

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)
 - Sørlandet sykehus HF
- 3. Navn på den som har fylt ut skjemaet på vegne av virksomheten/foreningen (gjenta ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
 - Kari Johanne Eikeland Benitez, Utdanningskoordinerende lege for LIS-utdanningen ved Sørlandet sykehus HF
- 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
 - 1. Viktig at disse blir I TILLEGG til de faste LIS1-stillingene for å ikke undergrave det faste antallet som er finansiert fra departementet.
 - 2. Viktig at ev. ekstra LIS1-stillinger lokalt rapporteres til Helsedirektoratet så direktoratet/departementet kan vurdere å innlemme disse i det faste antallet som er finansiert fra departementet og slik omgjøre dem til ordinært sentralt fastsatte LIS1-stillinger med koblet stilling i kommunen
- 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
 - 1. Støttes, men bør være som hovedregel med mulighet for unntak. Dette da LIS1-tjenesten kan variere betydelig mellom forskjellige foretak, og det kan være ønskelig å sette ny LIS1 inn i fullt løp også lokalt for å bedre lære om den lokale tjenesten. Det kan også være enkelte LIS1 som kun under tvil har fått godkjent de deler av tjenesten de allerede har utført, hvor det også vil være hensiktsmessig å tilby dem fullt løp for kompetanseheving.
 - 2. OBS: kan det bidra til økt andel reststillinger og på sikt et mer oppstykket LIS1-tilbud?
- 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
 - Tiltaket støttes, men nærliggende kommunestillinger bør alltid tilstrebes. Tiltaket bør bare gjelde ved akutt mangel på nærliggende kommune plass ifm. permisjoner eller annet, og tiltaket må være et tilbud og ikke en plikt. Dette for at det ikke skal bli en lettvinns måte for nærliggende kommuner å fraskrive seg oppgaven slik at det på sikt blir flere fjerntliggende kommune plasser. I lokal rundet på denne høringen

var det én LIS1-lege som ikke støttet tiltaket, vil dog anta at med ovennevnte forbehold, så ville også denne motstanden frafalle.

- 11. Innføre karantenetid ved ansettelse i kommune. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
- 12. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Lokale respondenter er delt i synet. Ledere/LIS1-ansvarlige støtter tiltaket, mens de LIS1 som har kommet med tilbakemelding ikke støtter det.
- 13. Innføre bundet plass i koblet stilling. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
- 14. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Lokale respondenter er delt i synet. Ledere/LIS1-ansvarlige støtter tiltaket, mens de LIS1 som har kommet med tilbakemelding ikke støtter det.
- 15. Lyse ut alle LIS1-stillinger uten å holde noen igjen til permisjonsavvikling. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
- 16. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Lokale respondenter er delt i synet. Uansett så må det finnes en løsning for de som kommer tilbake fra permisjon etc., om ikke det holdes igjen stillinger til disse, må det reserveres reststillinger.
- 17. Reservere reststillinger til leger som gjennomføre del 1 i reststillinger. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
- 18. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Lokale respondenter er delt i synet. Se også svar på spm 7 og 8. Det bør tilrettelegges for å tilby reststillinger til leger som bare trenger deler av LIS1-tjenesten, men det bør ikke reserveres mange stillinger til reststillinger da dette kan bidra til et mer oppstykket LIS1-tilbud. Dersom en LIS1 i et vanlig fullt løp av diverse årsaker må avbryte løpet, bør stillingen utlyses som reststilling. Det kan ev. reserveres reststillinger til lokalt engasjerte, dvs. de som allerede har tatt deler av tjenesten lokalt, men pga. permisjoner eller fordi de i utgangspunktet bare hadde fått noen andres reststilling fortsatt mangler tjenestetid, så disse kan fullføre løpet lokalt. Men det bør ikke reserveres mange reststillinger til nasjonal søkermasse, da dette kan oppstykke tilbudet ved å generere flere reststillingssøkere i neste runde igjen.
- 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
- 21. La de kommuner og foretak som ønsker det lyse ut separate LIS1-stillinger. Se kapittel 4.1. Støtter du/dere tiltaket?
- 22. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Lokale respondenter er delt i synet. Det vil lette det administrative arbeidet for helseforetaket og gi større frihet til LIS1, men
 - Det kan gjøre situasjonen for kommunen verre ved at rekrutteringssvake kommuner får få søkere, ev. kun de minst kvalifiserte søkerne som ikke har fått plass noe annet sted
 - Når ikke nærliggende sykehus utøver press på opprettelse av nok LIS1-stillinger i kommunen, kan det være at kommunen ikke tar oppgaven (grunnet utgifter) mm. de får et sentralt pålegg
 - Om ikke LIS1 blir i nærliggende kommuner, kan det gi et rekrutteringsproblem for lokalsykehus
 - Økt arbeid for LIS1 med to søknadsprosesser og ev. flytting

Hvis enkelte rekrutteringssvake kommuner ønsker å prøve dette, kan de ev. tilbys dette som en prøveordning.

