

## 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)
  - Akershus universitetssykehus
- 3. Navn på den som har fylt ut skjemaet på vegne av virksomheten/foreningen (gjenta ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
  - Grethe Kolloen LIS-koordinator
- 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
  - Kan være aktuelt for å få så hele forløp som mulig. Ledig LIS1-løp kan oppstå ved plutselig sykdom, eller sykdom ifbm svangerskapspermisjon. Det kan også være aktuelt der LIS1 må ha så mye tilrettelegging uten vakt at det er behov for en person som "går på toppen" for å ta vakter mm.
- 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
  - Dersom en LIS1-lege allerede har fått godkjent sine Læringsmål med tilhørende læringsaktiviteter, vil ikke Ahus gi vedkommende en ny og fullverdig LIS1-tjeneste på 18 måneder, men kun tilby det den enkelte mangler for å oppnå godkjenning av sine læringsmål og tjenestetid. unntaket fra dette vil kunne omfatte LIS1 som har fått underkjent hele eller deler av sin LIS1-tjeneste. Å gjennomføre en dobbelt LIS1-tjeneste vil kanskje styrke den enkelte lege, men så lenge det er kø for å få denne tjenesten så oppleves ikke dette rettferdig.
- 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
  - I hovedsak bør det tilstrebes at LIS1 får tilbud om distriktplass i opptaksområdet/sykehusområdet som LIS1 har sin tjeneste. Dette vil gi ett best mulig grunnlag for å se helheten i tjenesten og gi verdifull kunnskap og erfaring av samspillet mellom sykehus og kommune. Unntaksvis kan distriktstjenesten utøves i området til Statsforvalteren i, for Ahus Statsforvalteren i Oslo og Viken, Innlandet eller Finnmark, og sekundært i annet området. Det bør hensynstas LIS1-leges ønske om evt å gjennomføre sin distriktstjeneste på et annet sted med en begrunnet søknad dersom det er ledig plass i en annen kommune i landet. Jeg har flere eksempler på at LIS1 lege har ønsket å gjennomføre distrikt i sin opprinnelige hjemstedskommunene for å bosette seg der, men det har da ikke vært ledig plasser og mulighet for å bytte plass er p.t ikke innenfor dagens regelverk.
- 11. Innføre karantenetid ved ansettelse i kommune. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
  - Ja
- 12. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Karantenetid bør innføres for å unngå at små distriktskommuner blir stående uten LIS1-lege. LIS1 som har underskrevet en kontrakt på 18 måneder, hvorav 12 måneder i sykehus og 6 måneder i sykehus må kunne ha en oppsigelsestid på 3 måneder dersom vedkommende ikke har til hensikt å starte sin kommunehelsetjeneste i det området som tilhører det sykehuset som LIS1 har sin sykehustjeneste. Det er allerede innført en merking av kandidat som allerede har fått tilbud om en hel LIS1-plass i

sykehus, dette bør også gjøres i distrikt. Merkingen bør i beholdes på kandidaten til han/hun har startet i distrikt.

