

Leger i spesialisering – LIS1-stillinger knyttet til videre spesialiseringsløp

Modell for utlysning og tilsetting i 62 nye LIS1-stillinger med binding til allmennmedisin, barne- og ungdomspsykiatri og psykiatri

Rapport
IS-3030



Forord

Rapporten er svar på tilleggsoppdrag nr. 76 til tildelingsbrevet for 2021, hvor Helsedirektoratet er bedt om å utarbeide en modell for 62 nye LIS1-stillinger med binding til videre spesialiseringsløp i spesialitetene allmenmedisin, psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri (BUP).

Dette er den tredje rapporten Helsedirektoratet leverer om tiltak som kan bidra til at flere leger får gjennomført sin LIS1-tjeneste.

Med disse 62 nye LIS1-stillingene, vil vi ha nådd målsettingen om å øke antall LIS1-stillinger fra 950 til 1150 LIS1-stillinger pr år.

Helsedirektoratet takker for verdifulle bidrag og god dialog med representanter for tjenestene/aktørene, herunder Legeforeningen, de regionale helseforetakene, helseforetakene, KS, kommuner, Statsforvalteren, NSDM, ALIS-kontorene og universitetene. Aktørenes tilbakemeldinger er synliggjort i rapporten.

Innhold

Forord.....	2
Sammendrag	4
Begrepsliste.....	6
1 Bakgrunn og mandat.....	7
1.1 Oppdraget – tillegg nr. 76 til tildelingsbrev 2021	7
1.2 Metode og problemstillinger.....	8
1.3 Hva skaper stabile utdanningsløp for LIS i allmenntidisin	9
1.4 Hva skaper stabile utdanningsløp innen BUP og psykiatri	11
2 Ny modell for LIS1-stillinger knyttet til videre spesialisering.....	12
2.1 Ingen bindingstid og karanteneordninger	12
2.2 Felles utlysning for hele spesialistløpet.....	14
2.3 Utfordringer ved utlysning av stillinger	16
2.4 Risiko for useriøse søkere.....	17
2.5 Ansvar for ansettelsesprosessen.....	19
2.6 Hvordan unngå en tids- og ressurskrevende ansettelsesprosess.....	22
2.7 Vurderingskriterier for ansettelse.....	23
3 LIS1 knyttet til videre spesialisering i allmenntidisin.....	26
3.1 Hvordan velge ut aktuelle kommuner	27
3.2 Fastlønn eller næringsdrift.....	28
3.3 Bør ordningen forbeholdes rekrutteringssvake kommuner?.....	30
4 LIS1 knyttet til videre spesialisering i BUP og psykiatri.....	32
4.1 Hvordan velge ut aktuelle LIS3-stillinger i helseforetak/sykehus	32
4.2 Tredelt løp for LIS1 i sykehusåret.....	33
5 Fleksibel fordeling av stillingene.....	35
5.1 Fordeling mellom allmenntidisin og psykiatri	35
5.2 Fordeling av stillinger i første pulje	36
5.3 Neste pulje og fremover.....	38
6 Juridiske vurderinger av foreslått modell.....	39
6.1 Forslag til endringer i spesialistforskriften.....	39
6.2 Kompetanseforskriften	40
7 Økonomiske og administrative konsekvenser av foreslått modell.....	41
8 Følgeevaluering/kartlegging	42
Vedlegg 1 - Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet	43
Vedlegg 2 - Oversikt mangel på leger i ulike kategorier.....	46
Vedlegg 3 – Aktørenes tilbakemeldinger på modellen	48

Sammendrag

I statsbudsjettet for 2022 er det bevilget midler til 62 nye LIS1-stillinger, hvorav 31 stillinger har oppstart høsten 2022 og 31 stillinger har oppstart våren 2023. Dette vil sammen med økningen i antall LIS1-stillinger i 2020 og 2021 utgjøre en økning på 200 nye LIS1-stillinger. De 62 nye LIS1-stillingene skal knyttes opp mot videre spesialisering i allmennmedisin, psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, og blir et nytt virkemiddel i arbeidet med å bedre rekruttering og stabilisering av leger i disse fagområdene.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å foreslå en modell for fordeling av disse stillingene, og å utarbeide konkrete forslag til hvordan LIS1-stillinger kan bindes/knyttes til videre spesialisering i psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og allmennmedisin.

Relevante aktører, herunder Legeforeningen, de regionale helseforetakene, helseforetak, KS, kommuner, Statsforvalteren, ALIS-kontorene og NSDM har bidratt i arbeidet. Deres tilbakemeldinger på foreslått modell er synliggjort i rapporten.

I den foreslåtte modellen vil kommuner som har ledige fastlege- eller allmennlegestillinger, få beslutningsmyndighet om hvem som skal tilsettes i de tilknyttede LIS1-stillingene. Dette kan bidra til at flere leger med interesse for allmennmedisin får gjennomført LIS1-tjeneste, og at de kommer seg raskere inn i et videre spesialisingsløp i allmennmedisin. Kombinerte løp for LIS1 med videre spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri og psykiatri, kan på samme måte som for allmennmedisin, bidra til at flere leger med interesse for psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri kommer seg raskere inn i et LIS1-løp, og kan fortsette spesialisering i disse fagområdene.

Det som kan bli en suksessfaktor for denne ordningen, er at leger får mulighet til å gå inn i praktiske og forutsigbare LIS1-løp med samtidig ansettelse i hele spesialisingsløp. Det som kan bli en utfordring er å finne de rette kandidatene. Utvelgelse av kandidater til bundne stillinger vurderes å være noe mer ressurskrevende enn til de ordinære LIS1-stillingene.

Med dagens høye søkertall til LIS1-stillinger, er det begrunnet frykt for at mange vil søke de bundne stillingene kun for å sikre seg LIS1-stilling, og senere si opp denne stillingen. Arbeidsgivere, vil gjennom søknad og intervju, kunne velge ut de mest motiverte søkerne til de bundne stillingene. Det er ikke foreslått å innføre tiltak som bindingstid eller karanteneordninger. Faren for at LIS ikke fortsetter sin videre spesialisering i henhold til den inngåtte avtalen, er en underliggende risiko knyttet til ordningen.

Bundne LIS1-stillinger krever visse tilpasninger i spesialistforskriften. Det er noen praktiske utfordringer knyttet til en ansettelse som gjøres nesten 2 år før oppstart i den faste stillingen. Dette vil kreve ekstra administrasjonsarbeid.

Forslag til modell for de 62 nye LIS1-stillingene med videre spesialiseringssløp:

- 1) Det skal tilbys helhetlige utdanningsløp på 6,5 år i kombinerte stillinger som inkluderer:
 - LIS1-stilling og LIS3-stilling ved en godkjent utdanningsvirksomhet for BUP og psykiatri
 - LIS1-stilling og kommunal legestilling/fastlegehjemmel i en kommune som er registrert utdanningsvirksomhet for allmennmedisin
- 2) De kombinerte stillingene skal lyses ut samlet i Helsedirektoratets stillingsportal på samme måte som de ordinære LIS1-stillingene, og fortrinnsvis i samme stillingsannonse. I dette ligger det:
 - Stillingene lyses ut samlet to ganger pr år.
 - Felles oppstartsdato: 1. september og 1. mars hvert år.
 - Felles tidspunkt for kunngjøring, søknadsfrist, tilbudsrunder, svarfrist og merkefrist i stillingsportalen.
 - Det anbefales ingen bindingstid eller karanteneordninger.
 - Stillinger som blir ledige etter oppstart kan lyses ut som reststillinger.
- 3) Det bør komme frem i stillingsannonsen at det er kombinerte stillinger, og hvordan søkere blir vurdert, spesielt hvis man ønsker å legge vekt på geografisk tilhørighet og personlig egnethet, som for eksempel motivasjon, i tillegg til faglige kvalifikasjoner.
- 4) Arbeidsgiver/utdanningsansvarlig for det videre spesialiseringssløpet etter LIS1 får beslutningsmyndighet om hvem som skal tilbys de kombinerte stillingene.
- 5) Det bør legges til rette for at mest mulig av hele spesialistløpet (LIS1 og LIS3) kan gjennomføres ved samme utdanningsvirksomhet, eller med geografisk nærhet.
- 6) Ordningen får en løpende følgeevaluering. Leger som tilsettes i kombinerte stillinger blir spurt om samtykke til å bidra i denne evalueringen.

Forslag til fordeling av stillinger

Helsedirektoratet anbefaler en fleksibel modell med regelmessige justeringer i fordeling av stillingene, der det tas utgangspunkt i en omtrentlig fordeling, både geografisk og mellom de ulike spesialiteter. De regionale helseforetakene får ansvaret for fordeling av LIS1-stillingene som skal knyttes til videre spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri og psykiatri i egen region.

For stillinger med videre utdanningsløp i allmennmedisin anbefaler Helsedirektoratet følgende:

- ALIS-kontorene og Statsforvalteren bidrar i arbeidet med å velge ut aktuelle kommuner før hver utlysningsrunde.
- Rekrutteringssvake kommuner som kan tilby gode utdanningsløp bør prioriteres.
- LIS1-stillingene knyttes primært til fastlønnede allmennlegestillinger, selv om modellen også kan benyttes for næringsdrivende fastleger.

Forslag til fordeling av stillinger i første tilsettingsrunde, med kunngjøring 27. januar 2022

Helsedirektoratet anbefaler at de første 31 LIS1-stillingene som skal lyses ut våren 2022 med oppstart 1. september 2022, knyttes til videre spesialisering innen psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Dette fordi det blir for knapp tid til å få på plass stillinger i kommunene før stillingsutlysning 27. januar 2022. Hvis det er ønskelig kan alle stillingene som lyses ut høsten 2022 gå til videre spesialiseringssløp i allmennmedisin.

Begrepsliste

ALIS: Lege i spesialisering i allmenntmedisin. ALIS blir brukt som kortnavn på allmennleger i spesialisering i både ny og gammel ordning. Legen kan være ansatt i kommunen som fastlege eller i en annen kommunal legestilling, eller være selvstendig næringsdrivende fastlege. Legen trenger ikke å ha en ALIS-avtale for å omtales som ALIS.

ALIS-avtale: Avtale mellom kommune og LIS om særskilte rekrutteringstiltak som går utover og kommer i tillegg til plikter og rettigheter som følger av spesialistforskriften.

ALIS-kontor: ALIS-kontorene skal bistå kommuner i arbeidet med å planlegge, etablere, inngå og følge opp ALIS-avtaler, og å gi råd og støtte til kommuner i deres arbeid med å tilfredsstille kravene i den nye spesialistforskriften. Det er i 2020 opprettet fem ALIS-kontorer i ulike deler av landet.

ALIS-Nord og ALIS-Vest: Pilotprosjekter med særlige tiltak for bedre rekruttering og stabilisering av gjennomføring av spesialisering i allmenntmedisin i utvalgte kommuner. Bakgrunnen for prosjektene er rekrutteringsutfordringer i fastlegeordningen.

ALIS-stilling: Opprinnelig en betegnelse som har sitt opphav i prosjektene ALIS-Nord og ALIS-Vest, hvor det er egne avtaler og egen finansiering. Begrepet brukes i dag av flere som et samlebegrep for å omtale alle stillinger der det er ansatt en lege som er i spesialisering i allmenntmedisin (ALIS).

Introduksjonsavtale: Avtale som gir leger under spesialisering i allmenntmedisin rett til trygderefusjon når de arbeider på andre fastlegers liste samtidig med fastlegen selv (begge legene får trygderefusjon). Avtalen gir legen en mulighet til å prøve ut hvordan det er å arbeide som fastlege uten å ha ansvar for egen liste.

LIS: Lege i spesialisering.

LIS1: Lege i spesialisering i første del av spesialistutdanningen, del 1. Del 1 består av tolv måneder i spesialisthelsetjenesten etterfulgt av seks måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

LIS2/3: Lege i spesialisering i videre spesialistløp etter del 1.

Nmf: Norsk medisinstudentforening.

NSDM: Nasjonalt senter for distriktsmedisin.

Reststilling: LIS1-stillinger som er ledige på grunn av permisjoner, sykdom eller fordi legen sier opp, omtales som reststilling. Det er mulig å gjennomføre hele del 1 i reststillinger.

RHF: Regionalt helseforetak. RHF har ansvaret for spesialisthelsetjenesten i hver sin region, og sørge-for-ansvar for kommunene i regionen. Regionale helseforetak har også ansvar for gjennomføring av spesialistutdanning ved sine helseforetak. Det er fire RHF: Helse Nord RHF, Helse Midt-Norge RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF.

TB: Tildelingsbrev.

1 Bakgrunn og mandat

Helsedirektoratet utarbeidet i 2019 og 2020 to rapporter, IS-2802 og IS-3002, hvor det er pekt på tiltak som kan bedre kapasiteten og gi en bedre utnyttelse av LIS1-stillingene. Behovet for flere fastleger er et av argumentene for å opprette flere LIS1-stillinger. I rapportene er det også beskrevet forslag til ulike måter å koble LIS1-stillinger til videre spesialisering i allmenntilleggsmedisin og evt. øvrige rekrutteringssvake spesialiteter. Et forslag om hvordan leger uten LIS1 kan knyttes til spesialistløp i allmenntilleggsmedisin ble også presentert fra Legeforeningen i november 2018. Modellen til Legeforeningen tok dog utgangspunkt i å ansette en lege som var interessert i å arbeide i kommunen og opprette en egen LIS1-stilling til denne.

Direktoratets anbefaling i rapport IS-3002 var å jobbe videre med en modell hvor man rekrutterte leger som allerede hadde fått tilbud om en LIS1-stilling, hvor kobling til videre spesialisering enten ble tilbudt tidlig i LIS1-løpet, eller like før tilsetning i kommunestillingen. Begrunnelsen for ikke å tilsette i koblede stillinger tidligere, var å forhindre useriøse søkere, som kun søkte slike stillinger for å sikre seg LIS1-tjenesten. I tillegg vurderte Helsedirektoratet at det logistiske arbeidet ville bli mindre krevende for kommunene dersom ansettelsen av ALIS skjer relativt kort tid før oppstart.

Som et tiltak for å bedre rekrutteringen til allmenntilleggsmedisin, foreslo Legeforeningen i 2018 en modell med øremerkede LIS1-stillinger som kommer i tillegg til de ordinære LIS1-stillingene. Legeforeningens modell er mer i tråd med det nye oppdraget fra departementet, hvor det legges opp til en kobling/binding mellom LIS1 og LIS3/ALIS, og der legene ansettes i begge stillingene samtidig.

Legeforeningens modell: *"Modellen tar sikte på at det opprettes LIS 1-stillinger som øremerkes til videre arbeid og spesialisering i allmenntilleggsmedisin (ALIS). Det legges til grunn at kommunen ansetter en lege uten LIS 1, og at kommunen får mulighet til å tilby LIS 1-tjeneste i et helseforetak og deretter seks måneder som LIS 1 i kommunehelsetjenesten. Legen vil deretter gå inn i et spesialiseringsløp i kommunen, og ha rett på fast stilling/hjemmel etter gjennomført LIS 1. Bindingstid i kommunen legges til grunn."*

"Medisinstudentene støttet forslaget. Norsk medisinstudentforening (NMF) sendte ut en undersøkelse til alle sine 4648 medlemmer, 1130 svarte. 76,4 % svarer at de kunne ha søkt på LIS 1- stilling som var koblet mot spesialisering i allmenntilleggsmedisin. 37,6 % ville binde seg til en bestemt kommune for videre ALIS-stilling."

En slik modell innebærer at det kun er virksomheter og kommuner som er godkjente eller registrerte utdanningsvirksomheter, som kan tilby koblede/bundne stillinger. I tillegg må utdanningsvirksomheten ha ledig stilling som kan tiltres omtrent to år etter ansettelsen.

1.1 Oppdraget – tillegg nr. 76 til tildelingsbrev 2021

Dette oppdraget ble gitt 1. oktober 2021, med frist 13. januar 2022. Det er føringer om at: «Direktoratet må involvere relevante aktører, herunder KS, de regionale helseforetakene og Legeforeningen, i besvarelsen av oppdraget. I den grad involverte aktører representerer foretak eller organisasjoner, må direktoratet legge til rette for at disse kan levere linjeforankrede innspill. Aktørenes tilbakemeldinger bør synliggjøres.»

Oppdraget er gitt i 3 hovedpunkter med utdypning av punkt 2 i flere underpunkter:

- Foreslå en modell for fordeling av LIS1-stillinger som skal være bundet/tilknyttet videre spesialisering i henholdsvis allmenntidisin, psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Modellen skal basere seg på tjenestenes behov for de tre aktuelle spesialitetene, og kapasiteten til å opprette disse stillingene.
- Utarbeide konkrete forslag til hvordan LIS1-stillinger kan bindes/knyttes til videre spesialisering i psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og allmenntidisin. Forslaget må ta utgangspunkt i rammene som følger av budsjettforslaget.
- Foreslå en modell for å gjennomføre løpende følgeevaluering av tiltaket.

Utdyping av punkt 2. Stillinger bundet til psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og allmenntidisin:

- a) De 62 nye LIS1-stillingene skal lyses ut med binding/tilknytning til videre spesialisering innen psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri eller allmenntidisin.
- b) Leger som søker på bundne LIS1-stillinger, bør bli ansatt eller tilknyttet for et helt spesialistløp.
- c) Det må vurderes hvordan LIS1-stillingene skal administreres og utlyses.
- d) Direktoratet skal foreslå en modell for fordeling av stillingene mellom psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og allmenntidisin. Modellen skal ta hensyn til at fordelingen kan endres etter behov før hver utlysning.
- e) For LIS1-stillinger knyttet til allmenntidisin gjelder følgende føringer:
 - Det skal vurderes om ordningen skal forbeholdes rekrutteringssvake kommuner/områder.
 - Stillingene skal kunne opprettes uavhengig av om kommuner har fastleger i næring og/eller på fastlønn. Foreslått løsning skal ta hensyn til disse to tilknytningsformene.
 - Det bør legges opp til at kommuner kan samarbeide om stillingene.

1.2 Metode og problemstillinger

Samfunnsrålet for dette oppdraget er å bidra til at tjenestene over hele landet får de legespesialistene det er behov for innen allmenntidisin, BUP og psykiatri. Problemet som tiltaket skal bidra til å løse, er rekruttering til disse spesialitetene. Virkemiddelet er å opprette 62 nye LIS1-stillinger.

I arbeidet med oppdraget har Helsedirektoratet brukt utredningsinstruksen som en rettesnor. Ettersom oppdraget er å utvikle en modell basert på et gitt tiltak/virkemiddel, er det ikke vurdert andre tiltak som kan bidra til å løse problemet, men det er satt søkelys på hvilke elementer som må legges inn i modellen for at den skal bli vellykket.

Representanter fra relevante aktører ble invitert til innspills-møte 15. november 2021. Deretter ble aktørene invitert til å velge ut representanter til en hurtigarbeidende arbeidsgruppe som kunne gå dypere inn i problemstillingene knyttet til modellen. Det har vært avholdt tre møter i arbeidsgruppen 1., 6., og 8. desember 2021. Det har kommet mange gode innspill og tilbakemeldinger, både i innspills-møtet og i arbeidsgruppemøtene. Aktørene har også levert skriftlige innspill.

15. desember 2021 ble utkastet til modell sendt på en "innspillsrunde" til tjenestene/aktørene med frist 10. januar 2022. Det er mottatt 26 tilbakemeldinger. Tjenestenes/aktørenes tilbakemeldinger er referert i vedlegg 3.

Arbeidsgruppens sammensetning:

Fra aktørene:

- **Dnlf:** Øydis Rinde Jarandsen og Maja Mikkelsen.
- **Helse Sør-Øst:** Grethe Kolloen, Tone Rønnaug Enden og Nina Førland
- **Helse Nord:** Catherine Elde Isaksen
- **ALIS-kontorene:** Svein R. Steinert
- **NSDM:** Anders Svensson
- **Ringsaker kommune:** Nils Chr. Faaberg

Fra Helsedirektoratet:

Andreas Wedervang-Resell, Inger E. Østraat, Anne-Clarine Hygen, Haakon Gunnerud og Karin Straume

1.3 Hva skaper stabile utdanningsløp for LIS i allmenntmedisin

Forutsetningene for en vellykket gjennomføring er å skape gode utdanningsløp som gjør at legene trives både faglig og sosialt, og har arbeidsoppgaver som både gir tilstrekkelig med utfordringer og rom for faglig utvikling.

Gjennom ALIS-prosjektene har det blitt tydeliggjort hva som motiverer LIS til å arbeide i og bli værende i, allmenntmedisinske stillinger. Både tidligere studier og tilbakemeldinger fra tjenestene bekrefter at LIS1-tjenesten er en viktig kilde for legerekuttering, spesielt innen allmenntmedisin¹. Studier viser at introduksjon til allmenntmedisin gjennom strukturerte opphold underveis i utdanningen, kan bidra til å bedre studenters holdninger til faget allmenntmedisin². Positive erfaringer fra allmenntpraksis, i eller etter grunnutdanning, er viktig for rekruttering til videre arbeid i kommunehelsetjenesten³.

Den største utfordringen i distriktskommuner har vært å få fastleger til å bosette seg over tid i kommunen. Utfordringen i mer sentrale kommuner å få yngre leger til å etablere seg som næringsdrivende fastleger. Forhold ved fastlegeyrket gjør at mulige kandidater er usikre på om de ønsker å bli fastlege. Flere peker på viktigheten av å sikre trygghet for yngre leger gjennom god oppfølging og veiledning, samt ønske om være en del av et fagmiljø. Fast lønn under spesialiseringen nevnes også som et tiltak. Kjøp og salg av en fastlegepraksis er en vesentlig rekrutteringsbarriere. Rekruttering og stabilisering av legetjenester i kommunene er en sentral del av regjeringen handlingsplan for allmenntlegetjenesten⁴.

Evalueringen av fastlegeordningen fra 2019⁵ viser at rekrutteringsutfordringer og lav stabilitet i legestanden, slik det har vært over tid i små og usentrale kommuner, er i ferd med å bli realiteten også for større og mer sentrale kommuner. Flere kommuner peker på at en vanskelig rekrutteringssituasjon truer ivaretagelsen av kommunenes «sørge for»-ansvar. Rundt 40 prosent av kommunene angir at det er vanskelig å rekruttere kvalifiserte leger til fastlegehjemler i kommunen.

