

Svar:

- 1. Høringsinnspillet kommer fra:
 - Regionalt utdanningssenter
- 2. Navn på avsender av høringsinnspillet (navn på virksomhet/forening eller ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
 - Regionalt Utdanningssenter for leger i Spesialisering, Helse Vest
- 3. Navn på den som har fylt ut skjemaet på vegne av virksomheten/foreningen (gjenta ditt eget navn hvis du svarer som privatperson)
 - Rolf E F Christiansen
- 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
 - Vil være en god løsning for midlertidig ansatte ferdigutdannede leger som opererer som «post-leger / LIS1-ventere». I forslaget legger man føring for at økningen belastes arbeidsgiver. Dette vil medføre at ansvar for antall stillinger og økonomisk belastning gradvis forskyves fra stat til helseforetak som kan bli krevende for foretakene.
Alle stillinger for legar, i alle fall på sjukehus, bør i prinsipp vera ledd i ei spesialistutdanning. Innholdet i tjenesten vil være bestemmande for kor mange læringsmål i LIS 1 som kan bli oppfylt, og hvor mange LIS 1 som kan ansettest.
- 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
 - Støttes delvis. Vanskelig å administrere, få oversikt og overlapp i stillinger samt gi opplæring. Må foreligge god dokumentasjon for oppnådd læring / kompetanse. Om man går for dette valget bør dette være ukoblede stillinger.
Noen helseforetak melder at de ønsker felles oppstart for alle som skal ha LIS1 tjeneste, kun unntaksvis kan en ansette leger som mangler deler av tjenesten.
- 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
 - Ylf regionalt melder at de ikke støtter forslaget. At lovfestet permisjon skal føre til at man mister en stilling i kommunen man er ansatt, er problematisk. Hvis man vil rekruttere til distrikt, kan ikke arbeidsvilkårene være dårligere enn i spesialisthelsetjenesten. Eks. LIS1 som kommer tilbake fra svangerskapspermisjon til Ahus, og får vite at resterende tjeneste vil være ved Ålesund sjukehus. Det er

per i dag ingen tidsfrist for hvor nærme oppstart i distrikt man får vite hvor man skal. Mange LIS1 opplever å få beskjed 1-2 uker før endt permisjon hvor de skal jobbe i kommunen.

- 11. Innføre karantenetid ved ansettelse i kommune. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
- 12. Dine/deres tilbakemeldinger
- 13. Innføre bundet plass i koblet stilling. Se kapittel 3.4. Støtter du/dere tiltaket?
- 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?
 - Ja
- 16. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Enkelte helseforetak melder at de ønsker å lyse ut flere LIS1-stillinger enn minstetallet som tar høyde for langtidsfravær pga sykemeldinger og permisjoner.
- 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
 - 1
 - 19.2. Leger tilbys kun den tjenesten de mangler for å fullføre del 1.
 - 2
 - 19.3. Benytte ledig stilling i annet fylke hvis det oppstår mangel på kommunestilling.
 - 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
 - 3
 - 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
 - Enkelte forutsetter her at ved utlysning av separate stillinger kobles eller kobles ikke alle LIS1 stillingene mot kommuner. Ved en deling av koblet og ikke koblet stillinger, ansees arbeidsmengden og fordelingen av søkere som større for foretak. Noen helseforetak har trekningsbasert løsning på kommunehelsetjenesten med en løsning på at kommuner i distrikt som har hatt rekrutteringsutfordringer kan bli valgt før trekning av LIS1 som har et særskilt ønske om distriktjeneste. Dette sikrer interessene til kommunene med at de får særskilt motiverte LIS1 til distriktet. De resterende plassene utenom distrikt, samt plasser i distrikt som ikke har blitt valgt på forhånd, blir fordelt på trekningsbasert ordning.
Andre sier at helseforetak og kommunene har inngått forpliktende samarbeid som en ønsker å fortsette med. Tilbud om sykehustjeneste inneholder også tilbud om navngitt kommune.
Enkelte sier at de er enige i at det er problematisk at folk sier opp sin stilling før oppstart, men det bør også være tatt med i betraktning at enkelte kommuner og legekontorer har et svakt faglig rykte.
- 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
 - Men her må det innføres begrensninger på hvor lenge man kan plukke fra lista. Max. 6 måneder. Her må kvalitetsprinsippet vurderes nøye når gode kandidater allerede er borte fra lista.

Innvending som nevnes er at det i praksis medfører at dei som av ein eller annan grunn ikkje søkte i den ordinære utlysingsrunden, ikkje vil kunne søkje på restplassstillingar. Dette vil også avgrense moglegheitene til å gjennomføre LIS1-løpet i reststilling. Det er også eit spørsmål om dette vil være

arbeidssparande, då søkjarlistene er svært lange, og dei fleste som var aktuelle søkjarar i den ordinære søknadsrunden, vil ha fått arbeid annan stad.