- 13. Innføre bundet plass i koblet stilling. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 14. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Det skjer så mye i livet til den enkelte LIS1-lege, (sykdom, svangerskap, ikke bestått) som medfører at dette kan bli utfordrende, både å administrere og etterleve. Det er nok søkere å velge mellom.
- 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
  - Helseforetakene har en forpliktelse til å gi tilbud om så mange hele/fullverdige LIS1-stillinger på 18 måneder som er godkjent av helsemyndighetene. Helseforetakene er også forpliktet til å gi LIS1 som kommer tilbake fra sykdom/svangerskapspermisjon o.l. og som har en rett til å fullføre resten av sin opprinnelige tjeneste. Restplasser oppstår som en konsekvens av dette lyses ut i de ordinære rundene så langt dette er mulig/kjent for administrasjonen, eller på restplasstorget for den tjenesten som blir ledig.
- 17. Reservere reststillinger til leger som gjennomføre del 1 i reststillinger. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
  - Ja
- 18. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Helseforetaket har en plikt til å planlegge på en slik måte at LIS1, som er i en lovlig permisjon, kan få komme inn igjen på det stedet vedkommende gikk ut av sin stilling (midlertidig) for så å komme tilbake og fullføre resten av sitt tjenesteløp. Det er en fordel å kunne planlegge tilbakekomst fra svangerskapspermisjoner/sykdom så tidlig som mulig der en tar utgangspunkt i når, dvs på hvilket tidspunkt LIS1 skal starte sin distriktstjeneste, og så regne seg bakover til oppstartstidspunkt.
- 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.
    - 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.
    - 2
- 20. Her kan du/dere legge inn en begrunnelse for prioriteringen
  - Utnytte og bruke ressursene på en slik måte at flest mulig LIS1 kan få gjennomført sin tjeneste på normert tid, eller så raskt som mulig uten at dette går ut over kvaliteten og veiledning av LIS1. Dette krever mye administrering og koordinering av både sykehus og kommune i et samhandlingsperspektiv.
- 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
  - Dette kan fort bli uoversiktlig for alle parter. Dette vil også medføre at en rekke kandidater har forskjellige oppstartsdatoer og det vil være en stor jobb å sørge for at Læringsmålene blir oppnådd, spesielt Felleskompetansemålene. Dette vil også medføre ulike oppstart i distrikt, hvor det også skal gjennomføres kurs og gruppebasert veiledning. Frarådes å innføre en slik mulighet.
- 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 vil lette arbeidet. Helseforetaket må sørge for at dette står i utlysningsteksten som "dersom det skulle oppstå ledighet i en LIS1-rotasjon, oppgi om dette er av interesse i din søknad". Det vil alltid bli kortere eller lengre vikariater (restplasser) ved hver tilsettingsrunde og det vil være "gull" å kunne benytte samme søkerliste til å velge ut kandidater som vil få tilbud om hele/deler av en sykehustjeneste. Det skjer så mye fra vi lyser ut til tilbud skal sendes ut at det er veldig hensiktsmessig å

slå dette sammen til en og samme runde med tilsetting. På denne måten vil alle stillingene bli utnyttet på en god og hensiktsmessig måte.

- 25. Invitere tjenestene med på erfaringsseminarer. Se kapittel 4.3. Støtter du/dere tiltaket?
  - Ja
- 26. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Det er alltid nyttig å møte representanter fra de andre helseforetakene og helsemyndighetene for å utveksle erfaringer og få nye impulser. Det å kunne ha en så lik tilnærming til de samme utfordringene hadde vært bra både for oss som skal administrere ordningen, men også for LIS1 som fikk samme svaret på sine spørsmål uavhengig hvor og til hvem spørsmålene ble stilt.
- 27. Gjeninnføre puljevis ansettelse. Se kapittel 4.4 Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 28. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Det anbefales ikke puljevis ansettelser så lenge det er nok søkere til alle plassene. Vi har erfart at flere vil til de grågrindte stedene i Finnmark enn det er plasser i distrikt.
- 29. Innføre regionaliserte eller samordnede ansettelser. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
  - Ja
- 30. Dine/deres tilbakemeldinger
  - En grovsortering av søknadene kan gjøres regionalt, eller aller helst i et geografisk området som det er naturlig å samarbeide med. Ahus og OUS, Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus er enige om hovedprinsippene i både screening og kriteriene som benyttes ved ansettelse. Vi avholder separate intervjuer, men samarbeider om tilbudsrundene. Dette har fungert utmerket over flere år.
- 31. Innføre en begrensning i antall søknader per lege. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 32. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Dette hadde lettet trykket på det enkelte sykehus, men strider mot hensikten i ny ordning, der alle må kunne søke på alle stillingene som lyses ut. Kunne evt ha utredet om det kunne være mulig å søke seg til de regionale RHFene og så prioritere det enkelte sykehus innen RHFet, men dette er ikke omfattet av høringen.
- 33. Ha løpende ansettelser i LIS1-stillinger. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 34. Dine/deres tilbakemeldinger
  - NEI. Dette vil bli svært krevende både for helseforetakene og kommunehelsetjenesten. Uoversiktlig og mye arbeid knyttet til læringsmålplaner og gjennomføring. FKM vil bli mest skadelidende, da disse målene ofte samles til introkursene to ganger i året med kurs, foredrag, case og simulering. Dette gjelder både sykehus og kommune. Det vil her også bli lett å ansette "venner og bekjente" Frarådes på det sterkeste.
- 35. Inkludere LIS1 i spesialistløpet uten egen, separat ansettelsesprosess. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 36. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Nei, dette bryte med arbeidslivets spilleregler og kvalifikasjonsprinsippet. En slik ordning ville bli "fritt frem" for alle som hadde kontakter og frarådes på det sterkeste. LIS1 er praktisk/klinisk tjeneste FØR de skal velge spesialisering. En slik ordning vil kunne favorisere sykehusspesialitetene. Frarådes.
- 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
  - Det er kun to tiltak som er aktuelle. De andre vil medføre mye merarbeid og er uoversiktlige . Sykehus og kommuner lyser ut separate LIS1-stillinger i dag, dvs det lyses jo ut restplasser, dette bør

