

LIS1-ordningen – evaluering og tiltak.

Høringsuttalelse fra Helsepolitisk Utvalg ANSA.

ANSA har fra Helsedirektoratet mottatt høring om LIS1-ordningen – evaluering og tiltak. Denne rapporten om leger i spesialisering del 1 er basert på tre følgende hoveddeler:

- Del 1: Vurdering av omleggingen fra trekningsbasert til søknadsbasert turnusordning i 2012 (kapittel 2). – Del 2: følger opp tiltak foreslått i Helsedirektoratets vurdering av antall LIS1- stillinger fra 2019 (kapittel 3-5). Del 3: drøfter de om LIS1 kan benyttes til å øke rekrutteringen til allmennmedisin (kapittel 6).

Helsedirektoratet har i denne rapporten vurdert andre tiltak som kan føre til en økt gjennomstrømning og bedre utnyttelse av kapasiteten i LIS1-ordningen. Rapporten inneholder drøfting og anbefalinger.

Helsedirektoratets evaluering av omlegging fra treknings- til søknadsbasert turnusordning er at formålene i det vesentlige har blitt oppnådd. Det er imidlertid noen utfordringer. En av de største utfordringene er effekten av sentralisering og hvilke konsekvenser dette har for rekruttering til distrikt. En annen utfordring er at en del leger ikke kommer i gang med spesialisering fordi de ikke får tilbud om stilling selv om de søker flere ganger. Opprettelsen av flere LIS1-stillinger og bedre utnyttelse av de eksisterende vil kunne hjelpe på situasjonen.

Helsedirektoratet anbefaler følgende tiltak:

1. Helseforetak og private sykehus kan lyse ut ekstra LIS1-stillinger ved behov.
2. Leger tilbys kun den tjenesten de mangler for å fullføre del 1.
3. Benytte stilling i annet fylke når det oppstår mangel på kommunestilling.
4. Kommuner og helseforetak som ønsker det kan lyse ut LIS1-stillinger separat.
5. Arbeidsgiver kan ansette direkte fra søkerlisten fra siste LIS1-opptak når det oppstår en ledig LIS1-stilling i spesialisthelsetjenesten.
6. Invitere tjenestene med på erfaringsseminarer for å få til bedre ansettelsesprosesser og samarbeid mellom arbeidsgivere.
7. Vurdere egne ordninger for leger med lang klinisk erfaring fra utlandet.
8. Knytte LIS1-stillinger til videre ansettelse i ALIS- og/eller introduksjonsavtaler.
9. Inkludere LIS1 i mandatet til ALIS-kontorene.
10. Bedre supervisjon og veiledning av LIS i kommunehelsetjenesten.
11. Aktiv deltakelse av kommuner i ansettelse av LIS1.

ANSAs Helsepolitisk utvalg anser dagens ordning som ineffektiv og ulønnsom uten godkjenning av KBU/AT som LIS1.

Vi i ANSA stiller oss bak tiltakene til Helsedirektoratet i denne rapporten og at tiltakene som vurderes kan føre til en økt gjennomstrømning og bedre utnyttelse av kapasiteten i LIS1-ordningen. Vi har imidlertid kommentarer til tiltak nr. 2 og 7.

Vårt hørings svar har hovedfokus på de legene som er utdannet i Danmark/Sverige som har fullført tilsvarende turnustjeneste (Klinisk basis utdanning/AT-tjeneste) som LIS1. ANSA forslår et eget forløp for disse legene som sørger for at de starter med spesialistutdanning i Norge uten å måtte gjennomføre LIS1 på lik linje med nyutdannede leger uten lignende klinisk erfaring. Det vil være en løsning som åpner opp for flere ledige lis1-stillinger og øke antall ferdige utdannede spesialister mer effektivt.

Bakgrunn: Etter den nye spesialistforskriften trede i kraft 01.03.2019 ble kravene for norsk legeautorisasjon endret. Før endringen ga den norske legeutdanning full autorisasjon først etter fullført turnus/LIS1. Den nye forskriften (2019) gir leger utdannet i Norge full autorisasjon som lege etter oppnådd cand.med. uten at utdannelsen eller kompetansekravet er endret. De andre skandinaviske landene har de samme kravene som det Norske myndighetene hadde før 2019. Dette betyr at norske studenter fra disse landene må gjennomføre turnustjeneste på nytt dersom de tilbake kommer til Norge.

Tiltak 2: Leger tilbys kun den tjenesten de mangler for å fullføre del 1. Se kap. 3.2

Bakgrunn: Det er presisert i spesialistforskriften at det ikke er anledning til å gjennomføre hele spesialistutdanningens første del flere ganger. I dag kan leger først gjennomføre noe tjeneste som LIS1, og senere bli ansatt i et fullt 18 måneders løp. Spesialistforskriften bør endres slik at arbeidsgiver kun tilbyr den tjenesten som mangler for å fullføre del 1.

Forventet effekt og konsekvenser Tiltaket vil føre til bedre gjennomstrømning i LIS1-ordningen og være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Iverksetting av tiltaket vil kreve endringer i forskrift.

Dette omhandler leger med legeutdanning fra Norge som skal gjennom LIS1: «Det følger av spesialistforskriftens § 10 siste ledd at det ikke er mulig å gjennomføre hele LIS1-løpet flere ganger. Det er imidlertid mulig å gjennomføre deler av LIS1 flere ganger. Resultatet er at mange leger gjennomfører mer enn 18 måneder LIS1-tjeneste, og med det tar opp mer kapasitet enn nødvendig i LIS1-ordningen. Ved å kun tilby den tjenesten som leger mangler for å fullføre del 1, vil kapasiteten i LIS1-ordningen bli bedre utnyttet.»

