

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)
 - Oslo kommune
- 3. Navn på den som har fylt ut skjemaet på vegne av virksomheten/foreningen (gjenta ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
 - Synne Schou Øhrberg
- 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
 - Vi forutsetter at tiltaket er ment benyttet ved ad hoc-behov, ikke behov som oppstår regelmessig. Vi observerer at høringsutkast og questback har ulik ordlyd; i høringsutkastet står det «ekstra ved behov», og behov kan som nevnt oppstå regelmessig, være av permanent eller midlertidig natur.

Vi støtter tiltaket. Det er dog en forutsetning at opprettelse av midlertidige stillinger ses i sammenheng med kommunens kapasitet for å unngå stase i overgangen fra sykehus til kommunehelsetjeneste.
- 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
 - Vi støtter tiltaket, og ser at dette bidrar til å utnytte kapasiteten. Gjerne med en presisering av at legen ikke nødvendigvis kan forvente 1:1 retur tidsmessig, men at varigheten på 'returtiden' må skjønnsmessig vurderes. Hvor mye som gjenstår av tjenesten for legen er av betydning for hvordan dette gjennomføres ved retur, og det kan være aktuelt å sette et krav til minstetid for å sikre muligheten for reell mulighet til å oppnå læringsmål i tiden som gjenstår. Ved fravær planlagt god tid i forkant bør veileder og leder kunne bistå for å kunne nå læringsmål innenfor perioden, dersom det kan medføre at LIS unngår en svært kort resttjeneste.
- 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
 - Vi anser dette som en hensiktsmessig løsning og god ressursutnyttelse. Hovedformålet må være å sørge for flyt i utdanningsforløpet. Det er viktig å presisere at det uavhengig av dette må tilstrebes at antallet på LIS1-stillinger på sykehus og kommune innenfor området står i forhold til hverandre. En hovedmålsetting må være å dekke opp eget område. Det er av stor verdi for LIS 1 å kjenne området man jobber i, og hvordan samhandlingen foregår mellom nivåene. I tillegg kan det være signifikant mht.

trivsel, særlig for LIS med familie og barn. Spørsmål som må avklares er i hvilken grad LIS kan pålegges å flytte, hvilke konsekvenser det har for LIS å ikke flytte, og om LIS beholder rettigheter/muligheter.

- 11. Innføre karantenetid ved ansettelse i kommune. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 12. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi mener at det er et poeng for kommunen å kunne sikre forutsigbarhet. Men vi tenker det bør vurderes videre om det er hensiktsmessig å beholde merkingen gjennom forløpet i stillingsportalen.
- 13. Innføre bundet plass i koblet stilling. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 14. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi mener at dette kan slå negativt ut både mtp. rekruttering og trivsel, da tvangselementet er fremtredende.
- 15. Lyse ut alle LIS1-stillinger uten å holde noen igjen til permisjonsavvikling. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 16. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi mener dette bidrar til et for uforutsigbart bilde, og tar bort fleksibilitet som behøves.
- 17. Reservere reststillinger til leger som gjennomføre del 1 i reststillinger. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 18. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi mener det er positivt å kunne tilby dette når muligheten er tilstede, men det blir vanskelig å ha som et rettighet.
- 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
 - 2
 - 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.
 - 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
 - 1. Ønskelig å jobbe mot best mulig utnyttelse av tjenestetid for de som er inni ordningen allerede.
 - 2. Det er mange leger som venter på tjeneste. I tiltaket ligger en forutsetning om at man ikke skaper en flaskehals i kommune.
 - 3. Dette er et godt tiltak for å sikre flyt. Det henger dog sammen med punkt 2; tiltaket blir i mindre grad relevant dersom punkt 2 ivaretas.
- 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
 - Vi mener at kommune på lik linje med sykehus bør få anledning til å opprette- og lyse ut separate stillinger. Separate stillinger fristilt fra sykehus kan styrke rekrutteringen. Det er viktig å styrke kommunens innflytelse i prosessen, og å måtte søke om dispensasjon er uhenksmessig i dette henseende.
- 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
 - Vi vil anse dette som et tiltak som bidrar til en bedre utnyttelse av tjenestekapasiteten, og at det derfor er hensiktsmessig å finne kandidater fra eksisterende liste. Det er viktig å presisere viktigheten av at dette ikke er en sykehusdrevet prosess, men at listen er samstemt med kommunens vurdering.

Med tanke på det ressursbesparende og tidseffektiverende formålet ved å ansette direkte søkerlisten, er det verdt å tenke over hvor gammel man kan tillate at søkerlisten kan være før den anses som utdatert.

