavhengig. Tilbakemeldingen er også om for mange læringsmål som krever utstrakt veiledning til at det går greit i en vanlig hverdag.
- 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.
 - Ja
- 70. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Spørsmålet handler om den enkelte lege. Rapporten drøfter problemstillingen i forb med konsekvensene ved at ordningen med særplass er avviklet og at enkelte vil slite med å skaffe seg Lis 1 stilling.
Rapporten nevner en del konsekvenser, men drøfter ikke tiltak. Utfordringen er redusert mangfold i gruppen LIS 1, og for mange søkere betyr dette diskriminering. Det kan hende at dette ligger på samme nivå som i resten av samfunnet, men det er ikke godt nok, da helsevesenet tidligere har vært ledende i inkluderingsarbeidet. Det trengs en reell kartlegging av situasjonen, og målrettet tiltak.
- 71. Generelle tilbakemeldinger
 - På side 4 i rapporten står det at «Søknadsbasert ordning ivaretar behovet for å dimensjonere antall stillinger i tråd med brukerne og tjenestenes behov.»

Dette er ikke riktig. Det er Helsedirektoratet som bestemmer antall LIS 1 stillinger nasjonalt etter overordnede føringer.

Side 25: «Mens det i den trekningsbaserte turnusordningen for praktiske formål var yrkesforbud uten godkjent turnus, har flytting av autorisasjonstidspunktet til etter endt studie gitt nyutdannede leger bedre mulighet for å skaffe seg relevant arbeid.»:

Kommentar: Dette medfører ikke riktighet; medisinstudenter har alltid arbeidet under studietiden med lisens og turnusventere har også arbeidet på lisens mens de venter på turnus. Helse-Norge har basert sommerdrift, sykehjemsdrift og veldig mye annet på medisinerstudenter, med og uten lisens.