fortsette som før, i tillegg til at det kan benyttes en setning som kan ivareta dette i de to ordinære utlysningene.

- 39. Vurdere egne ordninger for leger med lang klinisk erfaring. Se kapittel 5.1. Støtter du/dere tiltaket?
  - Ja
- 40. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Med bakgrunn i kandidater som har søkt LIS1-plass på Ahus anslås det at det er ca 150-200 søkere som ikke er reelle LIS1-søkere. Felles for disse er at de har en utdanning i eller utenfor et EU/EØS-land, som er gjennomført for en del år siden. De medbringer seg en kompetanse, men som forvitrer hvis vedkommende ikke har brukt denne kompetansen de siste 3-5 årene. Vi støtter forslaget om å nedsette en ekspertgruppe som går igjennom alle disse søknadene på nytt og foretar intervju på ordinær måte og på denne måten kan utarbeide forslag/retningslinjer til hvordan disse skal ivaretas. Det kan nevnes at vi har hatt søkere fra 48 land, men med utdanning fra flere universitet i samme land. En erfaren representant fra Ahus og OUS kan kjøpes fri for å bistå dere i dette arbeidet.
- 41. Redusere varigheten av del 1. Se kapittel 5.2. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 42. Dine/deres tilbakemeldinger
  - LIS1 på 18 måneder er å betrakte som en modningstid for den enkelte LIS1 og gir ett godt faglig grunnlag for videre spesialisering. En reduksjon i tid vil kunne medføre at de svakeste ikke får nok veiledning og supervisjon som igjen kan bli utfordringer ved senere spesialisering. En god mester/svenn læring tar tid, og det er flere LIS1 som har begrenset (liten/ingen) klinisk erfaring når de starter sin LIS1-tjeneste. Det er viktig med en god faglig plattform som kan gi dem den styrken både faglig og administrativt til å bli gode leger.
- 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
  - Anbefales IKKE. Tjenesten må gjennomføres med sykehus, så distrikt. Dersom dette kravet fravikes blir det mye utfordringer knyttet til ansettelse, kriterier og utvelgelse. Vi må kunne gi unge leger en trygg og god faglig plattform i et sykehus hvor det er mange leger og annet helsepersonell til å veilede og gi tilbakemeldinger. I distrikt er hver enkelt lege mye alene med tildels vanskelige og utfordrende problemstillinger. Det er derfor disse skal ha en god klinisk praksis ved et sykehus før de går til et annet forvaltningsnivå.
- 45. Endre krav for å gå videre i spesialiseringen. Se kapittel 5.2. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 46. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Alle spesialitetene har bestemte krav som skal gjennomføres. Enkelte kan ha behov for en noe forlenget tjeneste, dersom noe av tjenesten blir underkjent. Det må kunne være mulig å "veilede" enkelte LIS ute av tjenesten.  
Egnethet og skikkethet er ikke omtalt, men lagt delvis inn i Læringsmålene. Dette er og kan bli en utfordring på sikt.  
Det er ikke en menneskerett å bli legespesialist, og vi må kunne ha noen enkle verktøy for å stoppe enkelte, men heldigvis svært få leger.  
Hvor lenge må arbeidsgiver tilrettelegge og supervisere for at vedkommende skal oppnå tilstrekkelig kompetanse?
- 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) Egne ordninger for dem som allerede har god og lang nok tjeneste fra et annet land.
  - 2) Vurdere å redusere LIS1-tiden for dem som har gjennomført minst 12 måneders turnustjeneste i sitt utdanningsland

3) Vurdere 6 måneders kommunehelsetjeneste for disse, alternativt 3 md psykiatri og 3 md distrikt  
Nei til de andre tiltakene, men savner egnet og skikkethet for hele gruppen.

