

## Svar:

- 1. Høringsinnspillet kommer fra:
  - Kommune
- 2. Navn på avsender av høringsinnspillet (navn på virksomhet/forening eller ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
  - Sør-Varanger kommune
- 3. Navn på den som har fylt ut skjemaet på vegne av virksomheten/foreningen (gjenta ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
  - Mona Søndena
- 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
  - Under tvil fordi dette må ikke medvirke til økt venting på kommune-LIS1.
- 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
- 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
- 11. Innføre karantenetid ved ansettelse i kommune. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 12. Dine/deres tilbakemeldinger
- 13. Innføre bundet plass i koblet stilling. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
  - Ja
- 14. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Vi opplever for ofte at LIS1 sier opp sin stilling i kommunene kort tid før tiltredelse. Dette er svært uheldig.
- 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
  - Usikker, men kanskje.
- 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
  - 19.2. Leger tilbys kun den tjenesten de mangler for å fullføre del 1.
    - 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
  - Det er viktig at ikke køen for å avvikle LIS1 blir for lang. For mange søkere til LIS1-stillingene. Flere mangler kun en liten del. Disse må ut av ordinær søknad om LIS1.
- 21. La de kommuner og foretak som ønsker det lyse ut separate LIS1-stillinger. Se kapittel 4.1. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 22. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Tror ikke dette vil rekruttere til utkantkommuner.

- 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
  - Dette er et viktig tiltak. Det er svært mye arbeid å lyse ut på nytt samt gå gjennom lange søkerlister. Dette forslaget er svært ressursbesparende.
- 25. Invitere tjenestene med på erfaringsseminarer. Se kapittel 4.3. Støtter du/dere tiltaket?
  - Ja
- 26. Dine/deres tilbakemeldinger
  - God ide. Fint å snakke sammen.
- 27. Gjeninnføre puljevis ansettelse. Se kapittel 4.4 Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 28. Dine/deres tilbakemeldinger
- 29. Innføre regionaliserte eller samordnede ansettelser. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 30. Dine/deres tilbakemeldinger
- 31. Innføre en begrensning i antall søknader per lege. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 32. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Usikker. Som det også står i rapporten søker alle kandidater mange steder i landet. Søknadene bærer i stor grad preg av klipp og lim. Dersom man begrenset antall søknader per kandidat ville det bli færre kandidater å ta stilling til, og kanskje man da fikk mer reelle søknader? Vanskelig å si sikkert.
- 33. Ha løpende ansettelser i LIS1-stillinger. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 34. Dine/deres tilbakemeldinger
  - For uforutsigbart.
- 35. Inkludere LIS1 i spesialistløpet uten egen, separat ansettelsesprosess. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 36. Dine/deres tilbakemeldinger
- 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.
    - 1
  - 37.3. Invitere tjenestene med på erfaringsseminarer.
    - 2
  - 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
  - Ressursbesparende å ansette direkte fra søkerlisten ved ledig stilling. Viktig tiltak.
- 39. Vurdere egne ordninger for leger med lang klinisk erfaring. Se kapittel 5.1. Støtter du/dere tiltaket?
  - Ja
- 40. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Dette er et MEGET viktig tiltak. Som kommuneoverlege er jeg med på tilsettingsprosessen på lokalsykehuset. Vi har nå over 500 søkere to ganger i året til 5 LIS1-stillinger. Mange av søkerne - kanskje

så mye som 30% - har en spesialitet fra utlandet; nevrokirurg, gynekolog, ortoped. Disse har lang klinisk erfaring og må ikke blokkere LIS1-stillinger for unge og nyutdannede leger. Dette blir aldeles feil.