¹ http://arkiv.nsdmm.no/filarkiv/File/rapporter/Turnusrapport_juni_2014.pdf
Turnus i Finnmark

² Musham og Chessman 1994 (Fra LIS1-rapporten)

³ <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/22423982.2017.1314415>

⁴ HOD 2020. Handlingsplan for allmenntlegetjenesten (Fra LIS1-rapporten)

⁵ EY og Vista Analyse 2019.

I Helsedirektoratets utredning av antall LIS1-stillinger, IS-3002⁶ var det flere innspill om at ALIS-avtaler er bedre egnet i kommuner med fasteansatte leger, enn i kommuner med næringsdrift som hovedmodell. ALIS-Nord prosjektet har erfart at det er vanskelig å rekruttere til næringsdriftstillinger⁷. Et alternativ til å tilby fast lønn i hele ALIS-løpet, er en kombinasjon med fast lønn i første del av spesialistløpet, og mulighet for å gå over til næringsdrift senere i spesialistutdanningen, eksempelvis etter to eller tre år.

For rekruttering til distrikt er det to dominerende hypoteser om hva som bidrar til å rekruttere leger⁸. Det ene er "rural origin": Oppveksterfaringer fra distrikt øker sjansen for ønske om å jobbe i distrikt. Det andre er "rural exposure": Det å møte pasienter og lære i distriktsmedisinske settinger i utdanningen, øker sjansen for å jobbe i distrikt. En rekke studier viser at dersom deler av praksis i utdanningen er i distrikt, økes tilbøyeligheten til å velge arbeidssted i distrikt⁹. Halvparten av legene som i dag tilsettes i en LIS1-stilling, har gjennomført utdanningen sin utenfor Norge¹⁰. En økning av studieplasser i Norge, i tråd med Grimstadutvalgets anbefalinger om at Norge innen 2027 skal utdanne 80 % av våre egne leger, vil bidra til at flere nyutdannede leger eksponeres for tjeneste i distrikt. En studie av jobbpreferanser blant siste års legestudenter og turnusleger¹¹ viste at nesten 20% foretrakk jobb som fastlege i distrikt fremfor i en større by, dersom de kunne være trygge på følgende:

- Kunne styre arbeidstiden
- Ha mulighet for faglig utvikling
- Arbeide i en praksis av en viss størrelse
- Ha en inntekt på nivå med sykehusleger

Dersom bare tre av disse fire faktorene er til stede, er det bare 2% som foretrekker å arbeide i distrikt. Studien viser også at økt inntekt ikke er tilstrekkelig for å kompensere for dårlige arbeidsforhold. For en videre langsiktig jobbkarriere i distrikt, er det viktig at den første jobben etter endt utdanning er i distrikt¹².

Mange leger som arbeider i distrikt, er ikke oppvokst i distrikt, og har heller ikke fått erfaring med arbeid i distrikt gjennom utdanningen. Tall fra SSB viser eksempelvis at 22% av alle fastleger i Norge i 2017 var innvandrere. I de minst sentrale kommunene var denne andelen 33%¹³. Noen av faktorene kan påvirkes sentralt gjennom tilrettelegging av grunnutdanningen og spesialistutdanning, men tiltak som bidrar til rekruttering må ofte gjøres på lokalt nivå¹⁴.

Faktorer som anses som positive virkemidler for rekruttering, er blant annet en veldrevet og velorganisert legetjeneste, vaktlag med tilstrekkelig personell, forutsigbarhet i forhold til jobb,

⁶ [Spesialistutdanning for leger - LIS1 - IS-3002.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

⁷ Holte 2020: 6 (Fra LIS1-rapporten)

⁸ Abelsen, Gaski og Fosse 2020.

⁹ Straume og Shaw 2010, Gaski og Abelsen 2014: 7

¹⁰ I søknadsrunden høsten 2020 hadde 51 % av de tilsatte utdanning fra Norge, 44 % hadde utdanning fra EØS inkl. U.K. og 5 % hadde utdanning fra utenfor EØS. Tall fra hittil upublisert statusrapport for høsten 2020.

¹¹ Holte m.fl. 2015.

¹² Abelsen, Gaski og Fosse 2020.

¹³ Tabell 07387: "Fastleger, etter innvandringskategori, sentralitet, statistikkvariabel og år", hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/07387/>

¹⁴ Abelsen og Brandstorp 2019: 3.

bosted, barnehage tilbud og muligheter for jobb for partner. Tid til faglig fordypning, god supervisjon og veiledning og et lokalt fagmiljø vektlegges også av aktørene.

Tilstrekkelig tid til faglig utvikling krever reduksjon i listestørrelse, spesielt hvis legevakt skal inngå som en del av den ordinære arbeidstiden for ALIS. Sosiale ordninger som lønn ved egen og barns sykdom, vektlegges i høy grad av yngre leger.

Forutsigbarhet i utdanningsløpet, spesielt sykehus-/institusjonstjeneste, er viktig for ALIS, spesielt dersom legen må arbeide utenfor kommunen som vedkommende jobber i til vanlig. I utdanningsplanen til ALIS må det derfor være en plan for "institusjonstjeneste".

Legeforeningen har i innspillsrunden fremhevet følgende tiltak som viktige for rekruttering:

- Ekstra tilskudd til næringsdrift kan for eksempel være ekstra månedlig tilskudd, bidrag til reduksjon av risiko ved kjøp av praksis, enten ved tilskudd til kjøp av praksis eller såkalt "garantiavtale", der kommuner dekker tap ved salg av praksis eller rentefritt lån ved kjøp av praksis
- At kommunen betaler deler av driftsutgiftene og/eller dekning av merkostnader til kurs (utover det som dekkes av Legeforeningens fond), og praksiskompensasjon ved fravær på kurs
- Andre rekrutteringstiltak kan også være kommunal drift av legekantor, fast ansettelse av fastleger, reduksjon av fastlegenes legevaktbelastning ved interkommunalt vaksamarbeid, enten ved å ansette flere leger eller ved å ha egne leger i såkalt "nordsjøturnus" som dekker store deler av legevakt, økt basistilskudd, ekstra veiledning og supervisjon (særlig i begynnelsen av LIS 3), bonusordninger, eller reduksjon av legens listelengde

1.4 Hva skaper stabile utdanningsløp innen BUP og psykiatri

Det foreligger ikke tilsvarende systematisk kunnskap om hva som rekrutterer og stabiliserer tjenestene innen psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Imidlertid er det rimelig å anta at de generelle tiltakene som gjelder for allmenntilmedisin, også vil gjelde for psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri.

Tilbakemeldinger fra tjenestene og aktørene legger vekt på mange av de samme faktorene. Større fagmiljøer, etterutdanning og tid til faglig fordypning nevnes som viktige tiltak. Viktig er også vilkår som lønn, mulighet for fleksibilitet i arbeidshverdagen, og mulighet for kombinerte stillinger mellom klinikk og forskning. Tidligere prosjekter som "Nord-Norge-prosjektet" innen psykiatri, handlet om desentralisert spesialistutdanning, og som gav leger mulighet for lengre tjenestetid desentralt, der ulike samlinger bidro til å kompensere for snevrere fagmiljø på mindre institusjoner¹⁵.

I innspillsrunden oppga Legeforeningen at det må: "legges opp til positive virkemidler i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Å opprette flere spesialiseringsstillinger i psykiatri er ett viktig tiltak. Psykiatriske fagmiljøer blir ofte fragmenterte og små, og mange etterlyser også flere psykiaterstillinger. Man bør også vurdere organiseringen av enhetene i psykisk helsevern, for å sikre mer robuste fagmiljøer med flere spesialister og LIS per enhet. Langvarig fravær pga. spesialistpermisjoner, ferie o.l. bør som hovedregel dekkes av vikarer og ikke av gjenværende

¹⁵ Internt notat. Helsedirektoratet.

kolleger. Mulighet til etterutdanning og faglig fordypning må sikres. Gode digitale verktøy og tilgang til støttepersonell er essensielt for å frigi tid til klinisk arbeid. Viktig er også vilkår som lønn, muligheten for fleksibilitet i arbeidshverdagen og mulighet for kombinerte stillinger. Fagmiljøene ønsker seg også økt satsing på forskning og fagutvikling i psykiatrien".

2 Ny modell for LIS1-stillinger knyttet til videre spesialiseringsløp

Binding av LIS1-stillinger til stillinger for videre spesialiseringsløp, med samtidig ansettelse og rett til fullt utdanningsløp ved ansettelse, har flere praktiske og logistiske konsekvenser som vil bli diskutert nærmere i det kapittelet.

2.1 Ingen bindingstid og karanteneordninger

Helsedirektoratet har ikke funnet grunnlag for å gi begrepet "bundet til" noe juridisk innhold i retning av bindingstid eller karantenetid. Dette kan evt. avtales mellom arbeidstaker og arbeidsgiver som en del av arbeidsavtalen.

Av oppdragsteksten går det fram at begrepet "bundet til" er synonymt med "knyttet til". Det er også beskrevet i oppdragsteksten at "*leger som søker bundne stillinger, bør bli ansatt eller tilknyttet for et helt spesialiseringsløp*". Direktoratet tolker dette som at begge utdanningsstillingene, både LIS1-stillingen og stillingen i det videre spesialiseringsløpet, utlyses samtidig som en kombinert stilling, og at legen ansettes samtidig i begge stillingene. Søkeren får utdanningsplan for både LIS1 og LIS3/ALIS ved ansettelsen.

Det er argumenter både for og imot bindingstid og karanteneordninger. Dette ble også drøftet i rapport IS-2802, der Helsedirektoratet konkluderte med at bindingstid og karanteneordninger utgjør en uforholdsmessig ulempe som ikke står i forhold til gevinsten.

Som innspill til direktoratets rapport IS-3002, leverte Legeforeningen i oktober 2020 en juridisk vurdering av spørsmålet om karantenetid knyttet til oppsigelse av LIS1-stilling, bindingstid for hele LIS1-løpet og bindingstid dersom LIS1-stillingen kobles til ALIS-avtale. Legeforeningen argumenterte for at det er flere grunner til at en lege kan ha behov for å velge oppsigelse, og at man heller burde utvikle gode rammer for gjennomføring av LIS1.

Arbeidsgruppens vurdering

På innspills-møtet med aktørene kom det mange tilbakemeldinger knyttet til bindingstid og andre karanteneordninger. I arbeidsgruppemøtene ble det også tydeliggjort at en binding med sanksjoner eller konsekvenser for legen i spesialisering, ikke var ønskelig. Det å sikre gode rammer for spesialistutdanning, og å tilby tjeneste og opplæring av høy kvalitet, anses som vesentlige suksessfaktorer for å beholde LIS. Spesielt god supervisjon og veiledning ble trukket frem som viktig for både ALIS og LIS i BUP og psykiatri. Å finne ordninger som motiverer LIS til å fortsette i stillingen ble sett på som viktig. Blant annet, kan det å tilby LIS en lønn som øker med tiden vedkommende forblir i stillingen, være en motiverende faktor.

Helsedirektoratets vurdering

Helsedirektoratet vurderer at det bør tilbys flere fordeler enn en ansettelse i en kombinert stilling, før man kan kreve bindingstid. Det er ikke lagt inn noen ekstra statlige midler til dette tiltaket, så

vi kan ikke tilby ekstra tilskudd til kommunene eller andre goder for legene. Dersom kommunene selv ønsker å legge til noen ekstra fordeler som innebærer bindingstid, kan dette avtales mellom arbeidstaker og arbeidsgiver.

En ordning med bindingstid på 6, 9 eller 12 måneder vil nok ikke kunne avskrekke kandidater fra å søke disse stillingene, da legene uansatt kan si opp stillingen når det passer dem. Arbeidsgiver er ikke tjent med å ha umotiverte og misfornøyde ansatte. Sett fra arbeidsgivers side kan det være en fordel med ordinær oppsigelsestid dersom legen ikke er egnet for stillingen.

Helsedirektoratets vurderer det slik at arbeidslivets ordinære regler bør gjelde for leger som tilsettes i disse stillingene.

Det foreslås ingen bindingstid eller karanteneordninger ved tilsetning i LIS1-stillinger bundet/tilknyttet videre spesialisering i henholdsvis allmennmedisin, psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri.

Tilbakemeldinger fra innspillsrunden

I innspills-runden var det enkelte som anbefalte bindingstid, men det store flertallet støttet forslaget om at det ikke skulle være bindingstid på de bundne/kombinerte stillingene. Den generelle tilbakemeldingen i innspills-runden er at fordelene ved å innføre bindingstid ikke veier opp for ulempene. Det var også mange som problematiserte det å binde seg til en spesialisering så tidlig etter utdanning. Mange bruker tiden som LIS1 til å finne ut av hvilken retning de ønsker å spesialisere seg i, mens andre bruker enda lengre tid.

Statsforvalteren i Vestfold og Telemark: *"De nye LIS1-stillingene er opprettet som resultat av pandemi og for å få ferdigutdannet flere leger for å avhjelpe de store kapasitetsutfordringene innenfor disse tre spesialitetene. Bundne stillinger bør være reelt bundne med bindingstid/karantenetid. Dersom en ikke er villig til å ta dette virkemidlet i bruk er det stor fare for at det søker kandidater som ikke er reelt interessert i videreutdanning i de aktuelle spesialitetene, og mangel på bindingstid kan føre til misbruk av ordningen. Da vil en ikke oppnå hensikten med ordningen, og den blir uten effekt. Bindingstid sikrer i større grad at søkeren har reelle intensjoner om videreutdanning i aktuelle spesialitet. Å bruke bindingstid/karantenetid står ikke i veien for å gi god supervisjon og veiledning i utdanningsløpet. Det å få LIS1 tjeneste oppfattes nå av kandidatene som en klar fordel, og juridisk vil det ikke være noe i veien for å bruke bindingstid. Bindingstid på 6 - 12 måneder vil kunne være tilstrekkelig til at kandidaten får erfaring og innsikt i fagfeltet, noe som for mange fører til at de ser at fagfeltet er interessant og at de kan ønske seg videre spesialisering i den retningen. Sentrale helsemyndighetene har også et klart ansvar for rekruttering av leger til kommunehelsetjenesten, de har de viktigste virkemidlene og må bør være villige til å bruke virkemidler som kan avhjelpe kapasitetsmangelen der den er størst. Kapasitetsutfordringene i disse spesialitetene er svært stor, det haster med tiltak som virker, og en har ikke tid til å se på følgeevalueringen som kan konkludere om tidligst 2- 3 år".*

Den administrative belastningen i ordningen ble også problematisert, blant annet av Sykehuset Vestfold: *"For de fleste vil det være for tidlig å ta faglig retningsvalg før start i LIS1-stilling. Det er ikke anbefalt bindingstid, og den som ansettes vil kunne gå ut av avtalen, slik at virksomheten uansett ikke er sikret rekruttering inn i LIS3-stilling. Det ansees av avdelingene innen VOP og BUP som en større risiko å få en uegnet kandidat fremfor risiko å ikke få søkere til LIS3-stillingene. Det*

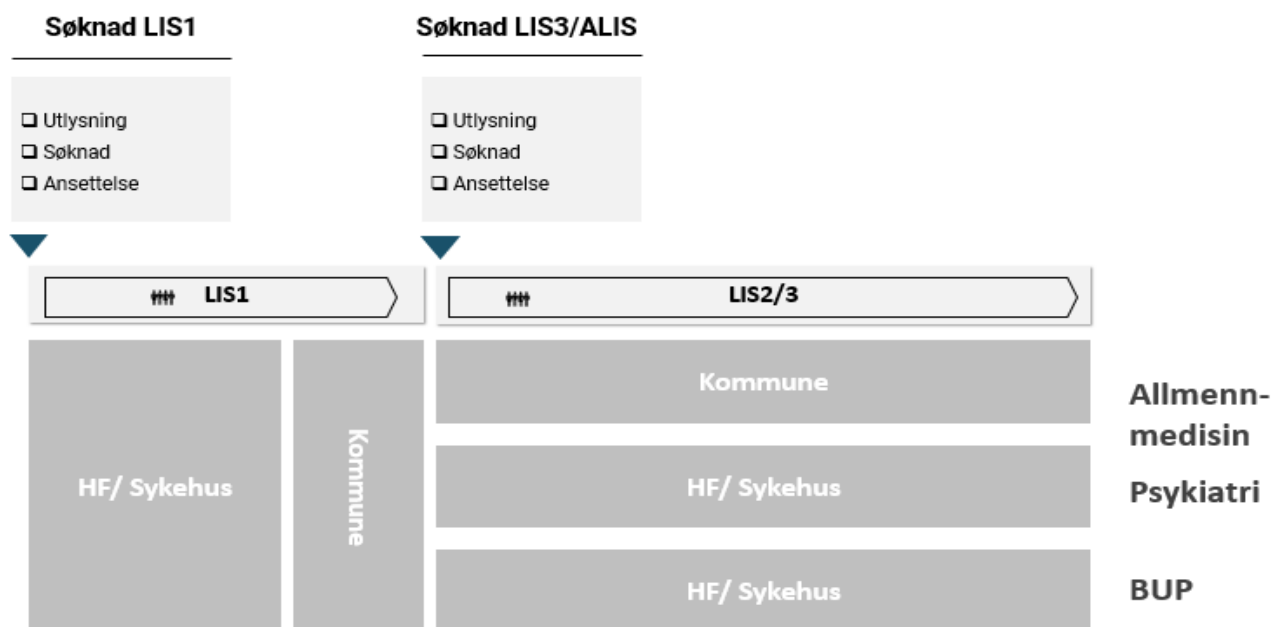
er ikke gitt at de som får tilbud om fast LIS1-stilling egner seg for å jobbe innen VOP eller BUP, og det er svært krevende å skulle reversere en fast ansettelse / avslutte et arbeidsforhold. Det er allerede i dag mye administrasjon knyttet til interne rotasjoner, permisjonsfravær etc., og en slik ny ordning vil kreve mer administrasjon og planlegging. Det vurderes derfor som mer ønskelig og hensiktsmessig å beholde den fleksibiliteten som ligger i at avdelingene kan lyse ut og rekruttere når behovene oppstår."

2.2 Felles utlysning for hele spesialistløpet

Dagens system for tilsetting i LIS1 og LIS3/ALIS-stillinger

Dagens system innebærer at legene først søker LIS1-stilling, og deretter søker utdanningsstilling for videre spesialisering når de nærmer seg slutten på LIS1-tjenesten. Det er et vilkår i spesialistforskriften at legen må ha fullført del 1 før man kan gå videre i spesialiseringsløpet. Alle læringsmål fra del 1 må være godkjent, og tjenestetiden på 1,5 år må være gjennomført. Det er arbeidsgivers plikt å sjekke at LIS1-tjenesten er gjennomført før legen tiltrer som LIS/ALIS.

For mange leger kan det være for tidlig å velge retning før LIS1. Fordelen med dagens ordning er at legene får erfaring fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten før de må ta et valg om videre spesialistutdanning. Mange leger bytter også spesialiseringsløp ut fra egne ønsker/behov og hvilke stillinger som blir ledige. Tilfeldigheter spiller også inn, og mye avhenger av motivasjon og arbeidsmiljø.

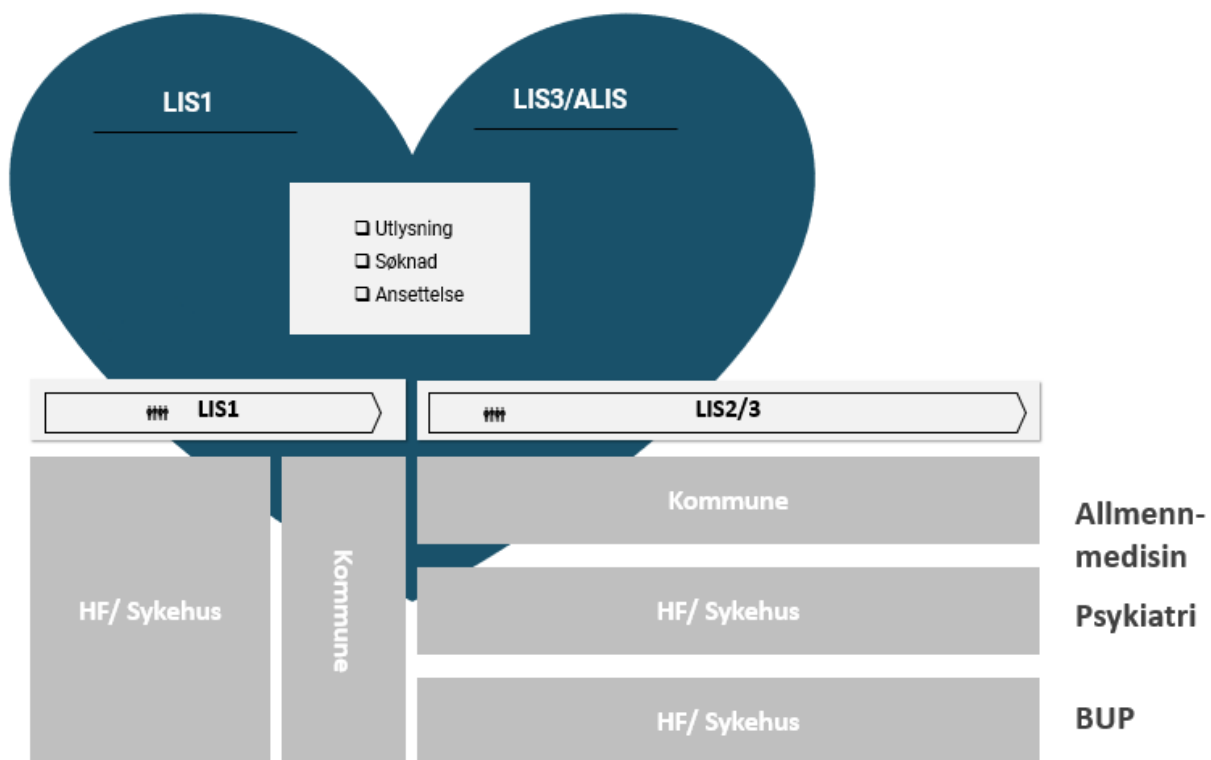


Figur 1: Dagens modell for tilsetting i LIS1-stilling og videre spesialiseringsløp

Ny modell for tilsetting i LIS1- og LIS3/ALIS-stillinger

Helsedirektoratet foreslår en modell der legen tilsettes i den nye LIS1-stillingen og LIS3/ALIS samtidig. Det blir en felles utlysning av den kombinerte stillingen. Den som tilsettes får tilsetting i ett helt utdanningsløp, med individuell utdanningsplan for hele utdanningsperioden på 6,5 år. Stillingene bør, så langt det er mulig, være ved samme godkjente eller registrerte utdanningsvirksomhet.

