

Svar:

- 1. Høringsinnspillet kommer fra:
 - Fylkesmannsembetene
- 2. Navn på avsender av høringsinnspillet (navn på virksomhet/forening eller ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
 - Statsforvalteren i Vestfold og Telemark (tidl. Fylkesmannen)
- 3. Navn på den som har fylt ut skjemaet på vegne av virksomheten/foreningen (gjenta ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
 - Rådgiver Ellen Bang Andersen
- 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
 - Statsforvalteren i Vestfold og Telemark støtter forslaget. Tiltaket vil utløse behov for stillinger for LIS1 i kommunene, men dette kan løses der ved å tilby reststillinger. Vår erfaring er at det (nesten) alltid vil være reststillinger tilgjengelig. Tiltaket vil antakelig også kreve flere ressurser til veiledning og supervisjon i sykehus.
- 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
 - Det kan være hensiktsmessig med større fleksibilitet i gjennomføring av tjenesten. Flere LIS1 slipper å ta deler av tjenesten på nytt.
- 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 bør tilstrebe å utnytte ledige LIS1-stillinger også på tvers av fylker. Tiltakene medfører at LIS1 må være innstilt på å flytte for å ta stillinger i andre fylker.
- 11. Innføre karantenetid ved ansettelse i kommune. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 12. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi foreslår at det innføres 3 måneders karantene. Begrunnelsen for dette er at det er utfordrende for kommunene når LIS1 sier opp kort tid før oppstart. Dette fører ofte til at stillingen blir stående ubesatt i kortere eller lengre tid, noe som særlig rammer distriktskommunene.
Gjennom tid har vi sett at LIS1 systematisk søker seg til kommuner i sentralt østlandsområde. Dette er en uthuling av den søknadsbaserte ordningen og en veldig uheldig praksis.
- 13. Innføre bundet plass i koblet stilling. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 14. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Slik vi oppfatter det, vil vi kunne oppnå det samme ved bruk av karantenetid, se svar på punktet over. Vi støtter ikke dette tiltaket.
- 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
 - Alle stillinger bør lyses ut hvert halvår. Vi mener at LIS1 er viktig for kapasitet og kontinuitet i legetjenesten, særlig i de små kommunene. Vi erkjenner likevel at det er utfordrende for kommunene å

stille opp med ekstra LIS1-stilling, både når det gjelder lokaler, økonomi og avtaler med fastlegekontorene når LIS1 kommer tilbake fra permisjon.

- 17. Reservere reststillinger til leger som gjennomføre del 1 i reststillinger. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
- 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
 - 3
 - 19.2. Leger tilbys kun den tjenesten de mangler for å fullføre del 1.
 - 19.3. Benytte ledig stilling i annet fylke hvis det oppstår mangel på kommunestilling.
 - 2
 - 19.4. Innføre karantenetid ved ansettelse i kommune.
 - 1
 - 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
 - Å innføre karantenetid ved ansettelse i kommune vil bidra til å sikre at distriktskommunene får LIS1, og at de ikke søker seg til sentrale strøk. LIS1 er en viktig del av kommunehelsetjenesten i distrikt. Prioritet 2 og 3 vil gi større fleksibilitet.
- 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
 - Tiltaket vil gi kommunene anledning til å rekruttere LIS1 enten med lokal tilhørighet eller som har intensjon om å bosette seg i kommunen og arbeide der som lege videre. Det er likevel en ulempe ved å lyse ut separat, nemlig at det kan hindre transparens i ansettelsesprosesser.
- 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
 - Tiltaket kan være hensiktsmessig og arbeidsbesparende. Vi forutsetter at søker er kvalifisert til LIS1-stilling.
- 25. Invitere tjenestene med på erfaringsseminarer. Se kapittel 4.3. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 26. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Det vil kunne gi enda bedre samarbeid mellom HR-avdelingene ved sykehusene og de som ansetter i kommunene (og Helsedirektoratet og statsforvalterne).
- 27. Gjeninnføre puljevis ansettelse. Se kapittel 4.4 Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 28. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Tiltaket vil ikke være hensiktsmessig. Per nå er det nok søkere i ordningen.
- 29. Innføre regionaliserte eller samordnede ansettelser. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 30. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vår anbefaling er at ansvar for ansettelse beholdes slik som det er nå, der HR-avdelingene ved sykehusene og kommunene deler på ansvaret. Oppgavene vil passe godt inn i porteføljen til helsefellellskapene.
- 31. Innføre en begrensning i antall søknader per lege. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 32. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Slik vi vurderer det, er det ikke hensiktsmessig at LIS1 kan sende inn så mange søknader som de ønsker. Søkere bør tvinges til å vurdere og prioritere sine søknader til stillinger de ser at de er kvalifisert til og har muligheter til å få.
- 33. Ha løpende ansettelser i LIS1-stillinger. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 34. Dine/deres tilbakemeldinger

