

Svar:

- 1. Høringsinnspillet kommer fra:
 - ALIS-kontor Nord
- 2. Navn på avsender av høringsinnspillet (navn på virksomhet/forening eller ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
 - ALIS-kontor Nord
- 3. Navn på den som har fylt ut skjemaet på vegne av virksomheten/foreningen (gjenta ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
 - Svein Ragnar Steinert
- 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
 - a. Helseforetak og private sykehus kan opprette slike stillinger etter behov, men må dekke det selv utover det som er forhåndsgodkjent. Dette tiltaket vil øke kapasiteten for å ta imot LIS1 i sykehus, men det må ses i sammenheng med kapasiteten for LIS1-utdanning i kommunene. Det vil være svært uheldig dersom kommunene blir den store flaskehalsen i spesialistutdanninger av leger
- 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
 - a. Dette er et viktig punkt for å utnytte LIS1-kapasiteten bedre.
- 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
 - a. Dette er et tiltak som vil kunne øke kapasitet og gjennomstrømning i LIS1-ordningen, men det er viktig at dette tiltaket ikke fører til en økende sentralisering av LIS1-stillinger i kommunene.
 - b. Som hovedregel bør det være balanse mellom LIS1-stillinger i sykehus og kommuner innenfor hvert av helseforetaksområdene. Gjennomføring av hele LIS1-utdanningen innenfor samme helseforetaksområde vil øke utdanningslegens muligheten for å tilegne seg god samhandlingskompetanse. Det er en stor fordel for LIS1 å kjenne godt til «sitt lokalsykehus» når hun arbeider i kommunehelsetjenesten.
 - c. ALIS-kontorene er også bekymret for det praktiske rundt dette tiltaket for den enkelte lege som f.eks. kan ha små barn, eller av andre årsaker vil oppleve at flytting til et annet fylke for en periode

kan være vanskelig. Vi mener det bør tilstrebes at LIS1 får fullføre sin tjeneste på samme sted i tråd med det som er vanlig i arbeidslivet når man kommer tilbake fra permisjon eller sykefravær.

- 11. Innføre karantenetid ved ansettelse i kommune. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 12. Dine/deres tilbakemeldinger
- 13. Innføre bundet plass i koblet stilling. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 14. Dine/deres tilbakemeldinger
- 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
- 17. Reservere reststillinger til leger som gjennomføre del 1 i reststillinger. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 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.
 - 3
 - 19.4. Innføre karantenetid ved ansettelse i kommune.
 - 19.5. Innføre bundet plass i koblet stilling.
 - 2
 - 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?
 - Ja
- 22. Dine/deres tilbakemeldinger
 - a. ALIS-kontorene forutsetter at man beholder dagens ordning med at LIS1 først er 12 måneder i sykehus før 6 måneder i kommunene. LIS1 i kommunehelsetjenesten trenger erfaring fra sykehus som ledd i overgangen fra en studentrolle til en selvstendig legerolle. Legearbeidet i kommunene er mer autonomt og selvstendig enn på sykehus, ikke minst gjelder dette arbeid på legevakt.
 - b. ALIS-kontorene mener at separat utlysning av LIS1-stillinger i kommunene kan være et godt tiltak for å rekruttere motiverte leger til å arbeide i kommune de selv ønsker, særlig dersom stillingen kobles til en senere ALIS-avtale/stilling.
- 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
 - a. Dette vil bidra til å redusere det store administrative arbeidet som dagens søknadsbaserte ordning har medført.
- 25. Invitere tjenestene med på erfaringsseminarer. Se kapittel 4.3. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 26. Dine/deres tilbakemeldinger
 - a. ALIS-kontorene støtter forslaget og mener det er et stort potensial for å bedre ansettelsesprosessene og samarbeidet mellom kommuner og helseforetak. Kommuner og helseforetak i

samme «nedslagsfelt» bør ha jevnlig samarbeid om hvordan ansettelsesprosesser skal gjennomføres. Dette kan i stor grad gjøres digitalt.