Selve tilsettingen i LIS1-stillingen vil være som før, mens arbeidsavtalen for ansettelse som LIS3/ALIS signeres 1,5 til 2 år før tiltredelse. Det vil fortsatt være et vilkår for tiltredelse at man har gjennomført LIS1 før man kan begynne som LIS3/ALIS.



Figur 2: Ny modell for tilsetting i LIS1-stilling knyttet til videre spesialisering

Arbeidsgruppens vurdering:

Tilbakemeldingene fra aktørene er at vi kan lykkes med den nye ordningen om vi gjør den "attraktiv nok", jobber godt med "merkevarebygging" og klarer å "selge den inn". Positive insitamenter er viktig for å lykkes med å motivere og beholde kandidatene. Vi vil få større mulighet til å lykkes ved å tilby "gulrøtter" enn å "bruke pisk".

Helsedirektoratets vurdering

Helsedirektoratet ser på de bundne stillingene som to stillinger som lyses ut i en felles stillingsannonse, og kan ikke se at det ligger hindringer for en slik modell i spesialistforskriften. Det legges til grunn at LIS1 og det senere spesialiseringløpet, som hovedregel gjennomføres ved samme utdanningsvirksomhet.

For at modellen skal bli vellykket må arbeidsgiver klare å velge ut de riktige, motiverte og egnede søkerne til den aktuelle spesialiseringen og lokasjonen. Det må være minst 62 leger som ønsker en slik kombinert stilling hvert år. Vår erfaring fra tidligere tilsettingsrunder for LIS1-stillinger tilsier at det burde være tilstrekkelig med interesserte kandidater.

I tilfeller hvor det oppstår permisjoner, f.eks. i forbindelse med sykdom eller foreldrepermisjon, hvor oppstart i videre spesialisering blir utsatt, vil LIS1 ha samme rettigheter for tilbakevending til LIS1-stillingen som LIS1 i ordinære LIS1-stillinger. Ved forsinket oppstart i stilling for det videre spesialiseringsløpet legger Helsedirektoratet til grunn at legen vil ha samme rettigheter som leger som ansettes etter endt LIS1.

LIS1-stillingen og LIS3-stillingen/ALIS-stillingen bør utlyses samlet som ett felles utdanningsløp.

Det bør legges til rette for at mest mulig av hele spesialistløpet (LIS1 og LIS3) kan gjennomføres ved samme utdanningsvirksomhet.

Tilbakemeldinger i innspillsrunden

Felles utlysning av de kombinerte stillingene har fått bred støtte i innspillsrunden. Det var kun tre av 26 respondenter som ikke støttet dette. I innspillene til kapittel 2.1. ble det uttrykt skepsis til at legene må velge spesialisering før de har påstartet LIS1. NSDM anbefaler at stillingene for ALIS utlyses samtidig med at LIS1 velger kommune.

Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus: *"Helse Bergen er bekymret for ytterligere forsinkelser i rekrutteringen til allmenntillegger og psykiatri dersom LIS3 stillinger/ALIS allokere til LIS1 kandidater som kan «hoppe av» det planlagte utdanningsløpet."*

NSDM: *"NSDM mener primært at koblingen bør skje når LIS1 velger kommune"*.

Universitetet i Bergen: *"Dersom man kan hoppe av utdanningsløpene som beskrevet i punkt 1, kan dette medføre forsinkelser."*

KS: *"Er dette mulig innenfor dagens regelverk? Og hva skal til for å gjøre det mulig? For allmenntillegger må det utredes nærmere hvilket handlingsrom kommunene har innenfor gjeldende lov- og avtaleverk, dvs generell arbeidsrett, fastlegeforskrift og avtaler mellom Legeforeningen og KS."*

UNN: *"At man tilbys et helhetlig utdanningsløp er det som står som den mest opplagte fordelene med å søke en slik stilling og derfor bør de absolutt utlyses samlet."*

2.3 Utfordringer ved utlysning av stillinger

Opprettelse av særegne LIS/ALIS-stillinger der kun søkere til LIS1-stillinger er kvalifiserte, vil kreve enighet mellom arbeidslivets parter om slike særordninger. Siden det ikke foreligger en slik særordning per i dag, må alle LIS3/ALIS-stillinger ha en offentlig utlysning enten parallelt eller i

forkant. Dette innebærer også at andre relevante kandidater, ikke bare LIS1-søkere, kan søke på LIS3/ALIS-stillingen.

I modellen som presenteres i denne rapporten, er det lagt opp til at LIS1- og LIS/ALIS-stillingene skal lyses ut samlet, som en helhet med helhetlig utdanningsløp på minimum 6,5 år.

Helsedirektoratet legger til grunn at arbeidsgiver avklarer at det ikke er bedre kvalifiserte søkere til LIS3/ALIS-stillingen før den bindes/knyttes til LIS1-stilling, og utlyses som kombinert stilling. Det forutsettes at det ikke etableres nye stillingskategorier som forbeholdes leger som skal ansettes i et helt spesialiseringsløp, selv om dette kanskje kunne være en god løsning. Hvis dette skal la seg gjøre, må det gjøres endringer i avtaleverket.

Man kan se for seg at LIS/ALIS-stillinger som inngår i et bundet spesialistløp, også kan være attraktive for andre leger som allerede har gjennomført del 1. Dette kan skape noen utfordringer i gjennomføringen. Forutsetningen for ansettelse i bundne LIS1-stillinger, er imidlertid at legen som ansettes, ønsker å tre inn i et helhetlig løp allerede fra starten i LIS1.

Arbeidsgruppens vurdering

I møtene med arbeidsgruppen ble det diskutert alternative måter å kombinere stillinger for spesialisering i allmennmedisin og psykiatri/BUP med LIS1-stillinger. En måte er at LIS1 søker spesielt på slike stillinger en tid etter oppstart som LIS1 i sykehus. Fordelen med dette er at man reduserer tiden fra søknad til ansettelse betraktelig. Med dette forslaget vil man også kunne unngå "strategiske søknader" fra de som egentlig kun ønsker en LIS1-stilling.

Et annet alternativ er at et fast antall LIS1-stillinger ved de største sykehusene ikke blir koblet til en LIS1-kommunestilling i en av samarbeidskommunene, men er fristilt, slik at LIS1-legen kan søke en bunden ALIS-stilling med tilhørende LIS1-kommunestilling et annet sted i landet. Tilsvarende ordning kan innføres for BUP og psykiatri.

Helsedirektoratets vurdering

Per i dag er det mange ledige stillinger innen allmennmedisin og psykiatri/BUP¹⁶. Det forventes derfor at kun et fåtall leger som har gjennomført LIS1, vil ha interesse i å bli ansatt i en stilling for videre spesialisering med oppstart 2 år senere enn utlysningstidspunktet. Dersom det kun er LIS1 som ansettes mot slutten av tjenestetiden i del 1, uten at andre gis anledning til å søke på stillingen, vil dette være i strid med kvalifikasjonsprinsippet. Dette taler for at søkere bør ansettes samtidig i kombinerte stillinger for LIS1 og det videre spesialiseringsløpet.

2.4 Risiko for useriøse søkere

Det er fortsatt et stort antall søkere i forhold til antall LIS1-stillinger. Under halvparten av alle søkere får tilbud om stilling. Sannsynligheten er stor for at leger som ikke har allmennmedisin eller BUP/psykiatri som ønske for videre spesialisering, også vil søke på de bundne stillingene. Risikoen er stor for at mange bruker stillingene som et springbrett for å få LIS1-tjeneste, for så å bytte til en annen spesialitet når LIS1 er gjennomført.

Selv i dag er det mange kommuner som opplever at LIS1 hopper av før kommunetjenesten, og søker restplass andre steder, mange ganger på kort varsel. Dette skaper en vanskelig situasjon

¹⁶ <https://www.legejobber.no/>

for kommunen som da ofte blir stående uten LIS1. Ofte rammes de minste og minst sentrale kommunene av at LIS1 sier opp stillingen. Dette kan også bli en utfordring med bundne stillinger, og vi må nok akseptere at ikke alle ønsker eller klarer å stå hele spesialiseringsløpet ut i de bundne stillingene.

Håpet er imidlertid å finne de kandidatene som har en "indre motivasjon" for denne type stillinger, leger som ønsker forutsigbarhet, og som kan være nysgjerrige nok til å prøve noe utenom det vanlige. Det å søke bunden stilling kan også gi en ekstra sjanse for søkere som ikke kommer inn i ordinære stillinger. Helsedirektoratet er ofte i kontakt med kommuner og psykiatriske klinikker som ønsker å rekruttere leger uten LIS1, leger som ikke får stilling som LIS1 fordi andre kriterier og annen erfaring vektlegges høyere enn de kvalifikasjonene som kommuner og psykiatriske avdelinger vektlegger.

Om man klarer å finne de rette og motiverte kandidatene vil, i det store og hele, være avhengig av rekrutteringsprosessen. Det å lykkes med å beholde kandidatene avhenger av andre faktorer.

Arbeidsgruppens vurdering

Det ble diskutert i arbeidsgruppen hvorvidt en ordning med koblet stilling til allmennlegevirksomhet ville lykkes eller ei. Om denne ordningen lykkes, kan i stor grad avhenge av hvilke økonomiske insentiver som kan brukes, både overfor ALIS og kommunen. Med alle de ledige fastlegehjemplene som er nå, må det svært gode ordninger til for å motivere en LIS1 til en bundet stilling. Årlig ekstra utbetaling (bonus) for hvert år ALIS blir i stillingen, kan være en mulig motivasjonsfaktor. Viktigere er nok ikke-økonomiske fordeler ved å velge spesialisering innen allmennmedisin og psykiatri/BUP.

Helsedirektoratets vurdering

Med dagens høye søkertall til LIS1-stillingene, er det en utfordring å sikre seg at søkerne har motivasjon for videre spesialisering i bundet stilling. Det er en reell risiko for at kandidater søker på bundne stillinger for å sikre seg LIS1-stillingen, og at de siden sier opp LIS3-stillingen enten før eller kort tid etter oppstart. Grundige rekrutteringsprosesser vil kunne begrense dette til en viss grad. Per i dag opplever arbeidsgivere at søkere til LIS1-stillinger ikke alltid har reelle intensjoner angående ønske om arbeidsted. I modellen for bundne stillinger ligger det derfor et stort ansvar på arbeidsgivere med henblikk på å rekruttere de riktige kandidatene.

Tilbakemeldinger fra innspillsrunden

Sykehuset i Vestfold ønsker ikke å delta i ordningen. De skriver: *"Foretaket ønsker ikke å forplikte seg til faste ansettelse før kandidaten har fått erfaring med sykehusarbeid. At kandidaten har sykehuspraksis før et LIS3-løp gir arbeidsgiver langt bedre mulighet for å innhente og kvalitetssikre relevante referanser. Ordningen krever en grundig og tidkrevende ansettelsesprosess, for i størst mulig grad å fange opp kandidater som er reelt motivert. Likevel kan det være vanskelig å unngå at ordningen i noen tilfeller misbrukes til å sikre seg en LIS1-stilling"*.

Flere av Statsforvalterne var også kritiske til ordningen. Eksempelvis skriver Statsforvalteren i Rogaland: *"Vi er usikre på om denne modellen vil sikre at de rette motiverte legene blir ansatt og dermed er vi usikre på om modellen vil tjene hensikten. Vår erfaring er at mange leger finner ut av hvilken spesialisering de vil gå videre i underveis i sitt LIS1-løp, da dette for mange er første mulighet til å få arbeidserfaring og bedre kjennskap til ulike spesialiteter. Når det gjelder de legene som er motivert for allmennmedisin, psykiatri og/eller barne- og ungdomspsykiatri før gjennomført LIS1 er*

det ikke noe som er til hinder for at kommunene og psykiatrien deltar mer aktivt i ansettelsesprosessen av LIS1 for å sikre rekruttering av nettopp disse legene".

2.5 Ansvar for ansettelsesprosessen

Et viktig prinsipp for de ordinære LIS1-stillingene er at helseforetakene/virksomhetene og kommunen som arbeidsgivere skal samarbeide om utlysning og ansettelse i LIS1-stillingene. Dette prinsippet videreføres for de bundne stillingene. Det stilles særskilte krav til arbeidsgivere med å sikre rekruttering av de "riktige/motiverte" kandidatene til ansettelsene som LIS3/ALIS.

Spesialistforskriftens krav til utlysning av utdanningsstillinger

Kapittel 3 i spesialistforskriften regulerer stillinger for leger i spesialisering. Stillinger ved godkjente utdanningsvirksomheter skal lyses ut, og det skal stå i utlysningsteksten at den ledige stillingen er en stilling for lege i spesialisering. Leger som gjennomfører spesialistutdanningens første del (LIS1) er ansatt i slike stillinger. Det er også alle andre leger som er tilsatt i utdanningsstillinger i helseforetak, privat sykehus, privat rusinstitusjon, laboratorium eller annen virksomhet som er godkjent for å kunne tilby utdanning i en eller flere medisinske spesialiteter.

For ALIS er det kommunen som ansetter lege, eller inngår fastlegeavtale med lege. Det er et krav i kompetanseforskriften¹⁷ at kommunen skal sikre at leger som tiltrer en fastlegehjemmel, stilling ved kommunal legevakt eller annen stilling med oppgave om å yte helsehjelp i samsvar med helse- og omsorgstjenesteloven, skal a) ha spesialistgodkjenning i allmenntilleggsmedisin, b) være under spesialisering i allmenntilleggsmedisin, eller c) ha godkjenning som allmenntilleggslege.

Etter spesialistforskriften vil kommuner som er registrert som utdanningsvirksomhet, kunne tilby spesialisering i allmenntilleggsmedisin, og tilby spesialiseringsløp for sine leger (ALIS).

En utdanningsstilling utløser rettigheter og plikter etter forskriften. For eksempel må stillingene utlyses i samsvar med spesialistforskriften § 8, og det skal utarbeides en individuell utdanningsplan og legges til rette for nødvendig veiledning og supervisjon etter § 25.

LIS1-stillinger har et tilleggskrav om at de skal lyses ut i Helsedirektoratets stillingsportal, og søker skal ansettes på bakgrunn av søknader via portalen. De ordinære stillingene skal lyses ut samlet to ganger pr år, mens tidligere utlyste stillinger som blir ledige (reststillinger) skal lyses ut fortløpende i portalen.

Dagens system for rekruttering i LIS1-stillinger

I ny spesialistutdanning skal kommunen og helseforetakene/virksomhetene samarbeide om å lyse ut stillinger koblet, slik at den som ansettes får gjennomført hele utdanningens første del (LIS1) innenfor en utlyst stilling. Stillingene annonseres i fellesannonser for hvert helseforetak/sykehus i Helsedirektoratets stillingsportal for LIS1-stillinger.

Det er krav til at det må søkes på stillingene gjennom stillingsportalen. Tilsetting skjer etter kvalifikasjonsprinsippet, og legene tilsettes først i en 12-måneders stilling i spesialisthelsetjenesten, deretter i en 6-måneders stilling i en kommune. Hovedansvaret for rekrutteringsprosessen har i praksis ligget hos helseforetak/sykehus, og kommunene har i ulik

¹⁷ [Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten](#)

grad deltatt i utvelgelsen av kandidater. I gjennomsnitt er det ca. 550 søkere til hver stillingsannonse. Helseforetak og sykehus oppgir at det medgår et betydelig administrativt arbeid til utvelgelse av kandidater til intervju og resten av ansettelsesprosessen, et arbeid som kun de største kommunene har administrative ressurser til å prioritere.

Helsedirektoratet har spurt LIS1-søkerne om deres videre karriereønsker. Data fra tilsettingsrundene for søkere til LIS1-stillinger våren 2021, viser at 12% av søkerne og 11% av de tilsatte ønsket en videre karriere i kommunehelsetjenesten.

Tilsvarende data for høsten 2020 viser at 15% av søkerne og 9% av de tilsatte ønsket en videre karriere innen kommunehelsetjenesten ¹⁸.

Tabell 1: Søkere til LIS1-stillinger høsten 2020 og våren 2021

Preferanser etter LIS1	Søkere og ansatt høsten 2020			Søkere og ansatte våren 2021		
	Ansatt	Ikke ansatt	Sum søkere	Ansatt	Ikke ansatt	Sum søkere
Ingen preferanser	96	125	221	122	188	310
Primærhelsetjenesten	44	98	142	62	98	160
Spesialisthelsetjenesten	340	266	606	369	401	770
Sum	480	489	969	553	687	1240

Hvem bør ha hovedansvaret for rekruttering i bundne LIS1-stillinger

Ny modell må ta høyde for at helseforetak/sykehus og kommune fortsatt skal ha et felles ansvar for utlysning og tilsetning i LIS1-stillinger. Samtidig er det naturlig at kommunene kan ta et større ansvar enn i dag, spesielt for LIS1-stillinger med binding til videre spesialisering i allmenntjenestemedisin.

Tabellen under viser arbeidsgiver/utdanningsansvarlig for de ulike delene av utdanningsløpet. Hver lege i spesialisering vil ha minimum to arbeidsgivere. Noen vil ha tre eller flere.

Tabell 2: Oversikt over arbeidsgiver/utdanningsansvarlig for LIS1, LIS3 og ALIS

Stilling/ Arbeidsgiver:	LIS1-sykehus:	LIS1-kommune	LIS3 i BUP/ psykiatri	ALIS
HF/sykehus	X		X	
Kommune		X		X

En av hovedutfordringene med å ansette i et felles utdanningsløp, er å finne en omforent løsning for hvem som skal få hovedansvaret for den felles rekrutteringen.

Arbeidsgruppens vurdering

I arbeidsgruppen var det enighet om at det, både for kommunehelsetjenestens og psykiatriens del, er andre kvalifikasjoner som bør vektlegges enn i de indremedisinske og kirurgiske fagene.

¹⁸ Helsedirektoratets stillingsportal for LIS1-stillinger.

Det er viktig at det er de som er ansvarlige for LIS3-løpet som vurderer søkers kvalifikasjoner og har ansvaret for ansettelsen.

Argumentet for dette er at det er ansettelsen som LIS3/ALIS, som vil være den faste stillingen som skal videreføres i spesialistløpet. Likeledes er det gode argumenter for at egenskaper og erfaring man vektlegger hos en allmennlege og psykiater, ofte er forskjellige fra de man vektlegger når man skal ansette LIS1 med ønske om spesialistutdanning innen andre fag. Argumentet mot denne løsningen er at helseforetakene ikke får velge den kandidaten de mener er best kvalifisert for LIS1-tjenesten i sykehus.

En annen utfordring som ble fremhevet, er at kommuner i liten grad har deltatt i rekrutteringsprosessene til LIS1-stillingene. Det finnes imidlertid mange unntak fra dette. Sykehuset hvor LIS1-stillingen er plassert bør samarbeide med kommunene om rekrutteringen, men de bør ikke ha hovedansvaret.

Helsedirektoratets vurdering

Ved ansettelse av søkere til bundne stillinger for videre spesialisering i allmenntmedisin, BUP og psykiatri, mener Helsedirektoratet at arbeidsgiver for den faste stillingen bør ha hovedansvaret for rekrutterings- og ansettelsesprosessen, siden det er der legen fortsetter sin videre spesialisering. Arbeidsgivere vil da også kunne vektlegge kvalifikasjoner som er spesielt viktige for leger innen psykiatrifagene og allmenntmedisin. Utlysning og ansettelse bør skje i nært samarbeid med de rekrutteringsansvarlige for de ordinære LIS1-stillingene. Arbeidsgiver for den videre spesialiseringen skal ha beslutningsansvar ved ansettelse i kombinert stilling.

Arbeidsgiver/utdanningsansvarlig for det videre spesialiseringsløpet etter LIS1 får beslutningsansvar om hvem som skal tilbys de kombinerte stillingene.

Tilbakemeldinger fra innspillsrunden

I innspillsrunden var det generelt støtte til at arbeidsgiver for LIS3/ALIS får hovedansvaret for rekrutteringsprosessen til bundne LIS1-stillinger.

AHUS var imot dette forslaget: "*På AHUS har vi en god ansettelsesprosess hvor målet er å minske innflytelsen av enkeltpersoner som er farget av det ene eller andre. Dette er ressurskrevende, men det er den beste måten å sikre at kvalifikasjonsprinsippet følges. Flere andre sykehus har liknende prosess etter modell av AHUS. Vi anbefaler ikke at bundne stillinger fraviker fra denne prosessen, men heller at den som innehar LIS3-/ALIS-stillingen etter LIS1 er aktivt med i prosessen og at deres stemme vektlegges både i utlysning, utvelgelse av kandidater, intervju og under diskusjon før innstilling av kandidatene før tilbud sendes ut. I dag er allerede alle klinikkene som har LIS1 aktivt inne i rekrutteringsprosessen, inkludert kommunehelsetjenesten ved aktuelle kommuneoverleger. De tillitsvalgte for LIS1 og YLF er allerede inne i ansettelsesprosessen. «Nøkkelen» for å lykkes er at det settes av tilstrekkelig med tid til denne prosessen i både helseforetak og kommune!"*

ALIS-kontorene mente at det å gi kommunene ansvar for rekruttering til bundne ALIS- og LIS1-stillinger vil kunne styrke kommunenes oppmerksomhet og fokus på rekruttering av leger, herunder LIS1.

Blant annet Legeforeningen, KS, Helse Nord, Helse Sør-Øst og flere helseforetak støttet også tiltaket.