- 25. Invitere tjenestene med på erfaringsseminarer. Se kapittel 4.3. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 26. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi mener dette er et viktig tiltak, både mht. erfaringsdeling, men også for å i større grad kunne bidra til en enhetlig praksis.
- 27. Gjeninnføre puljevis ansettelse. Se kapittel 4.4 Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 28. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi mener at puljevis ansettelse vil føre til økt frafall.
- 29. Innføre regionaliserte eller samordnede ansettelser. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 30. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi støtter ikke dette. Vi ser dog at ulike regioner kan ha nytte av å utrede løsninger for sitt område og gjøre avtaler lokalt. Dette med tanke på hvordan man bruker ressursene klokest, og hvilke muligheter som finnes innenfor koordinering. Spørsmål som dukker opp er f.eks. om det kan være mulig å ha en prioritert søkeliste for et område.
- 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
 - Vi anser dette som et tiltak som bidrar til et mer ustrukturert og mindre effektivt utdanningsforløp for en kommune med mange LIS 1-leger da en del undervisning planlegges samlet for LIS 1-gruppen i løpet av det samme halvår, f.eks. fordeling av sykehjemstjeneste og for gruppeundervisning hvor det kan være viktig for utbyttet at det er samme gruppe som møtes igjen til refleksjon rundt tjenesten.
- 35. Inkludere LIS1 i spesialistløpet uten egen, separat ansettelsesprosess. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 36. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi frykter at LIS 1 koblet til allmennmedisinsk forløp kan bli nedprioritert i sykehuset mht. tilgang til undervisningssituasjoner. Videre mener vi at det faglig sett er uheldig å bli for faglig spisset for tidlig.
- 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.
 - 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
 - 1- Vi mener dette er det viktigste tiltaket, da det gir en umiddelbar lettelse av arbeidet.
- 39. Vurdere egne ordninger for leger med lang klinisk erfaring. Se kapittel 5.1. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 40. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi støtter tiltaket om å utrede egne ordninger for disse legene.

Vi mener dette også burde gjelde leger fra Danmark, da basisutdannelsen fra Danmark er kun ettårig og ikke har samme bredde. Disse legene har ikke nødvendigvis fått kjennskap til kommunehelsetjenesten i sitt forløp og dette er ugunstig for kommunen. Det bør derfor også for disse

vurderes tilleggsteneste/kurs for manglende læringsmål. Dersom kommunen kan opprette separat LIS 1-stilling, er dette en måte å løse det på.

- 41. Redusere varigheten av del 1. Se kapittel 5.2. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 42. Dine/deres tilbakemeldinger
- 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
- 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 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
 - 1 - Dette er det eneste blant tiltakene som vi anbefaler.
- 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 tiltaket vil gi økt grad av tilhørighet og øke sannsynlighet for at legen ønsker å bli værende/fulføre spesialisering innen allmenntidisin.
- 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
 - Tiltaket er svært viktig for å sikre fleksibilitet og flyt for ALIS mellom stillinger i kommunen (etat) og fastlegepraksis.
- 53. Inkludere del 1 av spesialistutdanningen i mandatet til ALIS-kontorene. Se kapittel 6.5. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 54. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi mener at ALIS-kontoret er en god plassering av rådgivning og koordinering. Kommunen bør likevel fortsatt beholde ansvaret for- og gjennomføringen av rekrutteringsprosessen, da det er viktig å kunne beholde innflytelsen på hvem som ansettes.
- 55. Bedre supervisjon og veiledning for LIS i kommunehelsetjenesten. Se kapittel 6.6. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 56. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Veileders rolle for LIS1 må ikke undervurderes. Vi mener at det er sentralt at veileder tar veilederkurs, og at det bør være et krav. Videre bør man også finne nasjonale ordninger mht. kompensasjon for

supervisjon. Dette underbygges av krav til supervisørs tilstedeværelse i læringsaktiviteter i forbindelse med oppnåelse av læringsmål, og bør derfor kompenseres.

- 57. Aktiv deltakelse av kommuner ved ansettelse av LIS1. Se kapittel 6.7. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 58. Dine/deres tilbakemeldinger
- 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
- 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.
 - 1
 - 63.2. Knytte en andel LIS1-stillinger opp mot introduksjonsavtaler.
 - 2
 - 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.
 - 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
 - 1 - Knytte en andel LIS1-stillinger opp mot ALIS-avtaler.

2 - Knytte en andel LIS1-stillinger opp mot introduksjonsavtaler.

3 - Bedre supervisjon og veiledning for LIS i kommunehelsetjenesten.

Aktiv deltagelse av kommuner ved ansettelse av LIS1: må ikke svekkes

- 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.
 - Ja
- 68. Dine/deres tilbakemeldinger
 - I oppsummering av konsekvenser for tjenestene beskrives at søknadsbasert ordning tar mer tid å administrere for tjenestene. Viktig å påpeke at det i selve intervjurundene sitter arbeidsgivere direkte fra tjenestene; medisinsk avd., kirurgisk avd. og kommunehelsetjenesten. Det er med bakgrunn i dette at vi kan se at ulike regioner kan ha nytte av å utrede løsninger for sitt område og gjøre avtaler lokalt for samordnede ansettelser. Dette med tanke på hvordan man bruker ressursene klokest, og hvilke muligheter som finnes innenfor koordinering.
- 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.
 - Nei
- 70. Dine/deres tilbakemeldinger
- 71. Generelle tilbakemeldinger