- 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?
 - Ja
- 30. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Dagens ordning fører til mye dobbeltarbeid fordi mange søkere søker svært mange stillinger.
- 31. Innføre en begrensning i antall søknader per lege. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 32. Dine/deres tilbakemeldinger
- 33. Ha løpende ansettelser i LIS1-stillinger. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 34. Dine/deres tilbakemeldinger
- 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.
 - 2
 - 37.3. Invitere tjenestene med på erfaringsseminarer.
 - 1
 - 37.4. Gjeninnføre puljevis ansettelse.
 - 37.5. Innføre regionaliserte eller samordnede ansettelser.
 - 37.6. Innføre en begrensning i antall søknader per lege.
 - 3
 - 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
 - a. Etter vår vurdering er mangel på LIS1-stillinger og begrensede veiledningsressurser, både i sykehus og kommuner, en av hovedutfordringene i dagens spesialistutdanning. Leger fra utlandet som kan dokumentere at de allerede har kompetanse som skal oppnås i LIS1-utdanningen bør holdes utenfor denne ordningen. Manglende kunnskap om norsk helsevesen, og manglende samhandlingskompetanse mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten bør tilføres disse legene gjennom egne og mindre ressurskrevende ordninger (kurs).
 - b. Gjennomgått turnustjeneste i Danmark og Sverige bør i så stor grad som mulig sidestilles med LIS1-utdanning i Norge slik at disse legene fritas for 18 måneders LIS1-utdanning før de kan inngå ALIS-avtaler eller starte i LIS-stillinger i sykehus.

- c. 6 måneders praksis i allmennmedisin bør være obligatorisk for alle leger i norsk spesialistutdanning.
- 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
 - a. ALIS-kontorene støtter dette tiltaket og mener det bør utprøves så raskt som mulig i et pilotprosjekt. Det er imidlertid viktig å forhindre at disse avtalene ikke blir en snarvei til LIS1-stillinger for leger som ikke har en reell motivasjon for å bli allmennleger. En grundig rekrutteringsprosess og løpende evaluering av pilotprosjektet er derfor nødvendig.
 - b. I løpet av de siste årene har et økende antall LIS1 valgt å dagpendle eller ukependle til sine utdanningskommuner. Dersom disse legene ikke bare får tilbud om en 6 måneders LIS1-stilling, men en ALIS-stilling i hele utdanningsløpet, er det større sannsynlighet for at de flytter til kommunen, og kanskje blir der i mange år.
- 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
 - a. Vi støtter at de regionale ALIS-kontorene styrkes, og etterhvert får utvidet sitt mandat, men vi mener det er for tidlig å overføre et stort ansvar for LIS1-ordningen til ALIS-kontorene. ALIS-kontorene er fortsatt under etablering og vil trenge mer tid til å rekruttere nødvendig kompetanse for å utføre de oppgavene som allerede ligger i dagens mandat. For tidlig overføring av ansvar for LIS1-ordningen til ALIS-kontorene vil kunne svekke muligheten til å gi kommuner og sykehus nødvendig veiledning og råd i forhold til ALIS-avtaler og videreutvikling av spesialistutdanning i allmennmedisin.
 - b. ALIS-kontorene bør imidlertid etablere et godt samarbeid med Statsforvalterne for å styrke veiledning og supervisjon av LIS1 i kommunene. Dette tiltaket, sammen med kobling av LIS1- og ALIS-stillinger, vil kunne styrke rekrutteringen av leger til kommunene.
 - c. ALIS-kontorene bør innenfor sitt nåværende mandat også gi råd til kommunene om rekruttering av LIS1, men kontorene bør ikke være aktive deltakere i selve ansettelsesprosessen. Det er et arbeidsgiveransvar.
 - d. Ved opprettelse av nye LIS1-stillinger i kommunene, eller tvil om kvalitet eksisterende stillinger, bør Statsforvalteren rådføre seg med sitt regionale ALIS-kontor før det treffes en beslutning.