2.6 Hvordan unngå en tids- og ressurskrevende ansettelsesprosess

For å unngå merarbeid for søkere og arbeidsgivere, må det etableres en effektiv måte å lyse ut de bundne/kombinerte stillingene. Det kom en del innspill til dette både på innspillsmøtet og i møtene i arbeidsgruppen. Ett alternativ er å lyse ut de bundne/kombinerte stillingene parallelt med de ordinære stillingene, fortrinnsvis i samme stillingsannonse. Søkere kan melde interesse for den utlyste bundne/kombinerte stillingen ved å svare på screenings spørsmål i stillingsannonse, begrunne motivasjon for stillingen i selve søknaden, eller legge ved ekstra vedlegg (motivasjonsbrev) til søknaden.

Stillingsportalen for LIS1-stillinger gir mulighet for effektiv søknadsbehandling på tvers av virksomheter. Den gir ikke mulighet for "samordnet opptak", tilsvarende fordeling av studieplasser ved universitet og høyskoler, men det er mulig å legge inn obligatoriske screenings spørsmål i søknadsportalen som kan brukes til å grovsortere søkere. Et spørsmål kan f.eks. være om man er søker på den utlyste bundne stillingen. Hvis "ja" og "nei" er alternativer, vil arbeidsgiver raskt kunne sortere ut søkere til bundne stillinger.

Ved innføring av søknadsbasert turnus ble det bestemt at såkalt rekrutteringssvake områder kunne ansette LIS1 i en egen pulje, før de mer rekrutteringssterke områdene. Denne ordningen varte i kun et par år, og ble avvirket da det viste seg å være tilstrekkelig antall søkere også til de såkalt rekrutteringssvake områdene. Tilsvarende modell for de bundne stillingene har blitt vurdert. En egen ansettelsesprosess for de bundne stillingene vil både ha fordeler og ulemper. Spørsmålet er om man gjennom ansettelse i to puljer klarer å finne de rette søkerne som ønsker videre spesialisering i de bundne stillingene, eller om det vil være like stor sannsynlighet for at søkerne sier opp stillingen for videre spesialisering.

Det kom også forslag om at kommunene kunne lyse ut de bundne LIS1-stillingene med videre spesialisering i allmenntilleggsmedisin i egen annonse i stillingsportalen for LIS1-stillinger.

Kommunene må gis tillit og ansvar til å velge ut kandidater. Mange kommuner har HR-avdelinger med fremskutt kompetanse. Samtidig er det viktig at det den nye modellen ikke pålegger kommunene for mye merarbeid. KS har, både i innspillsmøtet og pr e-post, anmodet om at det bør tenkes enkel administrasjon rundt dette tiltaket.

Hva som er den mest effektive måten å gjennomføre rekrutteringsprosessen på, kan vi få mer erfaring med i årene fremover.

Arbeidsgruppens vurdering

Det er diskutert i arbeidsgruppen om søkerne til de bundne stillingene skulle kunne ansettes tidligere i tilsettingsrundene enn søkerne til de ordinære stillingene. I arbeidsgruppen var det ønske om færrest mulig forstyrrende elementer i den fra før tidkrevende rekrutteringsprosessen. Forslaget om utlysning og ansettelse i bundne stillinger i en egen pulje, fikk ikke tilslutning i arbeidsgruppen, mens forslaget om samtidig utlysning og ansettelse med de øvrige LIS1-stillingene ble støttet.

Helsedirektoratets vurdering

Dagens ordning for utvelgelse av kandidater til intervju for LIS1-stillinger er tidkrevende for arbeidsgiver. Ved innføring av bundne stillinger er det Helsedirektoratets vurdering at søknadsordningen ikke bør generere merarbeid for arbeidsgivere. Utlysning av de bundne stillingene i en egen pulje vurderes å ville være tidkrevende og en tilleggsbelastning for arbeidsgivere. Samtidig er det svært usikkert om utlysning i en egen pulje vil bidra til å sikre at flere fortsetter sin spesialisering innen allmenntilleggsmedisin, psykiatri og BUP. Tilbakemeldinger fra tjenesten og arbeidsgruppen var at gode rammer for videre spesialistutdanning er den viktigste suksessfaktoren. Utlysning i en egen pulje vil ikke forhindre at legene kan si opp sin bundne stilling etter gjennomført LIS1. Med dagens store søkertall til et begrenset antall LIS1-stillinger, vil det uansett utlysningsmodell være usikkerhet knyttet til om søkerne fortsetter i stillingen. Dette taler for en lik modell for utlysning og ansettelse som de ordinære LIS1-stillingene. Søker får dermed mulighet for å søke både på de ordinære og de bundne stillingene.

De bundne stillingene lyses ut samtidig med de ordinære LIS1-stillingene, fortrinnsvis i samme stillingsannonse.

Tilsetting og merking bør skje etter samme tidsskjema som de ordinære LIS-stillingene.

Tilbakemeldinger fra innspillsrunden

Dette tiltaket fikk bred støtte i innspillsrunden. Sykehuset Innlandet mente at stillingene skulle utlyses i to prosesser uten å forklare nærmere hvordan. Det ble fra andre helseforetak og andre aktører påpekt at det må fremgå tydelig av stillingsannonse at det er mulig å søke på begge typer stillinger.

Sørlandet sykehus støttet ikke utlysning i samme annonse: *"Separate stillingsannonser kan tenkes å bidra til at de rette kandidatene søker på de bundne stillingene, og kan videre gi tydeligere ansvarsfordeling i søknadsbehandlingen og være en mindre arbeidskrevende ansettelsesprosess, jf. svar til anbefaling 4. Det bør likevel være dialog mellom ansvarshaver for ansettelsesprosess for bundne stillinger, og ansvarshaver for ansettelsesprosess for ubundne stillinger, for å unngå at begge innstiller samme kandidat, ettersom en kandidat kan ha søkt begge steder. Her må også nevnes at dersom en kandidat blir innstilt begge steder, må kandidaten selv få velge hvilken stilling han vil ha, ansvarshaverne for ansettelsesprosessen bør ikke få velge dette uten involvering av kandidaten, særlig mtp. å rekruttere de rette kandidatene til de rette stillingene etter motivasjon. Det må komme klart fram hva som er bundne stillinger og hva som søkes på."*

2.7 Vurderingskriterier for ansettelse

Kvalifikasjonsprinsippet

Kvalifikasjonsprinsippet er et ulovfestet prinsipp som danner rammer for ansettelser i helseforetak og kommuner. Prinsippet beskriver at den best kvalifiserte søkeren skal ansettes,

og at det skal legges vekt på utdanning og erfaring. Det vil også kunne legges vekt på personlig egnethet, som for eksempel motivasjon, i avgjørelsen om hvem som er den beste søkeren. Prinsippet bygger på grunnleggende verdier om likebehandling, rettferdighet og saklighet¹⁹. For kommunal sektor er prinsippet i tillegg tatt inn i hovedtariffavtalen siden 1955. For statlig sektor er prinsippet lovfestet i statsansatteloven fra 2017, § 3. Kvalifikasjonsprinsippet gjelder ikke i privat sektor. Private arbeidsgivere kan fritt ansette den de selv ønsker, kun begrenset av arbeidsmiljølovens bestemmelser, herunder fortrinnsreglene i arbeidsmiljøloven §§ 14-2 og 14-3, og av diskrimineringslovgivningen.

Poengsystem for vurdering av LIS1-søkeres utdanning og erfaring

Ved tilsetning i LIS1-stillinger skal arbeidsgiver vurdere søkerens utdanning, erfaring og egnethet opp mot kravene som er satt for stillingen²⁰. Det er derfor viktig at stillingsannonse beskriver hvilke krav som stilles, og hva som evt. kan gi tilleggspoeng. Det er også viktig at arbeidsgiver beskriver hva de ønsker av dokumentasjon for å kunne vurdere søknaden.

Arbeidsgiver velger ut søkere til intervjuer på bakgrunn av innsendt søknad med CV og annen dokumentasjon. Noen arbeidsgivere benytter også screeningspørsmål i utvelgelsen av kandidater.

Norsk medisinerstudentforening (Nmf) har gjennomført en kartlegging av hvordan ulike kvalifikasjoner vektlegges ved de ulike sykehusene. Den viser at vektleggingen varierer fra helseforetak til helseforetak²¹.

Arbeidserfaring som lege har størst betydning i ansettelsene. Varigheten av arbeidet er gjennomgående mer utslagsgivende enn type legearbeid, men type legearbeid vektet også ulikt:

- Arbeid med vakt teller mer enn arbeid uten vakt.
- Arbeid utført som lege med autorisasjon teller mer enn som student med lisens.
- Noen foretak sidestiller arbeid i primær- og spesialhelsetjenesten, mens andre rangerer arbeid på sykehus høyere.

Annet lønnet arbeid i helsetjenesten gir også uttelling i de fleste ansettelsesprosessene, men betydelig mindre enn legearbeid. Videre kan forskererfaring, annen utdanning, relevante kurs, kjennskap til helsetjenesten, erfaring fra humanitært arbeid, tillitsverv og førstegangstjeneste gi tilleggspoeng.

Poengsystemene er i hovedsak veiledende i ansettelsesprosessene. En søker som skårer høyt poengmessig, kan gjøre det dårlig andre steder i ansettelsesprosessen og ende opp med å ikke bli ansatt.

Nmfs kartlegging viser at flere mindre helseforetak vektlegger "lokal tilhørighet" i utvelgelsen av kandidater. I dette ligger en kombinasjon av "å være oppvokst i regionen, ha kjennskap til sykehuset og et ønske om å bli værende". Nmf mener dette avviker fra kvalifikasjonsprinsippet for offentlige ansettelser.

¹⁹ https://lovdata.no/dokument/SPH/sph-2021/KAPITTEL_2#KAPITTEL_2

²⁰ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ansettelse-av-helsepersonell>

²¹ <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/student/norsk-medisinstudentforening/Medisinstudenter-i-jobb/tips/poengsystem-for-lis1-soknad/>

Arbeidsgruppens vurdering

Mindre helseforetak, der LIS1 jobber mer selvstendig, kan vektlegge andre personlige egenskaper enn større helseforetak. Eventuelle forventinger om personlige egenskaper bør imidlertid komme fram i stillingsannonsen, slik at det blir en rettferdig søknadsprosess med etterprøvbare kriterier.

Både på innspillmøtet og i arbeidsgruppemøtene ble det foreslått å kunne vektlegge andre hensyn enn utdanning og erfaring ved tilsetting i bundne stillinger, f.eks. personlig tilknytning, lokal tilhørighet og motivasjon til å gå videre i faget. Det ble spesielt kommentert at det å rekruttere leger med geografisk tilhørighet kan gi god effekt. Studier viser at denne "lakseeffekten" – leger etablerer seg ofte der de er vokst opp – til en viss grad kan bidra til bedre rekruttering og stabilitet²².

Gjennom ansettelse av leger som allerede har en tilknytning til kommunen eller helseforetaket, vil det være større sannsynlighet for at disse blir værende over lengere tid og bidra til en mer stabil legedekning.

Arbeidsgruppen var ikke helt samstemte med hensyn til å vektlegge andre vurderingskriterier enn formelle kvalifikasjoner. Noen mente det var viktig å holde på dagens poengsystem og vurderingskriter, mens andre mente at det var viktigere å ansette de "riktige og motiverte" søkerne, selv om disse ikke hadde like lang merittliste og erfaring. Dette må ses i sammenheng med at det for stillinger innen allmenntilleggsmedisin og psykiatri oftere er viktigere med de rette personlige kvalifikasjonene enn en lang merittliste. Arbeidsgruppen anså det som viktig at kriteriene opplyses om i stillingsannonsen for å sikre likebehandling av søkerne.

Både i innspillsrunden og på arbeidsgruppemøtene understreker Legeforeningen at de ikke støtter at geografisk tilhørighet kan vektlegges.

Helsedirektoratets vurdering

Helsedirektoratet vurderer at geografisk tilhørighet alene ikke kan veie opp for formelle kvalifikasjoner. Samtidig har arbeidsgivere et handlingsrom for vurdering av søkere med like formelle kvalifikasjoner. Mange søkere til LIS1-stillinger har omtrent samme formelle kvalifikasjoner, og det vurderes å være mulighet for i større grad å vektlegge tilleggs kvalifikasjoner ved ansettelse i bundne stillinger enn i andre typer stillinger.

Kandidater med spesiell motivasjon eller andre personlige egenskaper, kan være bedre egnet til bundne LIS1- og LIS3-/ALIS-stillinger enn kandidater med høyere formell kompetanse eller lengre erfaring. Personlig egnethet bør derfor kunne vurderes som særskilt viktig innen allmenntilleggsmedisin og psykiatri. Bakgrunn fra, og interesse for arbeid i distrikt har en positiv assosiasjon med rekruttering til distrikt. Helseforetak og kommuner bør så langt det er mulig presisere i stillingsannonsene hva de vil vektlegge av personlige egenskaper, og ha etterprøvbare kriterier.

Geografisk tilhørighet og personlig egnethet som for eksempel motivasjon, kan vektlegges i tillegg til faglige kvalifikasjoner ved tilsetting. Hva som vektlegges bør fremgå av stillingsannonsen.

²² http://arkiv.nsd.m.no/filarkiv/File/rapporter/Turnusrapport_juni_2014.pdf
Turnus i Finnmark

Tilbakemeldinger fra innspillsrunden

I innspillsrunden var det delte meninger på dette punktet. I all hovedsak var det støtte til tiltaket. Ahus poengterte diskriminering av utenlandsstudenter og personer fra andre deler av landet som et faremoment. Det ble anbefalt at søkere sender med motivasjonsbrev, der de beskriver hvorfor de ønsker denne stillingen. Dette har Ahus god erfaring med for søknad til LIS1-stillingene med kommunetjeneste i Finnmark og Kongsvingerområdet.

Helse Sør-Øst understreker at kvalifikasjonsprinsippet må være førende for rekrutteringen, og det kan være en fordel for bibehold av kandidaten at det kan tas hensyn til geografisk tilhørighet.

Helse Bergen mener: *"det er uakseptabelt at geografiske tilhørighet skal vektlegges. Da innfører vi et konkurransefortrinn som ikke nødvendigvis er knyttet til den best kvalifiserte kandidaten. Ingen andre yrkesgrupper får fortrinn basert på geografisk tilhørighet. En langt bedre modell for å bedre rekrutteringen til allmenntjenestemedisin og psykiatri mer permanent, er å øke utdanningskapasiteten for leger i Norge (og redusere støtten til medisinstudenter for norske statsborgere i utlandet), og å gi medisinstudenter og LIS i Norge gode utdanningsløp hvor hele helsetjenesten tas i bruk. Da må både små og store sykehus, flere psykiatriske enheter samt alle deler av kommunehelsetjenesten tas i bruk til utdanningen. «Vestlandslegen» er en modell som utvikles av Universitetet i Bergen i samarbeid med helseforetakene i Helse Vest, som tar sikte på desentralisert klinisk utdanning."*

KS og Legeforeningen var begge tydelige på at kvalifikasjonsprinsippet må være rådende. Legeforeningen støtter ikke forslaget: *"Tilsetting av søkere må skje etter kvalifikasjonsprinsippet, hvor ren geografisk tilhørighet ikke skal være en avgjørende faktor. Kvalifikasjonsprinsippet innebærer at arbeidsgiver er rettslig forpliktet til å tilby stillingen til den som etter en samlet helhetsvurdering er best kvalifisert til stillingen. Denne vurderingen må tuftes på saklige kriterier. Det er ikke opp til arbeidsgiver fritt å definere hva som er relevant, men arbeidsgiver har likevel et visst handlingsrom i hva man vektlegger."*

I innspillsrunden etterlyser Legeforeningen også en nærmere vurdering av lovligheten av modellen i forhold til kvalifikasjonsprinsippet: *"De foreslåtte utdanningsløpene skal gjennomføres i stillinger som er en del av offentlig virksomhet. Dette innebærer at tildeling av stillingene/hjemlene må følge kvalifikasjonsprinsippet. Det er presisert i rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen om fastlegepraksis at kvalifikasjonsprinsippet også gjelder for tildeling av fastlegehjemler. Kvalifikasjonsprinsippet innebærer at arbeidsgiver skal ansette den søkeren som etter en helhetsvurdering er best kvalifisert til stillingen. Ved vurderingen av hvem som er best kvalifisert, skal det legges vekt på utdanning, erfaring og personlig egnethet sammenholdt med kvalifikasjonskravene som er fastsatt i utlysningen. Etter vår vurdering kan det reises spørsmål ved om det er i samsvar med kvalifikasjonsprinsippet at to så vidt forskjellige stillinger kobles til et utdanningsløp. Dersom det opprettes egne stillinger for denne modellen, kan det rettslig sett være noe mindre problematisk i forhold til kvalifikasjonsprinsippet, men dette må uansett utredes nærmere"*.

3 LIS1 knyttet til videre spesialisering i allmenntjenestemedisin

Modellen skal legge til rette for å lyse ut 62 bundne stillinger hvert år. I dette kapittelet vil vi se på hvordan LIS1-stillinger kan bindes til stillinger med videre spesialiseringsløp i allmenntjenestemedisin (ALIS) i kommunene.

3.1 Hvordan velge ut aktuelle kommuner

Ordningen medfører et kontinuerlig arbeid med å fremskaffe et tilstrekkelig antall ledige fastlegehjemler eller kommunale legestillinger som kan bindes til LIS1-stillinger. Dette inviterer til mer langsiktig personellplanlegging for å rekruttere og beholde leger i kommunene. Den som rekrutteres i bundet stilling, vil tiltre i kommunen om 1,5 til 2 år. Ordningen vurderes å være lettest å innføre i kommuner med stabil legedekning. Gode rammevilkår for arbeidstid, faglig fordypning, god supervisjon og veiledning lokalt, er suksesskriterier for videre spesialisering innen allmenntidisin.

Arbeidsgruppens vurdering

Fra arbeidsgruppens allmenntidiske representanter var det tilbakemeldinger om at det ikke var sannsynlig at kommunene klarer å utlyse og ansette i bundne LIS1/ALIS-stillinger i første pulje med oppstart i LIS1 1. september 2022. Det var knyttet usikkerhet til hvor mange kommuner som vil binde seg opp til denne modellen i første utlysingsrunde. Spesielt ble det trukket frem at det må legges en del arbeid i koblingen mellom stillingene.

For å lykkes med innføring av bundne stillinger, er det viktig at man får tid til å sette i gang en prosess med Statsforvalterne og ALIS-kontorer. ALIS-kontorene mener de trenger mer tid enn til februar 2022, men det er mulig å få til noe i løpet av våren. I tillegg bør Statsforvalterne inn og kvalitetssjekke nyopprettede kommunestillinger for LIS1. En av de store utfordringene i mange kommuner er mangel på veiledere som er spesialister i allmenntidisin. Kommuner som tilbyr koblede stillinger, må kunne tilby god supervisjon og veiledning. I tillegg er det en fordel med konkurransedyktig lønn sammenlignet med sykehus og en lønnsmodell som gir "premiering" jo lengre du blir i stillingen.

Helsedirektoratets vurdering

Det er viktig at stillingene som etableres i første søknadsrunde, med oppstart 1. september 2022, er steder i kommuner der det kan legges til rette for utdanningsløp og tilbys utdanning av god kvalitet. Det er viktig å sikre med tilfredsstillende rammer for spesialistutdanning i bundne stillinger. På bakgrunn av Helsedirektoratets forhåndskunnskap, og tilbakemeldingene fra aktørene, ble det klart at kommunene trenger mer tid til å forberede oppstart i bundne stillinger. Det vurderes at binding til psykiatri og BUP vil være enklere å få til i første ansettelsesrunde. Samtidig må det jobbes frem gode løsninger for allmenntidisin underveis.

Kommuner som skal delta i ordningen, bør kunne tilby gode rammevilkår for ALIS. Fast ansettelse med regulert arbeidstid, tilbud om faglig fordypning, god supervisjon og veiledning har vist seg å være suksesskriterier for videre spesialisering i ALIS-prosjektene.

Både ALIS-kontorene og Statsforvalteren har oversikt over lokale ressurser og rekrutteringssituasjonen. ALIS-kontorene, i samarbeid med Statsforvalteren og evt. helsefelleskapene, kan få ansvar for å velge ut og prioritere hvilke kommuner som skal være med i ordningen fra år til år.

ALIS-kontorene bør få en aktiv rolle i denne ordningen ved å:

1. gi råd og veiledning til kommuner som ønsker å delta i ordningen
2. med sitt kjennskap til kommunene og i samarbeid med Statsforvalteren (og evt. helsefelleskapene), bidra med råd til Helsedirektoratet i prosessen med å velge ut aktuelle kommuner

Tilbakemeldinger fra innspillsrunden

Tiltaket om at ALIS-kontorene skal få en aktiv rolle i ordningen fikk bred støtte i innspillsrunden. Det var dog flere forbehold knyttet til de konkrete rollene til ALIS-kontorene.

Det ble fra flere hold anbefalt at det etableres formelle samarbeidsarenaer mellom ALIS-kontorene og helseforetakene for å sikre god informasjonsflyt og samarbeid.

KS var imot at ALIS-kontorene skulle velge ut aktuelle kommuner, og at ALIS-kontorene skulle ha noen rolle utover å gi råd til kommunen med ALIS.

ALIS-kontorene støttet tiltakene delvis. Det ble påpekt fra ALIS-kontorene at det kan være et stort arbeid å bidra med å velge ut aktuelle kommuner i samarbeid med Statsforvalteren (og evt. helsefelleskapene).

Det ble også påpekt at det er kommunens ansvar å følge opp ALIS, og at dette ikke skal være ALIS-kontorenes oppgave. ALIS-kontorene skal gi råd til ALIS som har konkrete spørsmål om utdanningsløp og tilskudd, i tillegg til ledere i kommunene og kommuneoverleger.

3.2 Fastlønn eller næringsdrift

Modellen med bundne stillinger skal tilpasses slik at ALIS enten kan være ansatt i fast stilling i kommunen eller som selvstendig næringsdrivende.