- 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
  - Støtter PILOT prosjekt i 2022.
- 51. Knytte en andel LIS1-stillinger opp mot introduksjonsavtaler. Se kapittel 6.3 og 6.4. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 52. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Det er et misforhold mellom hva den enkelte LIS1 søker ønsker og mener og hva som er mulig å få til. De sier ja at de vil bli fastleger, men når de får tilbudet så trekker de seg. De færreste har ikke kommet så langt i sin "modningstid" at de vet hva de vil bli. Det er nettopp det LIS1-tiden på 18 måneder er til for. LIS-koordinator på Åhus følger disse legene i over 2 år. Det er ikke samsvar med det de skriver i sin søknad, opplyser om på intervjuet og hvor de starter etter endt LIS1-tjeneste. For noen blir det litt tilfeldig, for andre som bruker tiden aktivt, vil de helst tilbake der de ble godt ivare tatt og mottatt. For resten som er veldig beviste legger de igjen et godt navn og rykte og gjør alt for å komme tilbake til den aktuelle spesialiteten. Dette gjelder også for allmennmedisin. Her har kommunene en stor jobb å gjøre både med mottak og tilrettelegging med bolig, barnehageplass mm. Her har jeg mange gode og mindre gode eksempler, som kan deles på forespørsel.
- 53. Inkludere del 1 av spesialistutdanningen i mandatet til ALIS-kontorene. Se kapittel 6.5. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 54. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Dette blir for fragmentert og lang avstand. Vi trenger ikke et nytt ledd som skal mene noe om LIS1-utdanningen og kriterier for utvelgelse, tilsetting mm. Vi stiller oss også litt undrende til forholdet mellom ALIS-kontorene og de aktuelle kommuneoverlegene.  
Å få til et godt samarbeid med kommunehelsetjenesten lokalt i opptaksområdet, spesielt kommuneoverlegene er godt nok her.
- 55. Bedre supervisjon og veiledning for LIS i kommunehelsetjenesten. Se kapittel 6.6. Støtter du/dere tiltaket?
  - Ja
- 56. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Dette kan med fordel styrkes i mange kommuner. Dett er veldig personavhengig, og hvilken kompetanse vedkommende innehar. Det kan også være uheldig at veileder for LIS1 også innehar en rolle som kommuneoverlege i noen settinger. Ikke alle legekantorene er egnet/skikket til å ha LIS1-lege. På sikt bør alle legekantor få en godkjenning av helsemyndighetene for å ha LIS1. Solopraksiser bør i hovedsak ikke ha LIS1-lege pga sårbarhet. Hvis dette skal gjennomføres må det utarbeides en plan B som inneholder supervisjon og veiledning når innehaveren av solopraksisen ikke er tilstede. Mange legekantorer har god faglig veiledning og oppfølging av LIS1-lege.
- 57. Aktiv deltakelse av kommuner ved ansettelse av LIS1. Se kapittel 6.7. Støtter du/dere tiltaket?
  - Ja
- 58. Dine/deres tilbakemeldinger
  - På Åhus MÅ kommunehelsetjenesten delta aktiv i arbeidet med å lese de utvalgte søknadene for LIS1 og lage en innstilling på hvem de ønsker til intervju. Det SKAL alltid delta en kommuneoverlege ved alle intervjuene. Da vi har kommuneplasser både i tidligere Akershus, Kongsvingerområdet og i Finnmark, er kommunehelsetjenesten representert med hver sin kommuneoverlege når LIS1 intervjujes. Kommuneoverlegen i Finnmark har dobbeltstemme både ved lesing av søknader og etter intervju da det er særdeles viktig at det er de riktige kandidatene som blir valgt ut med distrikt i Finnmark.
- 59. Redusere tiden det tar å bli spesialist i allmennmedisin. Se kapittel 6.8. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 60. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Tiden det tar å bli spesialist er en modningstid og det kan være krevende å oppfylle alle læringsmålene med tilhørende læringsaktiviteter, spesielt deltakelse på kurs som arrangeres med noe mellomrom.