- Tiltaket vil gjøre det vanskelig å strukturere opplæring i virksomhetene. I tillegg vil det være ressurskrevende for de som ansetter og de som skal veilede og følge opp.
- 35. Inkludere LIS1 i spesialistløpet uten egen, separat ansettelsesprosess. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 36. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Erfaringer som LIS1 får gjennom spesialistløpet gjør at de har bedre grunnlag for å velge seg videre spesialisering.
- 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.
 - 1
 - 37.2. Ansette direkte fra søkerlisten til siste LIS1-opptak når det oppstår en ledig stilling i spesialisthelsetjenesten.
 - 3
 - 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?
 - Nei
- 40. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi støtter ikke dette tiltaket da vi ser at LIS1-tjenesten gir leger med utdanning fra utlandet god opplæring i norske forhold og norsk helsetjeneste. LIS1 i distrikt vil være særlig aktuelt for leger med utdanning fra land der de kun har arbeidserfaring fra sykehusklinikk i utdanningen.
- 41. Redusere varigheten av del 1. Se kapittel 5.2. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 42. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vi anbefaler å beholde 18 måneder i spesialistløpets del 1, siden dette er en god læretid. Varigheten av utdanningsløpet og erfaringene de gjør, setter LIS1 i stand til å kunne arbeide selvstendig.
- 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
 - Vi støtter ikke dette tiltaket siden det er viktig at LIS1 får erfaring med behandling av akutte pasienter på sykehus før de kan arbeide i kommunen. I sykehustjenesten lærer de seg grunnleggende prosedyrer i pasientbehandlingen.
- 45. Endre krav for å gå videre i spesialiseringen. Se kapittel 5.2. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 46. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Slik vi ser det, vil det være vanskelig å hente læringsmålene inn etter at LIS1 har startet med arbeid i kommune.
- 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.
 - 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
 - Statsforvalteren i Vestfold og Telemark støtter ikke noen av forslagene, det er derfor ikke aktuelt å gjøre en prioritering.
- 49. Knytte en andel LIS1-stillinger opp mot ALIS-avtaler. Se kapittel 6.2 og 6.4. Støtter du/dere tiltaket?
- 50. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Her er vi usikre.
Statsforvalteren er opptatt av rekruttering av allmennleger i kommunene. Dersom dette skal kunne gjennomføres, bør det være i pilotform for å teste ut om det virker rekrutterende til allmennmedisin. Dersom pilot benyttes, er det viktig at utlysingen kommer nær i tid før utplassering. Det kan være

vanskelig å gjennomføre da de fleste LIS1 ikke har bestemt seg så tidlig i løpet. Det vil være lettere å gå inn på denne modellen hvis man ikke trenger å bestemme seg før man har fått jobbet noe i en kommune først, dvs. lettere å motivere etter at LIS1 har fått noe erfaring. Dersom dette skal fungere bør det være bindingstid knyttet til avtalen.

- 51. Knytte en andel LIS1-stillinger opp mot introduksjonsavtaler. Se kapittel 6.3 og 6.4. Støtter du/dere tiltaket?
- 52. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Her er vi også usikre.
Tiltaket vil være en fin måte å teste seg ut som allmennmedisiner uten å måtte kjøpe seg en praksis. På den annen side vil LIS1 også kunne ha muligheter til å ta vikariater i allmennpraksiser. Det vil være lettere å gå inn på en introduksjonsavtale dersom man har jobbet litt før man må gå inn på en avtale. Motforestillinger er de samme som i spørsmålet 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
 - Her svarer vi et forsiktig ja.
Tiltaket vil kunne være en fornuftig type ordning. Kommunene vil imidlertid trenge hjelp med tilrettelegging. Det vil være behov for en aktør ala ALIS-kontor som bistår i samarbeid på tvers av kommuner. En slik oppgave kunne også vært lagt til helsefellesskap, eventuelt både ALIS-kontor og helsefellesskap. Det er viktig å understreke at ALIS/helsefellesskap må være et supplement/støtte til kommunene. De kan ikke overta oppgaven. Det viktigste er imidlertid at kommunene tilrettelegger for en god LIS1-tjeneste for å få dem til å bli. Særlig i utkantstrøk vil dette være vesentlig. Det vil derfor være en fordel om kommunene samarbeider om dette.
- 55. Bedre supervisjon og veiledning for LIS i kommunehelsetjenesten. Se kapittel 6.6. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 56. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Det er mye kvalitet som er innbakt i både supervisjon og veiledning. Timeantallet som er satt som minimum er imidlertid for lite. Noen kommuner tilbyr mer da de mener dette er nødvendig for å gi veiledning. Det trengs større økonomiske midler til ordningen. God veiledning og supervisjon til LIS1 er det mest rekrutterende tiltaket. I løpet av tjenesten på allmennlegekontoret må LIS1 få en bred oppgaveportefølje, i mindre grad bli tildelt rutine/administrative oppgaver.
- 57. Aktiv deltakelse av kommuner ved ansettelse av LIS1. Se kapittel 6.7. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 58. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Det er likevel viktig å tenke på at det blir mange kommuner å samarbeide med for HR-avdelingene ved sykehusene. Kanskje kan helsefellesskapene komme inn som arena her, eks. 2 kommuneoverleger som representanter for kommuner i nedslagsfeltet.