- e. Statsforvalterne bør fortsatt ha ansvar for akuttkursene, kurs i offentlig helsearbeid og den gruppebaserte veiledningen av LIS1.
- 55. Bedre supervisjon og veiledning for LIS i kommunehelsetjenesten. Se kapittel 6.6. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 56. Dine/deres tilbakemeldinger
 - God veiledning og supervisjon er avgjørende for at LIS1 skal mestre legerollen i kommunene. Manglende mestring og trygghet svekker mulighet for rekruttering til allmennmedisin
- 57. Aktiv deltakelse av kommuner ved ansettelse av LIS1. Se kapittel 6.7. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 58. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Kommuner må samarbeide om deltakelse i ansettelseskomiteene.
- 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-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
 - Det er behov for løpende evaluering av LIS1-ordningen fordi den spiller en nøkkelrolle i legers videre yrkeskarriere. I framtiden bør LIS1-legenes erfaringer og synspunkter vektlegges i større grad i evalueringen.
Det er beklagelig at den søknadsbaserte ordningen har ført til økt sentralisering av LIS1-utdanningen i kommunene, og at flere leger ikke kommer i gang med spesialisering fordi de ikke får tilbud om LIS1. Det siste skyldes i stor grad at antall LIS1-stillinger har vært for lavt, både i forhold til antall søkere, og i forhold til behovet for leger i kommuner og sykehus. LIS1 er derfor blitt en flaskehals i spesialistutdanningen av leger som så raskt som mulig må fjernes. Dette er i noen grad i ferd med å skje gjennom opprettelse av flere LIS1-stillinger i 2020 og 2021. Årsaken til sentralisering av LIS1-stillingene er sammensatt, og må ses i sammenheng med andre sentraliserende trender i samfunnet. For å motvirke sentralisering er det behov virkemidler som trekker i motsatt retning.
Ved overgang til søknadsbasert ordning var det forutsatt at kommunene skulle spille en avgjørende rolle ved ansettelse av LIS1. Dette har i liten grad skjedd, og sykehusene har i stor grad vært ansvarlig for LIS1-ansettelsene i sine områder. ALIS-kontorene mener kommunene må være mer aktive i rekruttering

av leger, ikke bare til LIS1-stillingene, men de bør også selge seg inn som gode utdanningsvirksomheter allerede når legene er i sin grunnutdanning.

Den nye spesialistforskriften har fra 1. mars 2019 pålagt kommunene et stort og nytt ansvar for utdanning LIS1 og ALIS som mange kommuner foreløpig ikke har tatt helt inn over seg. Det grunn til å håpe at kommunene utvikler seg til stadig bedre utdanningsvirksomheter for leger, og at kommunene i større grad samarbeider om rekruttering og utdanning innenfor en naturlig samarbeidsområde, for eksempel legevaktområde, lokalsykehusområde eller helseforetaksområde. ALIS-kontorene ønsker å bistå kommunene i dette viktige arbeidet.

ALIS-kontorene er bekymret for rekrutteringssvikten til allmennmedisin, og er enig i at det må tilrettelegges bedre for ALIS-avtaler og introduksjonsstillinger. Vi har tro på at kobling mellom LIS1- og ALIS-stillinger vil øke rekrutteringen av leger til kommunene. Vi mener også de foreståtte introduksjonsavtalene/stillingene vil være et viktig tiltak for å gi leger som ønsker å arbeide i fulltidsstillinger på sykehjem og i helsehus en god mulighet til å bli spesialist i allmennmedisin.

ALIS-kontorene vil på generelt grunnlag støtte tiltak som kan føre til bedre utnyttelse av LIS1-stillingene og bedre gjennomstrømming i LIS1-ordningen. Videre er det viktig med en løpende evaluering av LIS1-ordningen for å kunne korrigere utilsiktede negative resultater, som for eksempel svekket rekruttering til distriktskommuner.