- 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
- 25. Invitere tjenestene med på erfaringsseminarer. Se kapittel 4.3. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 26. Dine/deres tilbakemeldinger
- 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?
- 30. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Lokale respondenter er delt i synet. De vil lette det lokale administrative arbeidet, samt sørge for mer rettferdig ansettelse. Imidlertid kan det som nevnt i rapporten være vanskelig å selektene blant søkerne, og det vil være utfordrende å skille mellom hvilke kvalifikasjoner som er viktige i store vs. små sykehus. Man mister feks muligheten til å selektene blant dem som tidligere har jobbet ved sykehuset, eller de som har lokal tilhørighet, som vil kunne gi et rekrutteringsproblem i neste runde, særlig for lokalsykehusene.
Et bra alternativ ville være å lage en sentral mal for ansettelsesprosedyrer, både mtp. hvilke kvalifikasjoner som skal etterspørres, samt mal for hvordan sette sammen gruppen som skal behandle søknadene, og hvordan holde intervjuer mm.
- 31. Innføre en begrensning i antall søknader per lege. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 32. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Det er kjent at mange leverer utallige søknader med liten motivasjon fordi de er desperate etter en LIS1-stilling. Å begrense antall søknader per person vil gjøre at man bare søker dit hvor man er mest motivert, og foretakene havner i færre situasjoner hvor de tilbyr stilling til noen som så takker ja et annet sted hvor de egentlig var mer motiverte for ansettelse. Det vil også redusere den enorme søknadsbunken, og slik kunne bidra til en mer rettferdig ansettelsesprosess da søknadsbunken ville bli

overkommelig. Vi vurderer fordelene med dette som større enn ulempene ved å utfordre fritt søknadsbasert arbeidsmarked.

- 33. Ha løpende ansettelser i LIS1-stillinger. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 34. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Det bemerkes at enkelte LIS1 i lokal høringsrunde støtter tiltaket. Fra arbeidsgivers side vil det imidlertid bli et enormt administrativt arbeid.
- 35. Inkludere LIS1 i spesialistløpet uten egen, separat ansettelsesprosess. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
- 36. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Lokale respondenter er delt i synet. Bekymring om at dette kan undergrave hele LIS1-tjenesten.
- 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.
 - 37.4. Gjeninnføre puljevis ansettelse.
 - 37.5. Innføre regionaliserte eller samordnede ansettelser.
 - 37.6. Innføre en begrensning i antall søknader per lege.
 - 2
 - 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
- 39. Vurdere egne ordninger for leger med lang klinisk erfaring. Se kapittel 5.1. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 40. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Må i så fall sees nærmere på hvordan. Kan bli et stort arbeid.
- 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
- 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
 - Mest relevant dersom søknadsprosessen for LIS1 i sykehus og LIS1 i kommunen adskilles. Men tiltaket støttes uansett. Bør dog ikke være for mange slike knyttede stillinger, da dette kan redusere rekrutteringen til spesialisthelsetjenesten.
- 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
 - Samme kommentar som over.
- 53. Inkludere del 1 av spesialistutdanningen i mandatet til ALIS-kontorene. Se kapittel 6.5. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 54. Dine/deres tilbakemeldinger

- 55. Bedre supervisjon og veiledning for LIS i kommunehelsetjenesten. Se kapittel 6.6. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 56. Dine/deres tilbakemeldinger
 - At LIS1 trives i kommunen er et viktig rekrutteringstiltak!
- 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.
 - 2
 - 63.2. Knytte en andel LIS1-stillinger opp mot introduksjonsavtaler.
 - 63.3. Inkludere del 1 av spesialistutdanningen i mandatet til ALIS-kontorene.
 - 3
 - 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-tjensten i kommune.
- 64. Her kan du/dere legge inn en begrunnelse for prioriteringen
- 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.
 - Nei
- 70. Dine/deres tilbakemeldinger
- 71. Generelle tilbakemeldinger
 - Vi takker for muligheten til å kunne påvirke LIS1-ordningen.