Modellen med selvstendig næringsdrivende fastleger har vist seg å være kostnadseffektivt, og gitt kortere ventetid på legetime. Fastlegeordningen tok utgangspunkt i privat næringsdrift da den ble innført. Siden innføringen av fastlegeordningen i 2001, har antall fastlønnede leger økt, spesielt ses en økning de seneste årene hvor rekrutteringsutfordringene til fastlegeordningen har blitt mer utbredte. Ved innføring av fastlegeordningen i 2001, var det 307 (9,5%) fastlegepraksiser med fast lønn. Antallet sank til sitt laveste i 2016 med 193 (4,1%) praksiser med fast lønn. Antallet økte til 315 per 31. september 2017, 551 per 31. desember 2017 og var per 31. desember 2020 på sitt høyeste antall noensinne med 731 (14,2%) praksiser med fast lønn²³.

Det er fordeler og ulemper med både privat næringsdrift og fast ansettelse. Mange unge nyutdannede leger vegrer seg for å binde seg til kjøp av fastlegepraksiser, med de kostnadene dette medfører så tidlig i karrieren. Spesielt gjelder dette steder der det er usikkert om man kan få avhendet praksisen hvis man slutter. Faste stillinger med tilbud om å kjøpe seg inn i

²³ <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/fastlegestatistikket,2020>

fastlegepraksisen etter et gitt antall år, kan være attraktive løsninger for de som vegrer seg av økonomiske eller andre årsaker.

Dersom det legges opp til privat næringsdrift, krever dette et spesielt behov for planlegging fra kommunen. Tidspunktet for oppstart i fastlegehjemmelen må passe med det tidspunktet avtreddende lege slutter i stillingen, eller vikariat for ledig hjemmel opphører. En slik ordning forutsetter at avtreddende lege vet når vedkommende skal slutte, og at det ikke oppstår sykdom, livshendelser eller andre faktorer som spiller inn på ønske om raskere oppsigelse. Tilpassing til næringsdrift medfører flere logistiske og praktiske utfordringer, både for legen som slutter i fastlegehjemmelen, kommunen og overtagende lege.

Det vil kreve nøye planlegging å få til ordninger med næringsdrift. Et juridisk uavklart spørsmål er hvorvidt en fastlegehjemmel kan utlyses før legen som har fastlegehjemmelen sier opp denne. Dette har det ikke vært mulig å avklare innenfor tidsrammen for oppdraget.

Likeledes er det juridisk uavklart hvordan ansettelse i gruppepraksis skal ivaretas. I henhold til rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen, er det slik at ved tildeling av hjemmel, «skal gjenværende legers uttalelse tillegges stor vekt». Spesielt i de tilfellene det ikke foreligger tidligere arbeidserfaring fra kommunehelsetjenesten, kan vurderingen av søkers kvalifikasjoner være vanskelig å vurdere. For søkere som har vikariert i en fastlegepraksis, vil kollegaene ha et bedre grunnlag for å vurdere legens funksjon i fastlegehjemmelen og internt i kollegiet.

Det kan være problematisk at potensielle søkere avskjæres fra muligheten til å søke på den ledige fastlegehjemmelen nærmere tidspunktet fratredende lege slutter. Leger som allerede har gjennomført LIS1, vil ikke omfattes av modellen som reelle søkere til disse stillingene.

Ved kommunal hjemmel vil kommunen ha styringsrett, og i høyere grad kunne planlegge og ansette vikar i hjemmelen. Kommuner kan også opprette kommunal "nullhjemmel" der legen starter med et mindre antall pasienter og bygger opp en større portefølje etter hvert.

Ansettelse i kommunal stilling kan føre til at kommunen må ty til dyre vikarordninger mens de venter på LIS i den bundne stillingen. For de kommunene som allerede klarer å rekruttere, er løsningen med bundne stillinger mindre attraktiv, og kan bli mer kostbar.

Arbeidsgruppens vurdering

Fra arbeidsgruppen var det innspill på at det kan bli vanskelig å få til koblede stillinger dersom kommunen i hovedsak har næringsdrivende fastleger. Dersom en koblet stilling skal gå til næringsdrivende fastlege, må fordelene være store, og langt overgå det vanlige tilskudd til ALIS-avtaler. En løsning kan være at kommunen innløser en hjemmel og omgjør den til fastlønn, men dette kan bli dyrt for kommunen.

Helsedirektoratas vurdering

Bundne stillinger synes lettest å innføre i kommuner som i hovedsak har ansatte fastleger. Modellen med næringsdrift vurderes å kunne fungere best i de største kommunene.

LIS1-stillingene bør primært knyttes til fastlønnede allmennlegestillinger selv om modellen også kan benyttes for næringsdrivende fastleger. Det gjenstår uavklarte juridiske problemstillinger knyttet til stillinger for næringsdrivende fastleger.

Undersøkelser viser at de fleste ALIS ønsker fastlønnede stillinger. Per dags dato er det mange ledige fastlegehjemler knyttet til næringsdrift. Helsedirektoratet vurderer at ordningen med koblede stillinger både kan tilknyttes fastlønnede stillinger og næringsdrift. Valg av næringsdrift eller fastlønnet stilling bør avklares i dialog med kommunen i forbindelse med ansettelse eller tiltredelse.

Tilbakemeldinger fra innspillsrunden

Dette tiltaket fikk bred tilslutning i innspillsrunden. Det var klare tilbakemeldinger på at det må være åpent for begge modeller. KS kom med innspill på at det må være opp til kommunen å avgjøre tilknytningsform. Legeforeningen presiserte at næringsdrift som utgangspunkt er den foretrukne driftsform for fastlegepraksis. Samtidig er Legeforeningen klar over at erfaringene fra ALIS-prosjekter har vist at interessen for å starte opp i næring er liten. Ifølge Legeforeningen vil det: *"være behov for ekstra tiltak om en skal stimulere til flere ALIS-avtaler i næring. Ved ansettelser bør det vurderes ordninger for overgang til næringsdrift etter endt utdanning der legen selv ønsker dette. Valg av næringsdrift eller fast ansettelse bør avklares med søkerne ifm. tilsetting"*. Det var også flere innspill på modeller der legen kunne starte med fastlønn og siden gå over til næringsdrift.

3.3 Bør ordningen forbeholdes rekrutteringssvake kommuner

Ordningen med bundne stillinger kan være ett av flere tiltak som kan bidra til rekruttering i rekrutteringssvake kommuner. Imidlertid er de mest rekrutteringssvake kommunene ofte preget av ustabil legedekning. Det kan være en fare for at dette også kan gå ut over kvaliteten på spesialistutdanningen og ivaretagelse av ALIS. Dersom ordningen med bundne stillinger skal forbeholdes rekrutteringssvake kommuner, må kommunen settes i stand til å tilby ALIS et attraktivt og godt utdanningsløp. Det bør lages kriterier for utvelgelse av kommuner. Legebarometeret²⁴ oppga i rapporten fra 2021 at i en spørreundersøkelse svarer 30% av kommunene at de mangler og opplever store utfordringer med å rekruttere fastleger. Ytterligere 47% svarer at de rekrutterer greit nå, men merker utfordringer. Antall kommuner som opplever store utfordringer med å rekruttere fastleger er økt med 64% siden 2019 og 600% siden 2017.

Siden 30% av kommunene kan anses som rekrutteringssvake, vil det mest sannsynlig også være flere av disse som kan ønske en bundet stilling.

Arbeidsgruppens vurdering

Tilbakemeldingen i arbeidsgruppen (ALIS-kontor og NSDM) er at ordningen med bundne stillinger ikke vil egne seg for de mest rekrutteringssvake kommuner. For at dette skal fungere i mindre kommuner og kommuner med ustabil legedekning, trenger man systemer som sikrer at kommunen kan tilby tilstrekkelig og god supervisjon og veiledning i henhold til spesialistforskriftens krav. Dette kan sikres gjennom samarbeid med nabokommuner med digital supervisjon og veiledning, men det er likevel mye som taler imot å knytte de mest rekrutteringssvake kommunene til ordningen med bundne stillinger.

²⁴ [R10-2021 Legebarometeret \(legeforeningen.no\)](#)

Hvis man lykkes, er det mulig at bundne stillinger kan bidra til økt rekruttering til de rekrutteringssvake fag og områder. Et slikt tiltak må sees i sammenheng med andre tiltak, fremfor alt, tiltak for å øke stabiliteten (gode veiledningsprogram, fagutvikling, rimelig vaktbelastning, godt planlagte utdanningsløp osv). Med dagens situasjon med mange ledige fastlegehjemler/stillinger, må kommunen kunne tilby et attraktivt spesialiseringløp utover det som tilbys som "standard". Dette ble påpekt av flere aktører i arbeidsgruppen.

Helsedirektoratets vurdering

Mange små kommuner lykkes allerede godt i å tilby LIS gode vilkår, utdanningsløp, veiledning, oppfølging etc. Med et stadig behov for nye kommuner som deltar i ordningen, vil det ikke være hensiktsmessig å begrense bundne stillinger kun til rekrutteringssvake kommuner. Det er ikke gitt at det over tid er hensiktsmessig å ansette leger så tidlig som to år før oppstart. Mange av de mest rekrutteringssvake kommunene trenger andre tiltak og raskere løsninger enn bundne stillinger. Dersom rekrutteringsvansker settes som eneste kriterium for valg av kommune, kan vi ende opp med for strenge inkluderingskriterier og for få kommuner som kan delta i ordningen. Dette vil i seg selv virke mot sin hensikt. Imidlertid er det ønskelig å prioritere rekrutteringssvake kommuner der dette anses som hensiktsmessig. Gjennom dialog med ALIS-kontorene og Statsforvalterne vil det være mulig å finne både de kommunene som kan ha nytte av koblede stillinger og de som kan tilby spesialistutdanning av god kvalitet.

Ordningen bør ikke forbeholdes rekrutteringssvake kommuner. Rekrutteringssvake kommuner som kan tilby spesialistutdanning av god kvalitet, bør prioriteres.

Tilbakemeldinger fra innspillsrunden

Tiltaket fikk støtte i innspillsrunden, men noen aktører ønsket at ordningen skulle forbeholdes rekrutteringssvake kommuner.

ALIS-kontorene mener at utdanningsstillingene må flyttes til kommuner som har tilstrekkelig stabilitet og kompetanse med forutsigbare og trygge arbeidsvilkår. Kommunene som skal ha ALIS, må "ha ressursar og kapasitet til å ta ansvar for rekruttering og tilsetjing. Vidare så må kommunen tilby ei god LIS1 teneste som gjer at kandidaten ynskjer å bli der vidare. Samtidig må kommunen kunna tilby eit godt opplegg for spesialisering i allmennmedisin, der kandidaten blir sikra at kommunen sine forpliktelsar etter spesialistforskrifta blir oppfylt, inkludert individuell plan med plan for utdanningsløp, og rettleiar.- Alt dette vil mange av dei meir rekrutteringssvake kommunane slita med å få på plass. Mange kommunar har allereie ledige heimlar og gullkanta ordningar for å sikra rekruttering i dag".

Helse Bergen mener: "vi nå er inne i en allmennlege-krise som omfatter både byer og mindre tett bebodde strøk, og det virker dermed rettferdig at alle kommuner kan benytte ordningen dersom den blir vedtatt. Dersom tiltaket skal ha en mer spisset virkning, bør vel de aller mest rekrutterings-svake kommunene prioriteres."

Det kom flere innspill på at de mest rekrutteringssvake kommunene ikke nødvendigvis vil kunne tilby spesialistutdanning av god nok kvalitet.

Samtidig var det andre innspill, fra blant annet Statsforvaltere, om at områder uten rekrutteringsproblemer ikke burde inkluderes, og at ordningen burde forbeholdes distriktskommuner som er rekrutteringssvake, men som kan tilby god veiledning.

4 LIS1 knyttet til videre spesialisering i BUP og psykiatri

Forskjellen mellom bundne stillinger i barne- og ungdomspsykiatri (BUP), psykiatri og allmenntillegning, er måten man organiserer arbeidet med å velge ut egnede stillinger. I dette kapitlet vil vi se på hvordan utdanningsstillinger i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri (BUP) kan bindes til LIS1-stillinger.

4.1 Hvordan velge ut aktuelle LIS3-stillinger i helseforetak/sykehus

De regionale helseforetakene (RHF) har oversikt over helseforetak og sykehus hvor det er størst behov for rekruttering til psykiatrien, og hvor det også er kapasitet for flere LIS1-stillinger.

Det ble stilt spørsmål i arbeidsgruppen om hvor interessante slike stillinger vil være for sykehusene: Vil de ønske å inngå avtaler med leger som ikke kan tiltre formelt før om 1-2 år? Ser de seg bedre tjent med å "holde av" stillinger? Hva om de får en aktuell lege som kan tiltre raskere enn LIS1-legen?

Bundne stillinger er formelle ansettelser. Ved inngått avtale med en lege om en bunden stilling 1-2 år før tiltredelse, har arbeidsgiver mulighet til å tilsette vikar i LIS3-stillingene frem til legen er ferdige med LIS1-tjenesten. Arbeidsgiver vil ikke ha anledning til å ansette en annen lege fast i den samme stillingen, så lenge LIS1-legen overholder alle sine forpliktelser og er tilsatt i stillingen. Per i dag er det allerede mange leger uten LIS1 som ansatt i vikariater innen psykiatrien.

I forslaget til modell for bundne stillinger ligger en anbefaling om at mest mulig av spesialisingsløpet (LIS1 og LIS3) bør gjennomføres ved samme utdanningsvirksomhet. Hvis LIS1-stillingen legges til samme sykehus som LIS3-stillingen, og LIS1-legen får tredelt tjeneste, vil legene få en mulighet til å bli kjent hos sin fremtidige arbeidsgiver tidlig i løpet, selv om resten av LIS1-tjenesten må gjennomføres før han/hun starter formelt.

Et annet forslag som ble omtalt i arbeidsgruppen, er muligheten for midlertidig bytte av ordinære LIS1-stillinger. Ordningen kan være aktuell for helseforetak/sykehus som har stort behov for rekruttering til psykiatrien, men ikke mulighet for å opprette ny LIS1-stilling. Det ble foreslått en ordning hvor HF/sykehus midlertidig "låner bort" de ordinære LIS1-stillinger til et annet HF, slik at hele spesialisingsløpet for bundne stillinger kan legges til samme utdanningsvirksomhet. En slik løsning vil i høyere grad knytte LIS1 til sin fremtidige arbeidsplass enn hvis LIS1-tjenesten skulle gjennomføres ved et annet helseforetak.

Arbeidsgruppens vurdering

Arbeidsgruppen støttet forslaget om at RHF/HF kan få ansvaret for å fordele de bundne stillingene i BUP og psykiatri innenfor egen region.

Helsedirektoratets vurdering

De regionale helseforetakene har ansvar for å sørge for at det utdannes et tilstrekkelig antall spesialister innen egen region. Mange områder av landet sliter med rekruttering, og har ubesatte stillinger innen både psykiatri og BUP.

Det er Helsedirektoratets vurdering at de regionale helseforetakene bør få ansvaret for å prioritere hvilke helseforetak/sykehus som skal få lyse ut bundne stillinger i BUP og psykiatri hvert halvår. Med et forutsigbart antall LIS1-stillinger som avsettes til dette formålet, vil RHFene kunne utarbeide en plan for eget RHF og sammen utarbeide en nasjonal plan for fordeling av stillingene.

Helsedirektoratet vurderer at LIS1-stillingen, som hovedregel, bør etableres der legen fortsetter sin videre spesialisering. Dette vil i høyere grad bidra til forutsigbarhet og stabilitet, både for arbeidsgiver og arbeidstaker.

De regionale helseforetakene bør få ansvaret for fordeling av LIS1-stillingene som skal knyttes til videre spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri og psykiatri i egen region.

Tilbakemeldinger fra innspillrunden

Dette tiltaket fikk full støtte blant de som svarte. Det var klare tilbakemeldinger på at RHF-ene må fordele LIS1-stillingene som skal knyttes til videre spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri og psykiatri i samarbeid med helseforetakene. Det er allerede etablert gode strukturer for fordeling av stillinger for LIS1 og i senere deler av spesialiseringen. *"Forutsigbarhet for de ulike helseforetakene som mottar LIS 1, er svært viktig, for å kunne planlegge drift, bemanne akuttmottak, sikre kontinuitet i arbeidet og lage arbeidsplaner som sikrer at LIS 1 får gjennomført og godkjent læringsmål og læringsaktiviteter Det vil si at en eventuell ny ordning må gjøres forutsigbar, slik at antallet LIS 1 ikke endrer seg for foretakene fra år til år".*

4.2 Tredelt løp for LIS1 i sykehusåret

Helsedirektoratet har vurdert om vi skal anbefale tredelt tjeneste for leger i kombinerte LIS1-stillinger som skal videre i spesialiseringsløp innen BUP og psykiatri. Tredelt sykehustjeneste betyr at tjenestetiden for LIS1 er fordelt på fagområdene indremedisin, kirurgi og psykiatri. De helseforetakene som har slik tredelt sykehustjeneste, opplever stor nytte av ordningen.

Mange leger rekrutteres videre inn i spesialiteten psykiatri gjennom tredelt LIS1 sykehustjeneste. Tredeling kan også være en unik mulighet for å gi leger som planlegger videre spesialisering innen allmennlege noe erfaring med psykiatri. Den tredelte tjenesten bidrar til å eksponere LIS1 for et fagområde som ikke nødvendigvis er høyest på listen over spesialiteter legene ønsker å arbeide i fremover. Erfaringen fra både helseforetak og kommunehelsetjenesten, er at eksponering for et fagfelt tidlig i karrieren i høy grad bidrar til rekruttering innen fagfeltet.

Ulempen med tredelt tjeneste er at denne er mer krevende for LIS1. Noen finner det utfordrende å klare dagens læringsmål i kirurgi og indremedisin på den tiden de har til rådighet. For å etablere et tredelt løp på permanent basis, kan arbeidsgiver planlegge med en fast stilling i hver av de tre fagene og la tre LIS1-leger rotere i disse stillingene gjennom et helt år.

Det kan også være fordeler for kommende psykiatere og allmennleger å ha mest mulig somatisk tjeneste innen indremedisin og kirurgi i LIS1-løpet. Faglig trygghet krever tid og modning, og todelt sykehusjeneste i del 1 kan gi legene større trygghet innen indremedisin og kirurgi.

Arbeidsgruppens vurdering

Arbeidsgruppen støttet at de legene som skulle videre i psykiatri/BUP bør gjennomføre LIS1-tjenesten i et tredelt løp som inkluderer psykiatri. Det kom også forslag om at det tredelte løpet kunne inkludere læringsmål i BUP.

Det ble diskutert om flere LIS1-stillinger burde ha tredelte løp. Erfaring fra psykiatrien kan være nyttig for flere fagområder, inkludert allmennmedisin, og kan også bidra til at flere leger velger dette som et videre spesialiseringsløp. Erfaringer fra Ahus viser at innføringen av tredelt tjeneste for LIS1 har bidratt til bedre rekruttering i psykiatristillinger.

Helsedirektoratets vurdering

Ut fra en helhetsvurdering har vi valgt å ikke gi noen anbefaling om at leger i kombinerte LIS1- stillinger med videre spesialiseringsløp i BUP og psykiatri, skal ha tredelt LIS1-tjeneste. Det er ikke nødvendigvis noen fordel at LIS1, som senere skal utdanne seg til psykiater, har psykiatri i LIS1-tjenesten. Derimot kan det være fordeler med mest mulig praksis innen indremedisin og kirurgi i LIS1-tjenesten, slik at legene blir tryggere innen somatisk medisin. Flere helseforetak oppgir at mange leger som i utgangspunktet ikke hadde tenkt seg å jobbe innen psykiatri, rekrutteres inn i psykiatrien etter å ha hatt psykiatritjeneste som ledd i LIS1-tjenesten. Dette potensialet er viktig å utnytte. Dersom mange av de tredelte LIS1-stillingene går til leger som ønsker spesialisering innen psykiatri, vil effekten av dette tiltaket reduseres, og det kan føre til noe lavere rekruttering til psykiatrifagene. Helsedirektoratet ser at det er flere ulemper enn fordeler med tredelt sykehusjeneste for leger som skal videre i spesialiseringsløp i BUP og psykiatri. Vi avstår derfor fra å ta dette med som et element i modellen, og lar det være fritt for arbeidsgiver å bestemme.

Tilbakemeldinger fra innspillsrunden

I innspillsrunden var det flere motforestillinger knyttet til tredelt sykehusjeneste i LIS1. Spesielt ble det lagt vekt på behovet for bredere kompetanse og faglig trygghet innen somatikken, og at det ikke nødvendigvis ga noen fordeler å tilby tredelt tjeneste i sykehusdelen av LIS1 i forhold til rekruttering. Dette var søkere som allerede ønsket videre spesialisering i psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri.

Helse Bergen skriver i sitt innspill: *"Dette er et dårlig tiltak for å rekruttere LIS3 til psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Den beste måte å øke interessen for faget, er å få flere LIS1 inn i tredelt LIS1-tjeneste i spesialisthelsetjenesten. Dette vil både øke kapasiteten for en LIS1-tjenesten og sikre at flere får grunnleggende erfaring fra somatikk og psykiatri i spesialisthelsetjenesten, før LIS1-tjenesten i kommunehelsetjenesten. Helseforetakene må legge til rette for at LIS1 kandidatene får gode læringsutbytter i psykiatrien, og legge til rette for solide planer for oppnåelse av læringsmål med god veiledning fra engasjerte leger."*

Helse Nord mener at: *"Tredeling er ikke en forutsetning for at modellen skal fungere og har en nedside for leger som allerede har bestemt seg for videre spesialiseringsløp innenfor psykiatri. For*

kommende psykiatere er det viktig å få mest mulig erfaring med somatikk i løpet av LIS1. Modellen bør derfor åpne for både todelt og tredelt LIS1-sykehustjeneste".