Kommunene må være aktivt deltagende i ansettelsesprosessen, blant annet for å kunne velge ut kandidater som mer sannsynlig vil bli værende i kommunene.

- 59. Redusere tiden det tar å bli spesialist i allmennmedisin. Se kapittel 6.8. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 60. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Allmennmedisin er et bredt fagfelt, og leger må ha tid for å skaffe tilstrekkelig faglig tyngde og erfaring.
- 61. Gjennomføre mer av LIS1-tjenesten i kommune. Se kapittel 6.8. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 62. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Dersom man skal få den somatiske basisen, så er det viktig å gjennomføre hele året i sykehus. Vi anbefaler at alle LIS1 burde ha deler av tjenesten i sykehus innenfor psykisk helse-feltet. Da vil de være bedre rustet til å håndtere oppgavene i kommune knyttet til psykisk helse.
- 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.
 - 3
 - 63.4. Bedre supervisjon og veiledning for LIS i kommunehelsetjenesten.
 - 1
 - 63.5. Aktiv deltakelse av kommuner ved ansettelse av LIS1.
 - 2
 - 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
- 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
 - De siste årene har det vært en utvikling mot at byer og kommuner som ligger sentralt på østlandet også har fått rekrutteringsproblemer i allmennlegetjenesten. Det bør åpnes for at vi avviker noe fra de vanlige ansettelsesbetingelsene for LIS1. Stilling for LIS1 må kanskje bindes noe mer til kommunene, dvs legge mer vekt på kommunenes behov enn den enkelte LIS1. Kan 6 måneders bindingstid etter gjennomført tjeneste i kommune være en mulighet? LIS1 er en del av utdanningsløpet for leger og ikke en stilling i det ordinære arbeidslivet. Det er ikke urimelig å kunne gi noe tilbake, ordningen koster mye for samfunnet.

Det er viktig å spørre seg om hva som er hensikten med LIS1-løpet. Er det bare en del av utdanningsløpet eller er det et rekrutteringsverktøy?

For statsforvalterne har det etter omlegging til søknadsbasert ordning, blitt utfordrende at vi skal skaffe stillinger for LIS1 i kommune mens vi ikke har oversikt over tilsettingsprosessene som HR-avdelingene gjør på vegne av seg selv og kommunene. Det har også vært mye problematikk rundt avvikling av svangerskapspermisjoner og gjeninntreden i stilling i kommune etter permisjonens slutt. Vi ser at det er behov for mer støtte fra Helsedirektoratet i flere av spørsmålene siden dette også dreier seg om likestillingspolitikk og likebehandling.

Det er også en utfordring at stillingene i kommune er underfinansiert, at kommunene må inngå 3-årige

avtaler med fastlegepraksiser og at de midlertidige stillingene som ble opprettet i forbindelse med covid høsten 2020 er mye bedre finansiert fra staten enn de ordinære LIS1-stillingene.

- 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
 - Antall legestillinger har økt betydelig mer i spesialisthelsetjenesten (23 %) i forhold til kommunehelsetjenesten (15 %) i perioden 2013 – 2018. Dette er en skjevutvikling som er uheldig for befolkningen, da svekking av allmennlegetjenesten vil gi et dårligere helsetilbud til befolkningen. Retningen på utviklingen er i konflikt med intensjonen bak samhandlingsreformen. Rekrutteringen av allmennleger blir stadig vanskeligere, og nå erfarer selv bykommuner på sentrale Østlandet å ikke få søkere til fastlegehemler. Gode LIS1 utdanningsløp i kommunene kan være en faktor som kan virke rekrutterende til fastlegestillinger, men jo lenger tid det går før allmennlegetjenesten i kommunene styrkes, jo mindre sannsynlig blir det at LIS1 ønsker å arbeide som fastlege som ferdigutdannede. En svekket allmennlegetjeneste vil gå ut over kvaliteten på LIS1 utdanningen.

Noen LIS-1 ventere arbeider som fastlegevikarer i enkelte kommuner, men det er ingen kvalitetsmessig god ordning da de har liten erfaring og klinisk kompetanse. Det er vesentlig at det i stedet opprettes flere LIS1 stillinger slik at kandidatene får høynet sin kompetanse og ferdigstilt sin utdanning for så å komme i arbeid. Kommunene ønsker å bidra til å utdanne LIS1, men de stiller krav om bedre kostnadsdekning av utgiftene fra staten.