- 25. Invitere tjenestene med på erfaringsseminarer. Se kapittel 4.3. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 26. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Alle støtter dette. Kommuner, YLF og NMF er det spesielt viktig at får dele sine erfaringer.
- 27. Gjeninnføre puljevis ansettelse. Se kapittel 4.4 Støtter du/dere tiltaket?
- 28. Dine/deres tilbakemeldinger
- 29. Innføre regionaliserte eller samordnede ansettelser. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 30. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Her er det litt delte oppfatninger men flertallet støtter tiltaket.
Dagens system medfører at en rekke ikke-reelle søknader sendes i hele regionsystemet og genererer mye merarbeid både for de som søker stillingene og de som ansetter. Ved regionaliserte ansettelser vil man gjennomføre ett intervju og må prioritere f.eks. tre tjenestesteder. Vi synes det vil være hensiktsmessig å se hele helseregionen under ett og gjennomføre felles rekruttering for denne geografiske enheten.
- 31. Innføre en begrensning i antall søknader per lege. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 32. Dine/deres tilbakemeldinger
 - sees i sammenheng med forrige spørsmål.
- 33. Ha løpende ansettelser i LIS1-stillinger. Se kapittel 4.4. Støtter du/dere tiltaket?
- 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.
 - 3
 - 37.3. Invitere tjenestene med på erfaringsseminarer.
 - 2
 - 37.4. Gjeninnføre puljevis ansettelse.
 - 37.5. Innføre regionaliserte eller samordnede ansettelser.
 - 1
 - 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
- 39. Vurdere egne ordninger for leger med lang klinisk erfaring. Se kapittel 5.1. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 40. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Bør gjøres videre utredning av dette punktet. Unngå at arbeidsgiver blir sittende med for mye ansvar når det gjelder vurdering og godkjenning av tidligere klinisk tjeneste i utlandet. Språk, kultur og utdanningskrav fra moderland vil være tilpasninger som må vurderes opp mot norske krav / forhold. Ansvar for vurdering og godkjenning av tidligere klinisk tjeneste i utlandet bør ligge sentralt. Vår erfaring tilsier at det ofte vil være behov for en tettere oppfølging for å sikre en best mulig overgang til det norske helsevesenet.
LIS1-tjeneste vil være viktig for å få en tilstrekkelig forståelse av hvordan helsevesenet er bygget opp og organisert og hvordan det samhandles mellom ulike tjenestenivåer.
Nmf og Legeforeningen skal ha foreslått at KBU skal godkjennes mot deler av LIS1. Det er sendt et

forslag til Helse- og omsorgsdepartementet om at studenter i Danmark kan få KBU godkjent som tellende til LIS1-tjeneste.

- 41. Redusere varigheten av del 1. Se kapittel 5.2. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 42. Dine/deres tilbakemeldinger
 - vil svekke kvalitet i utdanningen
- 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
 - vil svekke kvalitet i utdanningen og ikke være til bedring for kommunehelsetjenesten
- 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?
- 50. Dine/deres tilbakemeldinger
- 51. Knytte en andel LIS1-stillinger opp mot introduksjonsavtaler. Se kapittel 6.3 og 6.4. Støtter du/dere tiltaket?
- 52. Dine/deres tilbakemeldinger
- 53. Inkludere del 1 av spesialistutdanningen i mandatet til ALIS-kontorene. Se kapittel 6.5. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 54. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Støttes
- 55. Bedre supervisjon og veiledning for LIS i kommunehelsetjenesten. Se kapittel 6.6. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 56. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Vil bedre kvalitet på utdanningen og sikre bedre pasientsikkerhet
- 57. Aktiv deltakelse av kommuner ved ansettelse av LIS1. Se kapittel 6.7. Støtter du/dere tiltaket?
 - Ja
- 58. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Dette praktiseres allerede de fleste steder.
Kommunene er allerede aktivt inne i søknadsprosessen til LIS1 med både vurdering av kandidater til intervju, deltakelse på intervju samt innstillingslister. Aktiv deltakelse av kommunen ansees som nyttig både for helseforetak og kommuner.

Ved at kommunene deltar i prosessen sikres også at arbeidserfaring i kommuner før LIS 1 tjeneste i større grad kan være meritterende for LIS 1 stilling.

- 59. Redusere tiden det tar å bli spesialist i allmennmedisin. Se kapittel 6.8. Støtter du/dere tiltaket?
 - Nei
- 60. Dine/deres tilbakemeldinger
 - Dette kan ikke bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- 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.
 - 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-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