Ahus støtter tredeling: "LIS1 i koblet stilling med psykiatri/BUP bør få anledning til å ha tjeneste i faget der de skal ha sin LIS3. Det innebærer også at LIS1-stillinger med kobling til BUP bør få ha tjeneste på BUP under sin tredeling. Det vil være opp til arbeidsgiver å sørge for at dette innrettes på en måte som ivaretar LIS1s behov for utdanning/oppfyllelse av læringsmål. Det anbefales at disse stillingene følger av dagens allerede etablerte ordning her på Ahus, men med en utvidelse til tjeneste på BUP for de aktuelle kandidatene. Helseforetak med todelt tjeneste bør ikke utelukkes fra denne ordningen, men alle LIS1 vil ha nytte av å ha kunnskaper og erfaring fra psykisk helsevern, uavhengig av senere spesialisering. For å lykkes må helseforetak ha stort nok volum av pasienter slik at LIS1 får nok mengdetreningen i sine rotasjoner. Veiledning og supervisjon er også en forutsetning for å lykkes".

5 Fleksibel fordeling av stillingene

Det har vært diskutert hvordan de bundne stillingene kan fordeles på spesialitet og helseregion, om de skal være faste eller midlertidige, og om det kan være koblinger nord/sør. I dette kapittelet vil vi også se på fordeling av spesialitet for de første utlysningsrundene.

5.1 Fordeling mellom allmenntjenestemedisin og psykiatri

I oppdraget er det føringer om at de 62 nye LIS1-stillingene skal fordeles mellom bundne stillinger i allmenntjenestemedisin, BUP og psykiatri, og fordeles etter "tjenestenes behov" og kapasitet til å opprette disse stillingene. 31 stillinger lyses ut om høsten og 31 stillinger lyses ut om våren.

NAV's bedriftsundersøkelse angående mangel på helsepersonell, viser at det er en observert mangel på 81 psykiatere og 18 spesialister i BUP²⁵. Samme undersøkelse viser en estimert mangel på rundt 100 allmennleger²⁶. Helsedirektoratets data for fastlegeordningen viser også et stort behov for rekruttering av nye fastleger i årene fremover, da en av fem fastleger er over 60 år²⁷.

Arbeidsgruppens vurdering

Arbeidsgruppen støttet en modell med fordeling av stillingene innen allmenntjenestemedisin, psykiatri og BUP i henhold til behov. Likeledes støttet arbeidsgruppen geografisk fordeling i henhold til behov.

²⁵ [Estimert mangel på helsepersonell - NAVs bedriftsundersøkelse](#)

²⁶ [Allmennpraktiserende leger - Helsedirektoratet](#)

²⁷ [Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten - rapport 2020.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

Helsedirektoratets vurdering

En statistisk modell for geografisk fordeling av stillinger og fordeling mellom de ulike fagområdene vil kunne begrense nytten av ordningen med bundne stillinger. Behov for stillinger ulike steder i landet og mellom de ulike spesialitetene, kan variere fra år til år. En fleksibel modell der det tas utgangspunkt i en omtrentlig fordeling både geografisk og mellom de ulike spesialitetene, med regelmessige justeringer i fordelingen, er å foretrekke. For psykiatri og BUP er det mulig å gi ansvar for kartlegging av behov og fordeling til RHFene. For kommunene foreligger ikke tilsvarende styringslinje. Ansvaret for fordeling av stillinger i kommunene foreslås derfor å legges til Helsedirektoratet, som gjennom dialog med tjenestene, ALIS-kontorene og Statsforvalterne gjør årlige vurderinger av behov. Det bør være mulig å gjøre om ordinære stillinger til bundne stillinger, og opprette ordinære stillinger i andre deler av landet der det er behov for dette. Dermed kan man holde det totale antall stillinger for LIS1 på det besluttede antall, samtidig som man kan justere på antall bundne stillinger etter behov internt i de ulike helseregionene.

Helsedirektoratet foreslår en fleksibel modell for fordeling av stillingene, der det tas utgangspunkt i en omtrentlig fordeling både geografisk og mellom de ulike spesialitetene, men der det gjøres regelmessige justeringer av fordeling ved behov.

Tilbakemeldinger fra innspillsrunden

Tiltaket fikk støtte i innspillsrunden. Legeforeningen anbefaler årlige vurderinger og beregninger av spesialistbehov, og at antall LIS1 i helseforetakene må være stabilt av hensyn til organiseringen på den enkelte avdeling, men at stillingene kan fordeles mellom regionene. Ellers vektla aktørene fleksibilitet samtidig med behov for forutsigbarhet for tjenestene.

5.2 Fordeling av stillinger i første pulje

Fordeling på spesialitet

Første pulje med utlysning av 31 nye LIS1-stillinger 27. januar 2022 med oppstart 1. september 2022, byr på særskilte utfordringer knyttet til å finne aktuelle utdanningsstillinger i kommunene og helseforetakene som kan knyttes til de nye LIS1-stillingene. I tillegg til at kommuner må utvelges, må det også sikres at det samarbeidende helseforetaket har mulighet for å opprette en stilling for LIS1. Det synes som det er mer komplisert og tidkrevende å få etablert denne modellen for allmenntidmedisin, enn for psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri.

Det vil være enklere for helseforetakene å opprette stilling for LIS1 knyttet til stilling med videre spesialisering i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, da dette kan gjøres gjennom den vanlige styringslinjen. For disse stillingene vil det også være bedre tid til å finne en samarbeidende kommune som kan ta imot LIS1, enn det vil være å sikre sykehusstilling til LIS1 i kommunehelsetjenesten.

Helsedirektoratets vurdering er at det vil være enklere å få på plass stillinger innen psykiatri i første utlysningsrunde. Praktisk tilrettelegging for å få etablert stillinger innen allmenntidmedisin, krever noe mer tid, men vil kunne være på plass innen neste utlysningsrunde.

Samtidig foreslås en modell, omtalt i kapittel 4.1, hvor tidligere tildelte LIS1-stillinger kan omfordres enten permanent eller midlertidig. Da vil helseforetak/sykehus som har stort behov for rekruttering til psykiatrien, men ikke mulighet for å opprette ny LIS1-stilling, kunne "låne bort" en av de ordinære LIS1-stillingene til et annet HF, slik at hele spesialiseringssløpet for bundne stillinger kan legges til samme utdanningsvirksomhet. Et slikt utlån bør kunne skje på tvers av regionene.

De 31 LIS1-stillingene som skal lyses ut våren 2022 med oppstart 1.9.2022, bør knyttes til videre spesialisering innen psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri.

Fordeling på RHF

Forslaget til fordeling som ble presentert for RHF-ene i innspillsrunden, var følgende:

- Helse Nord RHF: 3
- Helse Midt-Norge RHF: 6
- Helse Vest RHF: 6
- Helse Sør-Øst RHF: 16

I innspillsrunden meldte Helse Nord RHF tilbake at de ønsker 6 av de 31 stillingene.

De andre RHFene vil gjerne beholde de stillingene som er foreslått. Dette innebærer at vi "mangler" eller må omfordre tre stillinger. Helsedirektoratet er i dialog med RHF-ene om endelig fordeling av stillingene. I dialogen har Helsedirektoratet fått spørsmål om:

- RHFene kan opprette noen flere LIS1-stillinger. Dvs at RHF/HF finansierer disse selv, men at en øker med mer enn 31 stillinger?
- RHFene kan benytte noen av de tidligere tildelte LIS1-stillingene til bundne/kombinerte stillinger innen BUP og psykiatri?

Fordelingen mellom RHFene vil ikke være klar ved oversendelse av rapporten.

Tilbakemeldinger fra innspillsrunden

Forslaget om at alle LIS1-stillingene i første runde skal gå til kombinerte stillinger med videre spesialiseringer innen BUP og psykiatri, fikk i det store og hele støtte fra aktørene. Samtidig var det mange som påpekte at det hastet med å etablere stillinger knyttet til allmennmedisin. ALIS-kontorene regner ikke med at de kan klare å gi oss råd om oss hvilke kommuner som bør inn i ordningen i første utlysning. Åhus ville utlyse med forbehold om at det finnes ALIS-stillinger innen oppstart i LIS1. Tinn kommune oppga at de var klar for å etablere nye stillinger med utlysning allerede nå.

Statsforvalteren i Innlandet: *Det er ikke ønskelig, men forståelig ut fra argumentasjonen. Skal man legge frem et helt utdanningsløp må man jo vite hvor dette skal skje. Dersom noen aktuelle kommuner likevel klarer å komme opp med slike utdanningsløp, vil vi se det som positivt at dette ble gjort til en mulighet også våren 2022.*

Statsforvalteren i Nordland: *Den anbefales å forsøke å få etablert utlysning for enkelte LIS1-ALIS stillinger også i første runde i lys av utfordringene mange kommuner har i fastlegeordningen. Dette kan bidra til at flere kommuner, særlig de mindre, tidlig kan se til andre kommuner som har tatt i bruk ordningen tidlig slik at de har mulighet til å i større grad selv etablere ordningen når den skal utvides ved neste utlysning høsten 2022. En tenker at ALIS-kontorene kan forsøke å stimulere til dette.*

Statsforvalteren i Vestfold og Telemark: *Rekrutteringsutfordringene innenfor allmenntilleggsmedisin er så store at en bør utlyse et mindre antall bundne stillinger knyttet til allmenntilleggsmedisin allerede høsten 2022. Disse kan fungere som en pilot, og erfaringene kan brukes for utlysning/ansettelse av et større antall kandidater våren 2023.*

Tinn kommune: *"Vår kommune har tidligere etterspurt denne ordningen gjennom et initiativ opp mot helseforetaket og samhandlingskoordinator. Dette endte da med avslag fra Helsedirektoratet. Vi er svært fornøyde med at Helsedirektoratet nå åpner for en slik ordning vi har ønsket. Vi mener det er svært viktig å få i gang denne ordningen raskt i kommunene og allmenntilleggsmedisinen. Allmenntilleggsmedisinen er i behov av raske tiltak som kan føre til positive effekter og positive ringvirkninger. Vår kommune er klar og vi tror også noen andre kommuner er klare. En forsiktig oppstart i kommuner som er klare, på modell fra slik det praktiseres i ulike prosjekter, vil man høste erfaringer før ordningen deretter utvides. Ordningen bør også gjelde for noen kommuner med oppstart fra 1.9.2022".*

Helse Nord: *"Det er behov for mer tid for å etablere nye stillinger bundet til allmenntilleggsmedisin. Se forrige kommentar angående fordeling mellom helseregionene. 6 av de 31 stillingene i første pulje bør fordeles til Helse Nord."*

KS: *Mangel på LIS1-plasser er en flaskehals. Det bør derfor så raskt som mulig også lyses ut stillinger for spesialisering til allmenntilleggsleger, men det er nødvendig at juridiske/administrative forhold er avklart (se kommentarer over).*

Akershus universitetssykehus (Ahus): *Støttes delvis. Dersom stillingene skal innrettes hensiktsmessig, bør kommunene få noe mer tid til å forberede kobling til ALIS. Derfor bør de første koblede stillingene fortrinnsvis knyttes til sykehusspesialiteter. Vi er imidlertid ikke sikker på om alle de 31 LIS1-stillinger bør være koblede stillinger i første omgang - spesielt med tanke på at ikke alle HF som har LIS1 i dag har tredelt tjeneste (hvilket er en forutsetning for å lykkes med ordningen). Derfor bør RHFene kunne tildele koblede stillinger til de HF som allerede har mulighet for tredelt tjeneste og hvor det har størst sjans for å få til en koblingsordning allerede fra utlysning vår 2022.*

Sykehuset Innlandet: *Det kan på sikt være aktuelt å inkludere TSB (rus).*

5.3 Neste pulje og fremover

I utlysningsrunde høsten 2022, med oppstart 1.3.2023, kan det være aktuelt å fordele alle stillingene til allmenntilleggsmedisin. I de neste puljene kan det være lik fordeling mellom stillinger i allmenntilleggsmedisin og psykiatri, dersom man finner dette hensiktsmessig.

6 Juridiske vurderinger av foreslått modell

For noen stillinger, for eksempel fastlegehjemler, er det egne avtaler om utlysning og tildeling av hjemler²⁸. Det forutsettes at modellen må ta hensyn til slike avtaler. Om dette innebærer at hjemmelen må lyses ut to ganger, eller i parallelle løp, må utredes videre av jurister.

6.1 Forslag til endringer i spesialistforskriften

Innføring av en ordning der stillinger i utdanningens del 1 knyttes til videre spesialistutdanning, vil etter Helsedirektoratets mening, måtte føre til endringer i bestemmelsene som i dag gjelder opprettelse og fordeling av stillinger, utlysning av stillinger og tilsetning og kopling for utdanningens første del, jf. spesialistforskriften §§ 11-13.

Helsedirektoratet har **et foreløpig utkast til endringer:**

§ 11. Opprettelse og fordeling av stillinger i utdanningens første del og stillinger i hele spesialiseringsløp.

Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter hvor mange stillinger i spesialistutdanningens første del som skal opprettes i sykehusene og i kommunene. Helsedirektoratet fordeler antall stillinger i sykehus til hvert av de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene oppretter stillinger innen helseregionen i de enkelte helseforetakene. Stillinger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fastsettes fylkesvis av Helsedirektoratet, og fordeles til de enkelte kommunene i samråd med statsforvalteren.

Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter hvor mange stillinger i spesialistutdanningens første del som skal knyttes til videre spesialistutdanning (i allmenntidisin, psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri).

(Merknad: dette må utdypes nærmere i rundskrivet)

Helsedirektoratet kan, om nødvendig, pålegge det enkelte regionale helseforetaket eller den enkelte kommunen å ansette leger i utdanningens første del. Et slikt pålegg skal så langt som mulig gis i god tid før legen starter arbeidet. Helseforetaket eller kommunen skal få anledning til å uttale seg før slikt pålegg gis.

§ 12. Utllysning av stillinger i utdanningens første del og utlysning av hele spesialiseringsløp

Stillinger i utdanningens første del skal lyses ut *koblet* i Helsedirektoratets stillingsportal. Det samme skal gjelde *stillinger i utdanningens første del som er knyttet til videre spesialistutdanning*. Søkerne ansettes på bakgrunn av søknader via portalen. Stillingene skal lyses ut samlet to ganger årlig. Helsedirektoratet fastsetter når søkerne tidligst kan gis tilbud om en stilling. Søknadsfristen skal formidles i god tid og skal ikke være kortere enn to uker. Tidligere utlyste stillinger som blir ledige (reststillinger), skal lyses ut fortløpende i portalen.

²⁸ <https://www.ks.no/ASA 4310>

Søkernes frist for å akseptere et tilbud etter første tilbudsrunde, skal ikke være kortere enn tre virkedager.

Når en lege har akseptert et tilbud om stilling *etter første ledd* i utdanningens første del i en ordinær halvårlig utlysningspulje, skal arbeidsgiveren registrere dette i stillingsportalen og gjøre informasjonen tilgjengelig for andre arbeidsgivere. Helsedirektoratet skal gjøre merkingen av legens aksept av stillingen utilgjengelig for arbeidsgivere én uke før den aksepterte stillingens tiltredelsesdato. Helsedirektoratet skal etter søknad gjøre merkingen utilgjengelig, dersom den aksepterte stillingen er sagt opp på grunn av nedsatt funksjonsevne hos legen eller en person som legen har tilknytning til.

§ 13. Tilsetting og kobling av stillinger i utdanningens første del og hele spesialiseringsløp

Kommunen og helseforetak eller sykehus skal samarbeide om å lyse ut stillinger koblet, slik at den som ansettes får gjennomført hele utdanningens første del innenfor en utlyst stilling.

For LIS1-stillinger knyttet til videre spesialiseringsløp i en registret utdanningsvirksomhet, har kommunen ansvaret for tilsettingen av legen i utdanningens første del og utdanningens resterende del.

For LIS1-stillinger knyttet til videre spesialiseringsløp ved godkjente utdanningsvirksomhet, ligger ansvaret for tilsetting i virksomheten. (Merknad: dette må utdypes nærmere i rundskrivet).

Helsedirektoratet kan pålegge helseforetak, sykehus og kommuner å lyse ut koblede LIS1-stillinger. *Det samme gjelder stillinger i utdanningens første del som er knyttet til videre spesialistutdanning.*

LIS1-stillingene i *helseforetaket eller* sykehuset og i kommunen er to ansettelsesforhold, og kan kobles på en av følgende måter:

- a. Søkeren ansettes samtidig i en stilling ved et sykehus eller et helseforetak, og i en stilling i en bestemt kommune.
- b. Søkeren ansettes først i en stilling ved et sykehus eller et helseforetak. Søkeren gis deretter rett til ansettelse i én av de kommunene som sykehuset eller helseforetaket samarbeider med. Søkeren skal ansettes i kommunen i rimelig tid før tjenesten der er planlagt å begynne.

6.2 Kompetanseforskriften

Det vil ikke være behov for endringer i kompetanseforskriften ved innføring av den foreslåtte modellen.

Etter kompetanseforskriften skal kommunen sikre at leger som tiltrer en fastlegehjemmel er spesialist i allmenntilleggsmedisin eller under spesialisering. Dette innebærer at legen ikke kan tiltre en stilling som fastlege før legen har gjennomført utdanningens del 1. Det er etter kompetanseforskriften, ikke noe i veien for at det inngås avtale om ansettelse før legen har gjennomført del 1.

7 Økonomiske og administrative konsekvenser av foreslått modell

Ordningen med bundne stillinger (utlysning av kombinerte stillinger) vil kreve merarbeid både hos kommuner, helseforetak, regionale helseforetak, Statsforvalter, ALIS-kontorer og Helsedirektoratet.

Kommuner

Felles utlysning av LIS1 og LIS3/ALIS vil medføre noe merarbeid for kommunene og helseforetakene i selve rekrutteringsprosessen. Samtidig vil tiltaket bidra til at 31 flere søkere kommer inn i et spesialiseringsløp hvert halvår, som igjen gir utslag i 31 færre søkere i neste runde. Med over 600 søkere som ikke får tilbud om LIS1-stilling i hver tilsettingsrunde, utgjør dette kun en mindre reduksjon i arbeidsmengde. Omfanget av merarbeid anses som beskjedent, og veies opp mot fordelene av færre søkere i neste runde, samt fordelene ved å slippe ekstra utlysning av stillingen i det videre spesialiseringsløpet på et senere tidspunkt.

HF/virksomheter

Det vil bli et merarbeid for helseforetakene/sykehusene og de regionale helseforetakene ved fordeling av stillinger innen BUP og psykiatri. Omfanget av merarbeid anses som beskjedent.

ALIS-kontorene og Statsforvalterne

ALIS-kontorene og Statsforvalterne vil få merarbeid med utvelgelse av kommuner som skal delta i ordningen med bundne stillinger. Dette arbeidet kommer i tillegg til allerede etablerte arbeidsoppgaver. Ved opprettelse av nye LIS1-stillinger i kommunene vil Statsforvalteren måtte kvalitetssikre tjenestestedet før opprettelse av LIS1-stillingen. Omfanget av ressurser som kreves til dette arbeidet vurderes å utgjøre ½ -1 årsverk.

Helsedirektoratet

Helsedirektoratet vil få et merarbeid knyttet til fordeling av stillingene innen allmennmedisin og BUP/psykiatri. Likeledes er det tilknyttet ekstraarbeid i forbindelse med utlysnings- og tilsettingsrundene, samt i evaluering. Et system for oppfølging av ordningen inkluderer også IKT-utvikling/digitalisering. Det anslås behov for personellressurser hos Helsedirektoratet tilsvarende ½ -1 årsverk.

Utviklingen av et digitalt system for følge-med-evaluering vil innebære funksjonalitet for uthenting av data fra LIS1 søkeportal, fra RHF og kommuner, system for sammenstilling, analysering og tilgjengeliggjøring/publisering. Beløpet anslås til om lag 1,5 mill. kroner, men dette må utredes nærmere.

Innføring av bundne stillinger medfører behov for revisjon av rutiner ved tilsetting. Dette bør behandles i helsefelleskap, og nye tjenesteavtaler må vedtas både i helseforetak og kommuner.

Det vil også medføre noe merarbeid i arbeidet med revisjon av spesialistforskriften.

Samlet sett kan det administrative arbeidet ved innføring av disse stillingene beløpe seg til 1,5 mill. kroner pr år, med høyest kostnad i innføringsåret og senere ved særskilt evaluering av ordningen.

8 Følgeevaluering/kartlegging

I oppdragsdokumentet har Departementet skissert følgende løpende kartlegging av tiltaket:

- Hvor mange leger som tilsettes i bundne LIS1-stillinger.
- Hvor mange leger som fortsetter i det valgte spesialiseringsløpet etter LIS1.
- Hvor mange leger som fullfører de planlagte spesialiseringsløp uten å bytte til annen spesialitet, og hvor mange som bytter.

Ordningen får en løpende følgeevaluering. De som tilsettes i kombinerte stillinger blir spurt om samtykke til å bidra i denne evalueringen.

Direktoratet trenger mer tid på å utarbeide en konkret plan for en helhetlig følgeevaluering av tiltaket, men vil ha denne på plass i løpet av våren 2022.

Vedlegg 1 - Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet



Helsedirektoratet
Postboks 220 Skøyen
0213 OSLO

Deres ref	Vår ref	Dato
	20/4110-128	1. oktober 2021

Tillegg til tildelingsbrev nr. 76 - nye LIS1-stillinger

Regjeringen har i statsbudsjettet for 2022 foreslått å bevilge 15,5 mill. kroner til 62 nye LIS1-stillinger. 31 av stillingene starter høsten 2022. Den resterende økningen vil være fullt ut faset inn fra 2023. Forslaget innebærer, sammen med økninger i antallet LIS1-stillinger gjennomført i hhv. 2020 og 2021, at det totale antallet nye utlyste LIS1-stillinger per år kommer i samsvar med Helsedirektoratets forslag fra 2019 om å opprette 200 nye stillinger. Forslaget vil bli vurdert av Stortinget som ledd i budsjettbehandlingen.

Regjeringen foreslår at de 62 nye stillingene blir bundet til videre spesialisering i spesialitetene allmennmedisin og psykiatri. Årsaken er rekrutteringsutfordringer knyttet til disse spesialitetene.