Dersom dette er en mulig løsning å tilby leger med manglende deler av LIS1 tjenesten her, bør det foreligge en lignende løsning for utenlandsstudenter også.

Tiltak 7:

Vurdere egne ordninger for leger med lang klinisk erfaring fra utlandet. Se kap. 5.1

Bakgrunn Formålet med del 1 er å sikre faglig kvalifisering av nyutdannede leger og gi en felles plattform for alle spesialiteter. Leger med lang klinisk erfaring fra utlandet har ofte deler av kompetansen som oppnås i del 1.

Forventet effekt og konsekvenser: Tilpassede ordninger kan føre til mindre press på LIS1-ordningen, og vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt fordi legenes kompetanse i større grad kommer samfunnet til gode. Helsedirektoratet anbefaler at tiltaket utredes videre i samråd med tjenestene.

ANSA mener KBU/AT-tjenesten faller under denne betegnelsen da man tilegner seg kompetanse som oppnås i en LIS1-stilling. Ved å ikke godkjenne KBU/AT-tjeneste som LIS1/deler av LIS1 ses flere uhensiktsmessige følger:

1. Færre LIS1-plasser.

Norsk medisinstudentforening har gjennomført undersøkelser som viser at nesten alle leger som har gjennomført KBU blir tilbudt LIS1-stilling. Blir KBU godkjent som LIS1, vil dette frigjøre 40-60 LIS1-stillinger årlig som ellers vil tas opp av KBU-leger.

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/student/norsk-medisinstudentforening/nyheter/godkjenne-kbu-mot-lis1/>

2. Hindrer gjennomstrømning og medfører et ineffektivt spesialistutdanningsforløp.

Med det antallet LIS1-stillinger som er tilgjengelig i Norge i dag, venter unødvendig mange leger på turnusplass. Vårt forslag vil bidra til å få flere leger gjennom grunnutdanningen, samtidig vil leger som er kvalifiserte til en LIS2-stilling komme hurtigere i gang med spesialistutdannelsen. Dagens løsning setter god kompetanse og ressurser på vent, som ellers kunne økt antall spesialister.

<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/07/15/kjare-helsedirektoratet-hvorfor-er-ikke-jeg-god-nok-for-dere/>

Det blir beskrevet i Stortingets eget ekspertutvalg, Grimstadutvalget, at KBU er sammenlignbar med LIS1 på s. 48.

https://www.regjeringen.no/contentassets/9b5b81d102384507b85150f2e0f1b089/11745900_rapport_utredning_fra_grimstadutvalget.pdf

3. Mangler faglig begrunnelse

Vi i ANSA stiller også spørsmål til Helsedirektoratets vurdering av EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv forstås med at det kun er læringsmål og tjeneste gjennomført etter grunnutdanning i hjemlandet som kan telle i den norske spesialistutdanningen.

Det er ikke gjort endringer i dansk lov, legeutdannelsen eller i EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv, men det er gjort en endring i tidspunktet av autorisasjon av norsk utdannede leger etter de nye spesialistforskriftene i 2019. Vi mener derfor det behov for en faglig begrunnelse på hvorfor medisinstudentene/legene utdannet i de skandinaviske landene ikke er kvalifisert til å begynne i en LIS1-stilling etter endt cand.med grad eller får godkjent KBU/AT-tjeneste mot LIS1.

EUs yrkeskvalifikasjonsdirektive formål forstås med: *Skal gi yrkesutøver en rett til å utøve det samme yrket i vertsstaten som vedkommende er kvalifisert for å utøve i hjemstaten.*

<https://europalov.no/rettsakt/yrkeskvalifikasjonsdirektivet/id-653>

Vi ANSA anser derfor Helsedirektoratets ordning i konflikt med direktivets hovedprinsipper.

4. Arbeider mot et «grenseløst Norden»

Norge har et tett samarbeid med de andre nordiske landene gjennom Nordisk ministerråd; med formål om et såkalt «grenseløst Norden». Det er derfor et paradoks at de landene som faktisk blir rammet av Norges nye forskrifter, er norske nyutdannede leger fra blant andre

Danmark, Sverige og Island. Dette i motsetning til utdanningene fra de andre EØS-landene, hvor man etter endt studium kan søke direkte på LIS1 – norsk-turnustjeneste.

https://www.norden.org/no?gclid=CjwKCAiAm-2BBhANEiwAe7eyFKZDdtMk-xLeNJ2VjPxQelqsXdB3gIQf5bmMBGJlwpAb0hotzSNL2BoCni8QAvD_BwE

5. Likebehandling av norske utenlandsstudenter

Vi vet at en lignende utfordring tidligere har blitt løst ved at det norske Helsedirektoratet etablerte en særskilt ordning for norske medisinstudenter i Polen, da de ikke hadde muligheten til å fullføre nødvendig turnusordning grunnet språklige barrierer. Dette medførte at nyutdannede norske leger fikk fritak fra polsk turnustjeneste og kunne søke direkte til LIS-1 etter endt utdanning. Det kan derfor argumenteres at studentene i de Nordiske landene, som kulturelt og samfunnsmessig er mer lik Norge, blir forskjellsbehandlet da det ikke finnes en tilsvarende ordning for dem.