Dersom det helsemyndighetene velger å redusere tiden det tar å bli spesialist i en spesialitet vil det også bli ett påtrykk fra andre og mindre spesialiteter.

- 61. Gjennomføre mer av LIS1-tjenesten i kommune. Se kapittel 6.8. Støtter du/dere tiltaket?
  - Nei
- 62. Dine/deres tilbakemeldinger
  - Anbefales ikke. Kommunehelsetjenesten ønsker at deres fastleger/kommuneleger skal ha grunnleggende og god klinisk erfaring fra sykehustjenesten. Dette for å erfare og forstå rollene og funksjonene til hverandre. Dette skaper Faglighet. Trygghet.Trivsel. Tilbud og forutsigbarhet. Hver enkelt LIS1-lege bør ha minst 12 måneders tjeneste i sykehus før tjenesten i kommunen gjennomføres.
- 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.
  - 63.4. Bedre supervisjon og veiledning for LIS i kommunehelsetjenesten.
    - 2
  - 63.5. Aktiv deltakelse av kommuner ved ansettelse av LIS1.
    - 1
  - 63.6. Redusere tiden det tar å bli spesialist i allmenntjenestemedisin.
  - 63.7. Gjennomføre mer av LIS1-tjenesten i kommune.
- 64. Her kan du/dere legge inn en begrunnelse for prioriteringen
  - Alle kommuner v/kommuneoverlege må være aktive deltakere i utvelgelse og intervju av LIS1-legger. Dette bør være en forutsetning for en ansettelse i distrikt. Kommunene har ved sin deltakelse påvirkning på hvem som rekrutteres inn til LIS1-stillingene. Tilbud om veilederutdanning for legekantor som har LIS1. Mange av fastlegene er allerede veileder via sin spesialisering, men de som ikke innehar en slik utdanning bør få tilbud om kurs i regi av Statsforvalteren, som også tidligere arrangerte slike kurs. Det kan diskuteres om dette skal forsette som tidligere, eller i samarbeid med RegUtene/ALIS-kontorene.
- 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 savner en grundig gjennomgang av fordeling av LIS1-stillinger. Spesielt ved tildeling av nye LIS1-stillinger burde helsemyndighetene ha satt noen kriterier for denne fordelingen. Er målet å sikre en god geografisk fordeling eller er målet å sikre god faglig kvalitet på utdanningen av LIS1-legger. Jeg tar utgangspunkt i det siste i og med at dette er en kvalitetsreform. En fordeling bør baseres på følgende data for å sikre god kvalitet på utdanningen savnes:
    - 1) Befolkningsgrunnlaget i opptaksområdet til sykehuset
    - 2) Produksjonsdata for klinikkene som har LIS1
    - 3) Tilbakemelding på evaluering av tjenestested (flere evalueringer er tilgjengelige)
    - 4) Antall godkjente veiledere for LIS1
    - 5) Antall leger (overleger/LIS2 og LIS3)
    - 6) Antall tilgjengelige plasser i kommunehelsetjenesten
- Modellen med en LIS1-tjeneste på et stort sykehus for å gjøre LIS1-legene trygge ved at de får en stor mengdetrening under veiledning og supervisjon for så å ha distriktstjeneste i en liten kommune i Finnmark har fungert meget bra, og bør utvides til andre.

Det haster med å gjennomføre tiltak med å lage egne utdanningsløp/kvalifiseringsløp for søkere med utenlands utdanning og spesialitet.
- 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
  - Vi var ikke forberedt på den enorme arbeidsmengden som ble initiert ved overgang fra trekningsbasert til søknadsbasert tjeneste. Søknadsrunder som kommer midt i introkurs og avsluttende tjeneste for LIS1 som skal ut i distrikt. Det blir ekstra stor belastning konsentrert rundt feb/mars og august/september, men har stor forståelse for at dette er den eneste måten å gjennomføre dette på.