Evalueringen av fastlegeordningen viser at det har blitt vanskeligere å rekruttere nye leger inn i ordningen. Samtidig slutter flere fastleger enn før. Mens det tidligere i hovedsak var små distriktskommuner som opplevde rekrutteringsutfordringer og lav stabilitet blant fastlegene, er rekruttering blitt et problem i store deler av landet. Dette gjelder også for flere av de største byene.

De regionale helseforetakene har også meldt fra om utfordringer med rekruttering av psykiatere. Samtidig er det en økning av pasienter med psykiske lidelser, blant annet som følge av pandemien. Utdanningskapasiteten i denne spesialiteten er lav sammenlignet med andre legespesialiteter. Helsedirektoratet har rapportert (IS-2967) at andelen leger innen psykiatri som er i et spesialiseringssløp, er lavere (33,6 prosent) enn gjennomsnittet for alle spesialitetene (38,8 prosent).

Postadresse Postboks 8011 Dep 0030 Oslo postmottak@hod.dep.no	Kontoradresse Teatergt. 9 www.hod.dep.no	Telefon* 22 24 90 90 Org.nr. 983 887 406	Avdeling Spesialisthelsetjenesteavdelingen	Saksbehandler Jon Espelid 22 24 86 45
--	--	---	---	---

Helsedirektoratet har i sin rapport IS-3002 foreslått å knytte en del LIS1-stillinger opp mot hhv. ALIS-avtaler og introduksjonsavtaler. Departementet vurderer at dette kan være et hensiktsmessig virkemiddel som kan stimulere til rekruttering.

På denne bakgrunn gir departementet direktoratet i oppdrag å:

1. Foreslå en modell for fordeling av LIS1-stillinger som skal være bundet/tilknyttet videre spesialisering i henholdsvis allmennmedisin, psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Modellen skal basere seg på tjenestenes behov for de tre aktuelle spesialitetene og kapasiteten til å opprette disse stillingene.
2. Utarbeide konkrete forslag til hvordan LIS1-stillinger kan bindes/knyttes til videre spesialisering i psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og allmennmedisin. Forslaget må ta utgangspunkt i rammene som følger av budsjettforslaget.
3. Foreslå en modell for å gjennomføre løpende følgeevaluering av tiltaket

Oppdraget gis med forbehold om at Stortinget vedtar forslaget i budsjettet. Departementet vil ta kontakt dersom budsjettbehandlingen tilsier behov for å endre oppdraget.

Utdyping av punkt 2. Stillinger bundet til psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og allmennmedisin

- a) De 62 nye LIS1-stillingene skal lyses ut med binding/tilknytning til videre spesialisering innen psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri eller allmennmedisin.
- b) Leger som søker på bundne LIS1-stillinger, bør bli ansatt eller tilknyttet for et helt spesialistløp.
- c) Det må vurderes hvordan LIS1-stillingene skal administreres og utlyses.
- d) Direktoratet skal foreslå en modell for fordeling av stillingene mellom psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og allmennmedisin. Modellen skal ta hensyn til at fordelingen kan endres etter behov før hver utlysning.
- e) For LIS1-stillinger knyttet til allmennmedisin gjelder følgende føringer:
 - Det skal vurderes om ordningen skal forbeholdes rekrutteringssvake kommuner/områder.
 - Stillingene skal kunne opprettes uavhengig av om kommuner har fastleger i næring og/eller på fastlønn. Foreslått løsning skal ta hensyn til disse to tilknytningsformene.
 - Det bør legges opp til at kommuner kan samarbeide om stillingene.

Utdyping av punkt 3. Følge-evaluering

Det bes om at Helsedirektoratet, som ledd i forslag om en følgeevaluering og i den grad det er mulig, foretar en løpende kartlegging av:

- Hvor mange leger som tilsettes i bundne LIS1-stillinger
- Hvor mange leger som fortsetter i det valgte spesialiseringsløp etter LIS1
- Hvor mange leger som fullfører de planlagte spesialiseringsløp uten å bytte til annen spesialitet, og hvor mange som bytter spesialitet

Vurdering av økonomiske, juridiske og administrative konsekvenser

- Direktoratet må vurdere begrensningene i relevant regelverk. Direktoratet må foreslå konkrete regelverksendringer dersom det er behov for dette.
- Direktoratet må synliggjøre de administrative og økonomiske konsekvensene av forslaget, inkludert kostnader i forbindelse med utvikling av digitale verktøy som kreves for å kunne følge med på utviklingen over tid.

Forankring og involvering av relevante aktører

Direktoratet må involvere relevante aktører, herunder KS, de regionale helseforetakene og Legeforeningen, i besvarelsen av oppdraget. I den grad involverte aktører representerer foretak eller organisasjoner, må direktoratet legge til rette for at disse kan levere linjeforankrede innspill. Aktørenes tilbakemeldinger bør synliggjøres.

Frist for å levere på oppdraget er 13. januar 2022.

Med hilsen

Maiken Engelstad (e.f.)
avdelingsdirektør

Jon Espelid
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk signert og har derfor ikke håndskrevne signaturer

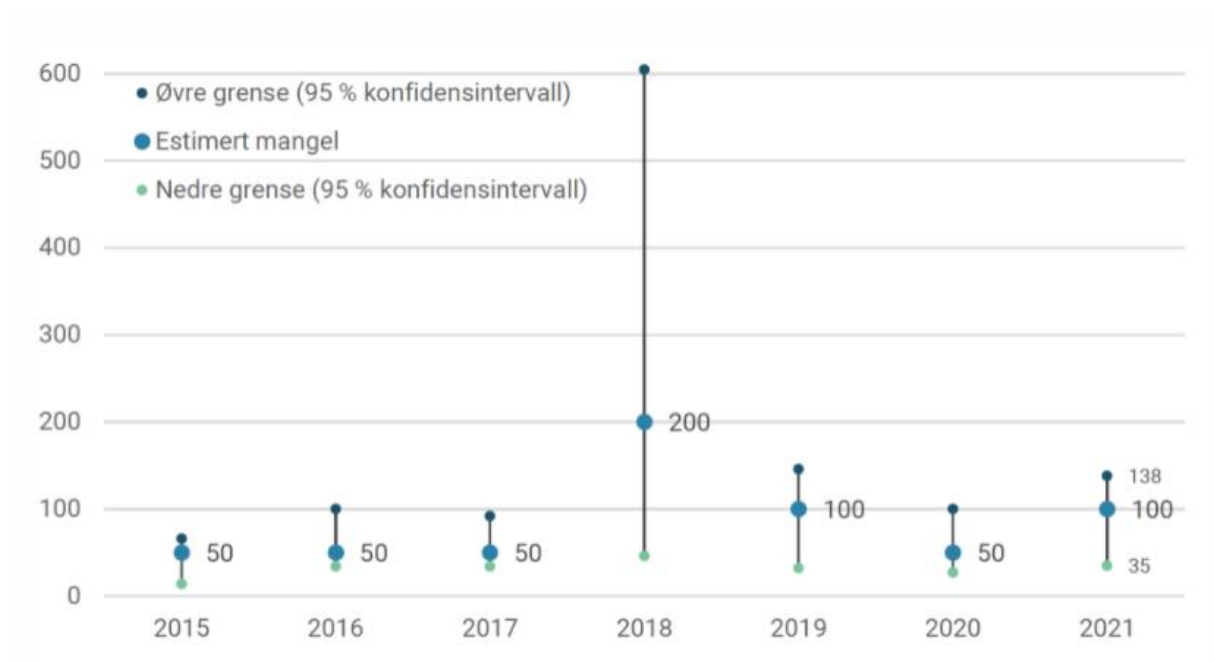
Kopi

Riksrevisjonen

Vedlegg 2 - Oversikt mangel på leger i ulike kategorier

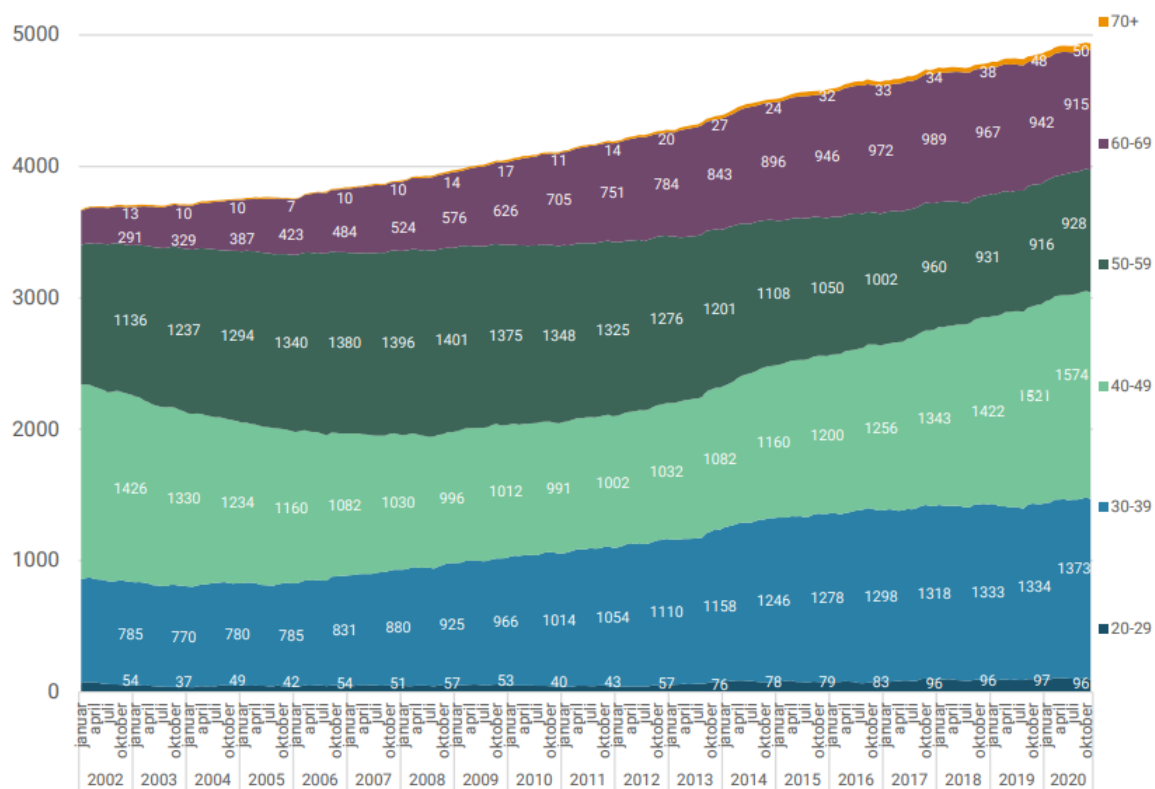


[Legespesialister - Helsedirektoratet](#)



[Allmennpraktiserende leger - Helsedirektoratet](#)

Figur 6. Fastlegenes aldersfordeling, 2002-2020.



Kilde: Fastlegeregisteret/Styringsdata for fastlegeordningen. Månedlige målepunkter, med dataetiketter per 31. desember hvert år. Siste tilgjengelige data fra november 2020.

[Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten - rapport 2020.pdf \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/legger-i-kommunene-og-spesialisthelsetjenesten-rapport-2020.pdf)

Vedlegg 3 – Aktørenes tilbakemeldinger på modellen

I arbeidet med denne rapporten har tjenestene/aktørene vært involvert helt fra første stund. De har bidratt med mange innspill og tilbakemeldinger. Helsedirektoratet inviterte deltakerne fra innspillsmøtet 15. november 2021 til å sende skriftlige tilbakemeldinger. Innspillene vi mottok i denne første runden samt innspillene fra innspillsmøtet og arbeidsgruppen er brukt til å utarbeide modellen.

Deretter ble modellen sendt på en innspills-/kommentarrunde fra 15. desember 2021 til 10. januar 2022. Mottakerne ble bedt om å svare på om de støttet eller ikke støttet Helsedirektoratets anbefalinger knyttet til elementene i modellen, se tabell 1. Det er mottatt tilbakemeldinger fra 26 respondenter, se tabell 3. Svarene er oppsummert i tabell 2. Innspillene er innarbeidet i de ulike kapitlene i rapporten, og en samlet oversikt over de skriftlige kommentarene til modellen ligger etter tabell 3. i dette vedlegget.

Tabell 1: Anbefalingene som ble sendt på innspillsrunde

1	Helsedirektoratet anbefaler ingen bindingstid eller karanteneordninger ved tilsetning i LIS1-stillinger bundet/tilknyttet videre spesialisering i henholdsvis allmenntilleggsmedisin, psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri.
2	Helsedirektoratet anbefaler at LIS1-stillingen og LIS3-stillingen/ALIS-stillingen utlyses samlet som ett felles utdanningsløp.
3	Det bør legges til rette for at mest mulig av det hele spesialistløpet (LIS1 og LIS3) kan gjennomføres ved samme utdanningsvirksomhet.
4	Helsedirektoratet anbefaler at arbeidsgiver/utdanningsansvarlig for LIS3-/ALIS får hovedansvaret for rekrutteringsprosessen til bundne stillinger.
5	Helsedirektoratet anbefaler de bundne stillingene lyses ut samtidig med de ordinære LIS1-stillingene, fortrinnsvis i samme stillingsannonse.
6	Helsedirektoratet anbefaler at tilsetning og merking bør skje etter samme tidsskjema som de ordinære LIS-stillingene.
7	Helsedirektoratet anbefaler at geografisk tilhørighet og personlig egnethet som for eksempel motivasjon, kan vektlegges i tillegg til faglige kvalifikasjoner ved tilsetning og bør fremgå av stillingsannonsen.
8	Helsedirektoratet anbefaler at ALIS-kontorene får en aktiv rolle i denne ordningen ved å: <ul style="list-style-type: none">• gi råd og veiledning til kommuner som ønsker å delta i ordningen• å velge ut aktuelle kommuner i samarbeid med Statsforvalteren (og evt. helsefelleskapene)• følge opp ALIS i de aktuelle kommuner• holde Helsedirektoratet orientert om status i kommunene
9	Helsedirektoratet anbefaler at LIS1-stillingene primært knyttes til fastlønnede allmenntilleggsstillinger selv om modellen også kan benyttes for næringsdrivende fastleger.
10	Helsedirektoratet anbefaler at ordningen kan benyttes av alle kommuner, og ikke forbeholdes rekrutteringssvake kommuner.
11	Helsedirektoratet anbefaler at de regionale helseforetakene får ansvar for fordeling av LIS1-stillingene som skal knyttes til videre spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri og psykiatri i egen region.
12	Helsedirektoratet anbefaler tredelt LIS1-sykehustjeneste for leger som skal ha videre spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri og psykiatri.

13	Helsedirektoratet anbefaler en fleksibel modell for fordeling av stillingene, der det tas utgangspunkt i en omtrentlig fordeling både geografisk og mellom de ulike spesialitetene, men der det gjøres regelmessige justeringer av fordeling mellom de ulike spesialitetene og lokaliseringen.
14	Helsedirektoratet anbefaler at de 31 nye LIS1-stillingene som skal lyses ut våren 2022 med oppstart 1.9.2022, knyttes til videre spesialisering innen psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri.

Tabellen under viser oversikt over svarene fra tjenestene/aktørene. De ulike spørsmålene er vist i kolonnen mens svarene fra den enkelte respondent er vist i radene.

Tabell 2: Svar fra respondentene i tabell 3 på spørsmålene i tabell 1.

	Sp 1	Sp 2	Sp 3	Sp 4	Sp 5	Sp 6	Sp 7	Sp 8	Sp 9	Sp 10	Sp 11	Sp 12	Sp 13	Sp 14
Resp														
1	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja			Ja	Ja
2		Nei		Nei			Nei						Ja	Ja
3		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei			Ja. Delvis	Nei
4		Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Nei		Ja	Ja	Nei
5	Nei													
6	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja			Ja	Ja	Ja	Ja
7	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja
8	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja
9	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja. Delvis	Ja	Ja
10				Ja				Nei		Ja				
11	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja
12	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
13	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja
14	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja. Delvis	Ja	Ja. Delvis	Ja	Ja	Ja	Ja. Delvis	Ja. Delvis
15	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Nei		Nei	Ja	Ja
16	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	
17	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Nei
18	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja
19														
20	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja
21														
22	Nei	Nei	Ja		Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja. Delvis	Ja	Ja. Delvis
23	Ja		Ja. Delvis	Ja	Ja. Delvis	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja
24	Ja										Ja			
25	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja		Ja	Ja	Ja	Ja
26	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		Ja	Ja	Ja	Ja

Tabell 3: Respondenter i innspillsrunden 15. desember 2021 til 10. januar 2022

Nr.	Tilbakemelding fra:
1	OUS, avd. for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo
2	Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus
3	Tinn kommune0
4	Nordlandssykehuset HF
5	Sykehuset i Vestfold
6	Helse Sør-Øst RHF
7	Helse Midt-Norge RHF
8	UNN
9	Vestre Viken
10	KS
11	Statsforvalteren i Innlandet
12	ALIS-kontora
13	Oslo universitetssykehus
14	Akershus universitetssykehus (Ahus)
15	NSDM
16	Statsforvalteren i Nordland
17	Statsforvalteren i Vestfold og Telemark
18	Helse Nord RHF
19	Statsforvalteren i Rogaland
20	Statsforvalteren i Møre og Romsdal
21	Statsforvalteren i Vestland
22	Universitetet i Bergen
23	Sørlandet sykehus
24	Legeforeningen
25	Sykehuset Østfold
26	Sykehuset Innlandet

Oppsummering av tekstlige innspill og kommentarer fra tjenestene/aktørene

<i>Spm 1: Ingen bindingstid eller karanteneordninger og generelle tilbakemeldinger.</i>	<i>Side 51</i>
<i>Spm 2: Utlysning av kombinerte stillinger</i>	<i>Side 56</i>
<i>Spm 3: Samme arbeidsgiver i LIS1 og videre spesialisingsløp</i>	<i>Side 58</i>
<i>Spm 4: Beslutningsmyndighet i tilsettingsprosessen</i>	<i>Side 60</i>
<i>Spm 5: Utlysning av stillingene</i>	<i>Side 63</i>
<i>Spm 6: System for tilbud og merking</i>	<i>Side 65</i>
<i>Spm 7: Vurdering av kvalifikasjoner</i>	<i>Side 66</i>
<i>Spm 8: ALIS-kontorenes rolle</i>	<i>Side 69</i>
<i>Spm 9: Fastlønnede allmennlegestillinger</i>	<i>Side 72</i>
<i>Spm 10: Prioritere rekrutteringssvake kommuner</i>	<i>Side 74</i>
<i>Spm 11: Antall stillinger i HFene besluttet av RHFene</i>	<i>Side 77</i>
<i>Spm 12: Tredelt tjeneste for LIS1</i>	<i>Side 78</i>
<i>Spm 13: Fleksibel modell for fordeling av stillingene</i>	<i>Side 80</i>
<i>Spm 14: Stillinger i første pulje våren 2022</i>	<i>Side 82</i>

Spm 1: Ingen bindingstid eller karanteneordninger og generelle tilbakemeldinger.

Helsedirektoratet anbefaler ingen bindingstid eller karanteneordninger ved tilsetning i LIS1-stillinger bundet/tilknyttet videre spesialisering i henholdsvis allmennmedisin, psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri

Generelle kommentarer fra dem som ikke har besvart spørreskjema er også registret under spm.1

Akershus universitetssykehus (Ahus): Støttes. Det er som påpekt i rapporten juridisk tvilsomt om det er anledning for sanksjoner for å bryte bindingstiden i en slik stilling. Bindingstid og/eller karantene kan også føre til færre søkere. Det vil imidlertid medføre et enda større ansvar på Ahus som arbeidsgiver for å rekruttere de rette kandidatene for en slike stillinger. Ettersom Ahus allerede har en god ansettelsesprosess anbefaler vi at vi får anledning til å videreutvikle våre prosesser med bakgrunn i innretning og rekruttering til ovennevnte stillinger.

ALIS-kontora: ALIS kontora støtter dette. Det er ei n reell risiko for at mange søk er kopla stillingar fordi dei ynskjer LIS1 teneste, sidan er så få stillingar i forhold til mengda søkarar . I midlertid vil bindingstid eller karanteneordningar kunna medføra at færre søk er stillingane og ein kan dermed kan gå glipp av gode søkarar. Sjå også kommentar til punkt 10 (kapittel 4.3)

Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus: Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus Ja og nei. De foreslåtte tiltakene vil kreve betydelig byråkrati, og Helse Bergen tror ikke at en oppnår ønsket effekt. Det er sterk konkurranse om LIS1-stillinger, vi tror at kandidater vil være tilbøyelig til å takke ja til slike stillinger for siden å «hoppe av» dersom hovedmotivasjonen var å sikre seg LIS1 tjeneste og ikke å bli LIS3 i allmennmedisin eller psykiatri. Vi mener en generell økning i tallet på LIS1-stillinger med 3-delt sykehustjeneste og en godt tilrettelagt tjeneste i allmennpraksis og annen kommunehelsetjeneste vil være vel så virkningsfullt som en spesialordning.

Helse Nord: Det er ligger ingen fordeler for den ansatte i ordningen som tilsier at arbeidsgiver kan pålegge bindingstid. Bindingstid kan også gjøre det vanskeligere å rekruttere kandidater. Nøkkelen ligger i å tilby godt tilrettelagte, helhetlige utdanningsløp og markedsføre fordelene og forutsigbarheten i dette.

Helse Sør-Øst RHF: Helse Sør-Øst RHF støtter at det ikke kommer føringer på bindingstid eller karanteneordninger. Dette vil vanskelig la seg gjennomføre i praksis.

KS: Se kommentarer til anbefaling 2. Hvis det blir snakk om et felles utdanningsløp for LIS1-ALIS, med en fast ansettelse, bør kommunen også kunne vurdere ev. bindingstid innenfor gjeldende regelverk.

Legeforeningen: Det er (heller) ikke hensiktsmessig med bindingstid når LIS1 er ment som en nybegynner/introduksjonsstilling, der nyutdannede leger kan utforske/gå gjennom en modningsprosess i flere mulige videre spesialiteter. LIS1-stillinger er utdanningsstillinger, og det er viktig å opprettholde muligheten for valgfrihet innenfor alle medisinske fagfelt etter endt tjeneste.