- 41. Redusere varigheten av del 1. Se kapittel 5.2. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 42. Dine/deres tilbakemeldinger
  - LIS1-tjenesten er en MEGET viktig lærings- og modningstid og må for all del ikke forkortes.
- 43. Gå bort fra kravet om at sykehusetjenesten i del 1 må gjennomføres først. Se kapittel 5.2. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 44. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Du er betydelig mer alene i allmennpraksis enn på sykehus, og denne læringen og modningen er nødvendig for å takle dagens utfordringer i allmennpraksis.
- 45. Endre krav for å gå videre i spesialiseringen. Se kapittel 5.2. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 46. Dine/deres tilbakemeldinger
- 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 sykehusetjenesten 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
  - Begrunnelse gitt tidligere.
- 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
  - Dette kan være et fornuftig tiltak, men spørsmålet er om LIS1-kandidatene er i stand til å ta et valg så tidlig i karrieren.
- 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
- 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 er i startfasen, og det er svært viktig at de i sin første fase konsentrere seg om ALIS-kandidatene. Kommunene sliter i betydelig grad med å både forstå og gjennomføre nye forskrift for spesialistutdanning. Det er viktig at ALIS-kontorene får bruke mye av sin kapasitet på dette og andre problemstillinger knyttet til ALIS nå i startfasen. Om man senere vil knytte ALIS-kontorene til LIS1-utdanningen på et overordnet strategisk nivå er en mulighet, men dette må ligge langt frem i tid. Det er store rekrutteringsproblemer når det gjelder fastleger i kommunene og det er ingen tvil om at kommunene trenger ALIS-kontorenes hjelp og kraft for å lykkes med rekruttering og gjennomføring av spesialistutdanning.
- 55. Bedre supervisjon og veiledning for LIS i kommunehelsetjenesten. Se kapittel 6.6. Støtter du/dere tiltaket?
  - Ja
- 56. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Svært mange kommuner er gode her, men man kan alltid bli bedre. Det er viktig med kurs i veiledning for veiledere.
- 57. Aktiv deltakelse av kommuner ved ansettelse av LIS1. Se kapittel 6.7. Støtter du/dere tiltaket?
  - Ja
- 58. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Meget viktig punkt. I Finnmark er det utarbeidet tjenesteavtaler mellom helseforetak og kommunene hvor slik medvirkning er tatt med. Dersom sykehusene skal styre ansettelsen alene er jeg redd forskning og akademisk kompetanse vil vektlegges, noe vi i kommunene slett ikke er interessert i. Her har også kommunene en mulighet for å rekruttere til kommunene. Tror imidlertid det er svært viktig at

legestanden er med. Jeg som kommuneoverlege og fastlege sitter i dette utvalget i Øst-Finnmark. Jeg anser dette som en svært viktig oppgave.

- 59. Redusere tiden det tar å bli spesialist i allmennmedisin. Se kapittel 6.8. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 60. Dine/deres tilbakemeldinger
- 61. Gjennomføre mer av LIS1-tjenesten i kommune. Se kapittel 6.8. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 62. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Usikker.
- 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.
    - 2
  - 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.
    - 3
  - 63.5. Aktiv deltakelse av kommuner ved ansettelse av LIS1.
    - 1
  - 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
  - Se tidligere for begrunnelse.
- 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 har opplevd større utfordringer i utkanten enn ved trekningsbasert turnus. Tidligere var kandidatene mer interessert i å komme til utkanten, og vi rekrutterte allmennleger. Nå virker det som om kandidatene kommer på grunn av sykehuset, og det er der de vil være, men kommunetjenesten blir et nødvendig, men ikke ønsket, vedheng. Det gjelder å bli fortest mulig ferdig i kommunene og så komme seg tilbake til sykehuset. Jeg skjønner at dette er en EØS-tilpasning, men det er trist å se flotte leger utdannet i Norge som ikke klarer å få turnus etter endt studietid fordi konkurransen er blitt så stor. I tillegg ser vi en skremmende utvikling ved at medisinerstudenter posisjonerer seg fra første studieår ved å jobbe målrettet for kompetanse som sikrer dem turnustjeneste. Dette medfører at vi får kanskje litt for mange "flinke piker". Vi trenger robuste leger som tåler en "vinterdag" og som har litt livserfaring, og ikke bare faglig erfaring. Utviklingen er skremmende, og som fastlege har jeg de siste år opplevd flinke piker som allerede i første studieår trenger psykologhjelp for å komme seg videre. Vi er svært bekymret for denne utviklingen.
- 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
  - Mindre motiverte turnusleger. De er flinke, men for mange har for liten livserfaring.
- 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
  - Ja, jeg mener den posisjoneringsen vi ser fra dag 1 på studiet er svært uheldig, og at dette i verste fall kan bidra til mindre robuste leger som ikke er rustet for legetjeneste i distriktene.
- 71. Generelle tilbakemeldinger
  - Da den søknadsbaserte turnustjenesten ble innført skulle det gjøres en evaluering etter 5 år. Det er prisverdig at direktoratet nå har gjennomført denne evalueringen, men jeg er usikker på hva vi kan forvente at oppnås. Fastlegekrisen har festet grepet. Vi opplevde inntil for få år siden at turnusleger var vår viktigste rekrutteringskilde. Vi rekrutterer ikke turnusleger lenger. Det er for "skummelt" og arbeidsbelastende å være fastlege. Jeg ønsker meg turnusleger som vil prøve livet som fastlege i distriktet, som er sugen på litt eventyr; både natur, kultur og folk. Vi opplever dagens turnusleger som

noe sartere, mer usikre, og kanskje preget av konkurransen for å komme gjennom nåløyet som LIS1-tjenesten har blitt. Det er nok også en generell trend i samfunnet med flere kvinner samt at unge leger ønsker mer fritid og et mer regulert liv. Dette har vi respekt for, men jeg er svært bekymret over manglende robusthet, større usikkerhet og streben etter akademisk karriere i tillegg til noe manglende livserfaring hos unge leger.