På grunn av mangel på LIS1-stillinger ansettes det stadig flere LUT (leger uten turnus) i sykehus generelt og spesielt i kommunehelsetjenesten (sykehjem, KAD, legevaktoperatører, covidleger). Disse ansettes ofte som postleger, journalleger, innkostleger, covidleger mm. Sykehus og kommuner trenger arbeidskraft, og for dem som får slike stillinger er det en god faglig erfaring før tiltredelse i en LIS1-stilling, men det er varierende veiledning og supervisjon for den enkelte.

- 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
  - Køen av LIS1-ventere er økende. Ved loddrekning stilte alle likt og noen vant i "lotto". Ved å legge kvalifikasjonsbegrepet til grunn ble det vanskeligere for dem som ikke har noe klinisk erfaring fra helsetjenesten å få tilbud om en LIS1-stilling. Dette kan være en fordel for dem som klarer å skaffe seg slik tjeneste, kurs, forskning, publikasjoner mm, men ikke så bra for dem som av en eller annen grunn ikke klarer å skaffe seg erfaring før eller under studiet. Enkelte prioriterer ferie fremfor sommerjobb. Disse bruker lengre tid på å få en jobb og jo lengre det går fra avsluttende studie til en betalt jobb i helsevesenet desto vanskeligere blir det å få en LIS1-stilling. Det har helt klart blitt en stor forverring for søkere med utdanning fra andre land. Her vil også alder kunne være et hinder. Er det riktig å tilby en som er over 60 år en LIS1-stilling?, eller en som innehar en spesialitet hvor vedkommende har praktisert i 15-24 år i sitt hjemland? Vanskelig både for den enkelte person og for oss som skal prøve å gi gode råd og veiledning til den enkelte søker.
- 71. Generelle tilbakemeldinger
  - Det må være en skrivefeil på side 28 under Konsekvenser for Fylkesmannen - skal være trekningsbasert og ikke søknadsbasert i første linje.

Det er en økning i antall svangerskapspermisjoner med tilhørende vikariater og gjennomføring av resttjeneste. Dette må vi som arbeidsgivere bare tilpasse så godt som mulig når andelen kvinner er økende ved alle universitet. Vi har også erfart en økning i pappapermisjoner som er ekstra krevende å få avvirket, både i sykehus og distrikt.

Savner ett avsnitt om evalueringene som gjennomført av RegUtene, Legeforeningen v/NMF og evaluering utført av enkelte sykehus. Disse vil kunne gi et innblikk i hva den enkelte LIS1-lege opplevde i forbindelse med søknadsrunden(e), intervju og ansettelser, introkurs med mer. Vi ville også få kunnskap og kjennskap om hvordan de opplevde tjenestetiden på sykehus i en to-delt versus tre-delt tjeneste, med veiledning og supervisjon, og ikke minst gjennomføring av Læringsmålene og hvilken mengdetrening de har fått. En systematisk evaluering av tjenesten i distrikt ville gi oss verdifull informasjon om tjenesten og hvilke tiltak som bør iverksettes for å gjøre tjenestene enda bedre både på sykehus og i distrikt.

I dag er det ulikheter i søknad- og ansettelsene, og merking av kandidater, dette kan bli bedre.

Det tar lang tid fra forslag stilles til endringer gjennomføres. Mer involvering av tjenestene savnes, inkludert fra LIS1.

Det er store variasjoner i antall sykehusplasser kontra plasser i kommunehelsetjenesten. Dette må harmoniseres på en bedre måte. Et tiltak kunne være å gjennomføre 3 måneder psykiatri (DPS, alderspsykiatri, akuttpsyki, Rus-og illegale rusmidler), og 3 måneder i en kommune. En fastleges hverdag består av mye psykiatri, og på denne måten kunne både den enkelte leges kompetanse styrkes og være nyttig for kommunen (og psykiatrien).

Et eget utvalg/gruppe som kunne ta for seg søkere med utdanning fra utlandet ved å gå gjennom søknad, CV og vedlegg på nytt og gjennomføre intervju av den enkelte for å få mer kunnskap for å gi anbefalinger til helsemyndighetene.

Vi støtter forslaget om at unge leger som skal fristes til å bli fastleger må kunne tilbys fast lønn under spesialisering i allmennmedisin.

LIS1-koordinator kan kontaktes på e-post eller telefon 900 28 070 dersom noe er uklart. Vi takker for muligheten til å gi tilbakemelding på en godt skrevet rapport.