Nordlandssykehuset HF: Vi tror ikke en ev bindingstid vil være rekrutterende for disse LIS 1 stillingene. Hvis det skal innføres bindingstid må denne være knyttet til spesifikke avtaler rundt «goder» som lønn, arbeidstid eller annet som inngås med den enkelte arbeidsgiver. Det må da også defineres hvilke årsaker som gir muligheten til oppsigelse

OUS, avd. for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo: Ja, skjønner at det må være på den måten.

Statsforvalteren i Møre og Romsdal: Ved en slik ordning mener vi det er viktig at man tar høyde for at mange LIS1-leger ikke har fått et grunnlag for å velge hvilket utdanningsløp de både ønsker og egner seg til. Mange finner ikke sin spesialiseringsvei før de har fått prøvd det. En slik ordning som er skissert i foreslått modell, bør ha muligheter for «ombestemme» seg. En slik modell kan virke antirekrutterende for leger som ikke tør binde seg til en spesialiseringsretning eller til kommune/bosted. Bindingstid og karanteneordninger vil derfor være uheldig dersom det låser leger til et spesialiseringsløp de verken ønsker eller bør fullføre. Videre kan endringer på arbeidsplassen spille inn. Hva om resten av legene slutter og en sitter igjen med bindingstid? Samtidig ser vi at en ordning uten bindingstid vanskelig skaper den forutsigbarheten for arbeidsgiver/kommune man ønsker for en slik ordning, med tanke på behovet for stabilitet og kontinuitet.

Videre tenker vi at det bør klargjøres hvilke rettigheter arbeidsgiver har til å avslutte arbeidsforholdet dersom kandidaten ikke viser seg egnet. Kvalifikasjoner og egnethet er jo normalt kriterier ved ansettelse, men dette er vanskelig å vurdere på de som kommer rett fra studier. Det kan derfor medføre en viss usikkerhet om hvor mange som ansettes i slike stillinger som faktisk kommer til å fullføre. På den annen side; hva har man å tape? Dette kan også være

et tilbud som gir legene muligheten til et fullt utdanningsløp innen disse rekrutteringssvake feltene, med de fordelene det har for den enkelte LIS1. Vi foreslår at man evaluerer og korrigerer ordningen underveis, men at man godt kan starte uten bindingstid."

Statsforvalteren i Rogaland: "Vi er usikre på om denne modellen vil sikre at de rette motiverte legene blir ansatt og dermed er vi usikre på om modellen vil tjene hensikten. Vår erfaring er at mange leger finner ut av hvilken spesialisering de vil gå videre i underveis i sitt LIS1-løp, da dette for mange er første mulighet til å få arbeidserfaring og bedre kjennskap til ulike spesialiteter. Når det gjelder de legene som er motivert for allmennmedisin, psykiatri og/eller barne- og ungdomspsykiatri før gjennomført LIS1 er det ikke noe som er til hinder for at kommunene og psykiatrien deltar mer aktivt i ansettelsesprosessen av LIS1 for å sikre rekruttering av nettopp disse legene.

Det er usikkert hvordan man skal sikre at de legene med oppriktig motivasjon for spesialiteten tilsettes i de koblede stillingene. Det er en mulighet for at leger vil søke seg til de koblede stillingene uavhengig av motivasjon for å sikre seg en LIS1-stilling. Det kan føre til frafall fra stillingene etter fullført LIS1.

Vi mener at kommunene og spesialisthelsetjenesten kan jobbe aktivt for rekruttering av leger med dagens LIS1-ordning, uten koblede LIS1/ALIS/LIS3-stillinger. Det er rom for at kommunene og spesialisthelsetjenesten har et større fokus på å rekruttere LIS1 som gir uttrykk for motivasjon/interesse for allmennmedisin, psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri i løpet av LIS1-løpet enn hva vi erfarer som er tilfelle.

Videre er vi usikre hvordan den praktiske gjennomføringen av ordningen vil la seg håndtere. Det er avsatt et fast antall koblede LIS1/ALIS-stillinger til hvert fylke. Det vil være dynamisk hvilke kommuner som benytter seg av ordningen hvert halvår. Vi mener det vil føre til merarbeid å sikre et tilstrekkelig antall kommuner som ivaretar disse plassene for hvert halvår. Vi stiller også spørsmål om det er tenkt hvordan eventuelle stillinger som blir ubesatte skal lyses ut (eksempelvis ifbm. svangerskapspermisjoner)? Er det tenkt at kommunene som ønsker å benytte seg av ordningen skal få økonomisk tilskudd utover det faste tilskuddet tilknyttet LIS1-stillingen?

ALIS-kontorene er tiltenkt en aktiv rolle i ordningen, men skal samarbeide med Statsforvalteren i utvelgelsen av aktuelle kommuner. Hvem er det som skal ha hovedansvaret for utvelgelsen? Ansvarsavklaring og oppgavefordeling må bli klargjort før ordningen eventuelt startes opp. "

Statsforvalteren i Vestfold og Telemark: De nye LIS1-stillingene er opprettet som resultat av pandemi og for å få ferdigutdannet flere leger for å avhjelpe de store kapasitetsutfordringene innenfor disse tre spesialitetene. Bundne stillinger bør være reelt bundne med bindingstid/karantenetid. Dersom en ikke er villig til å ta dette virkemidlet i bruk er det stor fare for at det søker kandidater som ikke er reelt interessert i videreutdanning i de aktuelle spesialitetene, og mangel på bindingstid kan føre til misbruk av ordningen. Da vil en ikke oppnå hensikten med ordningen, og den blir uten effekt. Bindingstid sikrer i større grad at søkeren har reelle intensjoner om videreutdanning i aktuelle spesialitet. Å bruke bindingstid/karantenetid står ikke i veien for å gi god supervisjon og veiledning i utdanningsløpet. Det å få LIS1 tjeneste oppfattes nå av kandidatene som en klar fordel, og juridisk vil det ikke være noe i veien for å bruke bindingstid. Bindingstid på 6 -12 måneder vil kunne være tilstrekkelig til at kandidaten får erfaring og innsikt i fagfeltet, noe som for mange fører til at de ser at fagfeltet er interessant og at de kan ønske seg videre spesialisering i den retningen. Sentrale helsemyndighetene har også et klart ansvar for rekruttering av leger til kommunehelsetjenesten, de har de viktigste

virkemidlene og må bør være villige til å bruke virkemidler som kan avhjelpe kapasitetsmangelen der den er størst. Kapasitetsutfordringene i disse spesialitetene er svært stor, det haster med tiltak som virker, og en har ikke tid til å se på følgeevalueringen som kan konkludere om tidligst 2- 3 år.

Statsforvalteren i Innlandet: Ja, under tvil. Men vi ser utfordringer med å få dette til å fungere i praksis. Hvordan sikre seg at legene ikke benytter seg av tilbudet for å få LIS1-stilling for så å gå over til andre spesialiteter? Riktig seleksjon av kandidatene må gjøres. Vi må forutsette at man under en lang karriere endrer spesialitet og en utdannelsen. Den norske utdannelsen en generell utdanning som kan og skal gi mange åpninger til ulike retninger i faget.

Statsforvalteren i Vestland: Vi ser at det er behov for fleire LIS1-stillingar, men meina det hadde vore betre om desse ikkje vart bundne til bestemte spesialiseringar. Vi ønskjer å gi nokon generelle kommentarar til forslaget:

Vi ser utfordringar når det gjeld å få søkarar som ønskjer å fullføre spesialiseringa i den bundne stillinga, sidan det ikkje kan være bindingstid eller karanteneordningar. Det er positivt at de tilrår at geografisk tilhørsle og personlege eigenskapar kan vektleggast ved tilsetting, men vi trur faren for at det blir tilsett personar som hoppar av etter LIS1-tenesta er stor. Kva skjer med stillinga om den som vart tilsett seier opp? Og dersom den tilsette går ut i til dømes foreldrepermisjon, kva skjer med stillinga då? Må den lysast ut på restplasstorget?

Er det snakk om at det skal følgje andre tilskotsmidlar med desse stillingane, slik som det gjorde med dei midlertidige stillingane i kommunane hausten 2021? Det kan kanskje motivere fleire kommunar til å bli med?

Korleis vil desse plassane bli fordelt? Vil det bli fordelt faste plassar til dei regionale helseføretaka, ev. kvart fylke? Vi ser for oss at talet på helseføretak og kommunar som kan opprette slike stillingar hjå oss vil variere frå periode til periode. Dvs. at Vestland fylke til dømes våren 2023 kan skaffe 5 bundne stillingar, men hausten etter til dømes berre kan få til 2 (desse tala er berre meint som eksempel).

Vi ser at de tenkjer at ALIS skal-kontora skal ha ei meir aktiv rolle når det gjeld desse stillingane. Vi er positive til at ALIS blir meir aktive i dette arbeidet, men tenkjer at det kan skape forvirring når dei berre er involvert i arbeidet knytt til desse stillingane. Kommunane og helseføretaka må då forhalda seg til statsforvaltarane når det gjeld dei faste stillingane, men ALIS-kontora når det gjeld desse 62 stillingane. Då må ein ha klare retningslinjer for korleis dette skal fungere og arbeidsfordelinga.

Vi ser at det kan vera utfordringar knytt til dei små kommunane med tanke på å vera sikre på at dei kan tilby god rettleiing fem år fram i tid, t.d om fastlegar sluttar. Vi tenkjer at interkommunale samarbeid om rettleiarar kan være lurt.

Sykehuset i Vestfold: Sykehuset i Vestfold støtter ikke forslaget om faste LIS1-stillinger koblet til videre spesialisering i VOP og BUP.

Det er i utgangspunktet positivt at HOD og Hdir ser de utfordringene man har vedr. rekruttering av spesialister og ønsker å finne løsninger, men det vurderes likevel å være flere ulemper enn fordeler med ordningen som foreslås.

Foretaket ønsker ikke å forplikte seg til faste ansettelser før kandidaten har fått erfaring med sykehusarbeid. At kandidaten har sykehuspraksis før et LIS3-løp gir arbeidsgiver langt bedre

mulighet for å innhente og kvalitetssikre relevante referanser. Ordningen krever en grundig og tidkrevende ansettelsesprosess, for i størst mulig grad å fange opp kandidater som er reelt motivert. Likevel kan det være vanskelig å unngå at ordningen i noen tilfeller misbrukes til å sikre seg en LIS1-stilling.

For de fleste vil det være for tidlig å ta faglig retningsvalg før start i LIS1-stilling. Det er ikke anbefalt bindingstid, og den som ansettes vil kunne gå ut av avtalen, slik at virksomheten uansett ikke er sikret rekruttering inn i LIS3-stilling.

Det ansees av avdelingene innen VOP og BUP som en større risiko å få en uegnet kandidat fremfor risiko å ikke få søkere til LIS3-stillingene. Det er ikke gitt at de som får tilbud om fast LIS1-stilling egner seg for å jobbe innen VOP eller BUP, og det er svært krevende å skulle reversere en fast ansettelse / avslutte et arbeidsforhold.

Det er allerede i dag mye administrasjon knyttet til interne rotasjoner, permisjonsfravær etc., og en slik ny ordning vil kreve mer administrasjon og planlegging.

Det vurderes derfor som mer ønskelig og hensiktsmessig å beholde den fleksibiliteten som ligger i at avdelingene kan lyse ut og rekruttere når behovene oppstår.

Sykehuset vil heller støtte å kunne møte rekrutteringsutfordringene på en mer proaktiv måte, som å etablere flere tredelte LIS1-stillinger. I rapportutkastet pekes det nettopp på hvordan en tredeling for LIS1 kan være gunstig for rekrutteringen: «Erfaring fra psykiatrien kan være nyttig for flere fagområder, inklusive allmennmedisin, og kan også bidra til at flere leger velger dette som et videre spesialiseringsløp. Erfaringer fra Ahus viser at innføringen av tredelt tjeneste for LIS1 har bidratt til bedre rekruttering i psykiatristillinger».

Tinn kommune: Helsedirektoratet/Statsforvaltere bør følge utviklingen tett slik at dette kan revurderes hvis det erfarer som et stort problem

Universitetet i Bergen: En viss grad av binding, karantene eller lang oppsigelsestid vil kunne avskrekke evt. «spekulanter» som søker denne typen stilling kun for å få tildelt LIS1-tjeneste uten hensikt å gå spesialiseringsløpet ut. Det bør likevel være åpent for å trekke seg fra stillingen ved endring i livssituasjon mm.

UNN: For å lykkes med økt rekruttering må man gjøre disse LIS 3 stillingene særlig attraktive og lage gode helhetlige utdanningsløp; for eksempel kan man tilby «ferdig rotasjonspakke», prioritering til obligatoriske kurs o.l. For at dette skal kunne la seg gjøre bør det følge med økonomiske midler til administrasjon av utdanningsløpene.

Vestre Viken: Støtter forslaget om ingen bindingstid, men synes det er problematisk da det dreier seg om få stillinger og det vil komme mange søkere - krever mye administrasjon.

Spm 2: Utlysning av kombinerte stillinger

Helsedirektoratet anbefaler at LIS1-stillingen og LIS3-stillingen/ALIS-stillingen utlyses samlet som ett felles utdanningsløp.

Akershus universitetssykehus (Ahus): "Støttes. Dette gir oss (arbeidsgiverne) et bredere rekrutteringsgrunnlag og bedre anledning til å vurdere søkerens motivasjon for hele stillingen. Dersom vi skal utlyse med ALIS-kobling, bør nok tilknytning til kommunen være klar ved utlysning slik at LIS1 kan få den forutsigbarheten som jo er en av de ønskede trekkplastrene til stillingen. Kobling til psykiatri bør også spesifiseres i utlysningen om tjenesten er tenkt gjennomført på voksenpsykiatri/barne- og ungdomspsykiatri, eller om kandidaten kan velge. Vi tror også at det for mange unge leger vil være en stor trygghet i å få et forutsigbart utdanningsløp. Det frarådes sterk å utlyse disse stillingene i flere omganger da dette vil kreve ekstra ressurser og er tidkrevende. Vi vil også bemerke at utlysningsrundene allerede er krevende nok, både for arbeidsgiver og søkere da utlysningene kommer midt i gjennomføring av eksamen for veldig mange av søkerne.

En helt annen utfordring er om søkerne allerede på dette tidspunktet i livet er klare for å ha en formening om hvilke(n) spesialitet innen de tre aktuelle som passer for den enkelte. Mange bruker LIS1-perioden til å finne dette ut!

For å komme i gang og høste erfaringer foreslås at det gjøres ett unntak for vårens utlysningsrunden når det gjelder ALIS i vårt område, ved at noen av stillingene hos oss er koblet til Ahus sitt opptaksområde."

ALIS-kontora: Samla utlysning vil gjera saksgongen enklast mogleg, me støttar dette.

Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus: Helse Bergen er bekymret for ytterligere forsinkelser i rekrutteringen til allmenntilleggsmedisin og psykiatri dersom LIS3 stillinger/ALIS allokeres til LIS1 kandidater som kan «hoppe av» det planlagte utdanningsløpet.

Helse Nord: Det er en grunnforutsetning i modellen at man tilbyr et helhetlig utdanningsløp til ferdig spesialist.

Helse Sør-Øst RHF: Ja, anbefalingen støttes. Det bør i tillegg utarbeides noen felles maler/forslag til prosess for hvordan ansettelsesprosessen gjennomføres, dette for å sikre likebehandling uavhengig av hvor LIS-en søker stilling.

KS: "Er dette mulig innenfor dagens regelverk? Og hva skal til for å gjøre det mulig?"

For allmenntilleggsmedisin må det utredes nærmere hvilket handlingsrom kommunene har innenfor gjeldende lov- og avtaleverk, dvs generell arbeidsrett, fastlegeforskrift og avtaler mellom Legeforeningen og KS."

Legeforeningen: Legeforeningen mener at det er behov for en tydeligere beskrivelse av hvordan utlysning og tilsetting skal skje i modellen. Vi oppfatter at det er noe uklart om det skal opprettes egne, separate stillinger/hjemler for hele utdanningsløpet og når avklaring av hvilken konkrete stilling ALIS/Psykiatri/BUP legen skal tiltre skal skje. Legeforeningen anbefaler at det opprettes egne stillinger/hjemler og at dette fremgår tydelig i rapporten.

Deler av rapporten kan oppfattes slik at det ikke opprettes egne stillinger i LIS2/3 for disse LIS1 legene. Hvis det er riktig, er det da slik at disse lisene skal inn i de ledige stillinger/hjemler som finnes på det tidspunktet legen er ferdig med LIS1? Rapporten bør avklare om det er meningen at legen ved å få en av disse stillingene er ansatt i en utdanningsstilling som skal gjelde frem til

ferdig spesialistutdanning, men at selve stillingen/e man får i Psykiatri, BUP/ALIS ikke er klare ved ansettelse? Er det slik at man bli sikret en gjennomgående stilling i en bestemt kommune eller foretak, eller må man regne med på måtte flytte på seg uten å få dette klarlagt på forhånd? Og når skal avklaringen i så fall skje."

Nordlandssykehuset HF: "Hvis denne modellen skal iverksettes bør det være en samlet utlysning. Vi ser likevel at det kan bli utfordrende å rekruttere til denne typen stillinger i vårt foretak, da det innenfor psykisk helsevern er ledige stillinger, slik at lovnaden om LIS 3 stilling i seg selv ikke er rekrutterende.

Som konsekvens blir det to parallelle søknadsprosesser en «ordinær» og en med koblede stillinger. Disse vil i stor grad ha samme søkermasse. Tilsetting av LIS 1 er tids -og ressurskrevende. Flere sykehus leser de samme søknadene og intervjuer samme de LIS 1 kandidatene. Det må sikres at søknadsprosessen det ikke blir ytterligere tidskrevende."

NSDM: NSDM mener primært at koblingen bør skje når LIS1 velger kommune, se vedlagte notat. Vi er klar over at mandatet fra HOD innebærer samlet utlysning.

Oslo universitetssykehus: Forutsatt at representanter fra KPHA vil delta i ansettelsesprosess av koblede LIS 1-LIS 3.

Statsforvalteren i Innlandet: Klokt

Sykehuset Østfold: For de nye LIS1-stillingene innenfor psykiatri og ALIS.

Sørlandet sykehus: Noe usikkerhet knyttet til om anbefalingen støttes. Det kan være vanskelig å vite hvilken spesialitet en skal velge før gjennomført LIS1. I en situasjon med mangel på LIS1 stillinger, kan noe føle seg presset til å velge alm. med/psyk uten at dette er motivasjonen/intensjonen for å få en mulighet for LIS1. Fra et samfunnsperspektiv kan det være riktig, for å sikre rekruttering til valgte fag.

Mange bruker LIS1-tiden til å bestemme seg for spesialitet, og det kan være prematurt å knytte stillingene før oppstart, som videre kan lede til frafall. En alternativ ordning hvor man blant foretakets totale antall LIS1 har avtale om at en andel av disse ila LIS1-tiden skal knyttes til ALIS, kan kanskje tenkes å bedre rekruttere de rette kandidatene og slik bidra til mindre frafall, dog risiko for at ingen av foretakets LIS1 ila LIS1-tiden ønsker å knyttes til ALIS. En pilot hvor noen foretak utlyste stillingene samlet, og noen knyttet dem ila LIS1-stillingen kunne dermed brukes for å siden sammenligne hva som hadde best rekrutterende effekt. Men dersom man bare skal gå for én løsning, synes en samlet utlysning som den foretrukne, særlig grunnet mulig mindre administrativt arbeid. Særlig også med bakgrunn i at det vil være kun en liten andel av totalt antall LIS1 som skal knyttes, synes risikoen for rekruttering av «feil» kandidater og videre frafall som akseptabel. "

Universitetet i Bergen: Dersom man kan hoppe av utdanningsløpene som beskrevet i punkt 1, kan dette medføre forsinkelser.

UNN: At man tilbys et helhetlig utdanningsløp er det som står som den mest opplagte fordelten med å søke en slik stilling og derfor bør de absolutt utlyses samlet.

Spm 3: Samme arbeidsgiver i LIS1 og videre spesialiseringløp

Det bør legges til rette for at mest mulig av det hele spesialistløpet (LIS1 og LIS3) kan gjennomføres ved samme utdanningsvirksomhet.

Akershus universitetssykehus (Ahus): Støttes. Mange LIS1 er i en etableringsfase med familie, små barn mm som vil medføre at de ikke er så flyttbare. For AHUS vil en slik ordning være uproblematisk med bakgrunn i en allerede godt etablert kobling til psykiatri. Vi ønsker også en 3-deling hvor noen av stillingene kobles opp til BUP. For stillinger med kobling til BUP vil LIS1 ha sin dagtidstjeneste på BUP med felles vaktordning med AKU (akuttpsykiatri som dagens ordning for LIS1 på ASP (spesialpsykiatri). Da kan både intensjonen med rekruttering til BUP og oppnåelse av læringsmål i psykiatrien ivaretas. I disse stillingene vil det hvile et spesielt ansvar for veiledning innen psykiatri/BUP for å styrke LIS1s motivasjon for å stå i stillingen også etter at LIS1-tjenesten er gjennomført. Dette vil vi kunne ivareta på en god og forsvarlig måte da vi allerede har ett godt system for utdanning av barne- og ungdomspsykiatere. På sikt ser vi for oss at vi kan være ett utdanningssted som kan «produsere» spesialister til HSØ og resten av landet. Samarbeid med andre helseforetak ifbm ansettelse av LIS1 har vist seg svært nyttig og bør også kunne omfatte disse stillingene.

ALIS-kontora: LIS1 teneste og vidare ALIS løp bør skje i same kommune.

Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus: Dersom modellen en viser til her blir gjennomført, ser vi ingen motforestilling til dette forslaget.

Helse Midt-Norge RHF: Vi forstår forslaget slik at ALIS da skal gjennomføre læringsmål for ALIS i sykehus ved samme sykehus som vedkommende gjennomfører LIS1, eller ved annet sykehus i samme helseforetak.

Helse Nord: Dette er en forutsetning for at modellen skal bidra til en bedre geografisk fordeling av legeressursene. Det gir også forutsigbarhet og stabilitet for legene som søker disse stillingene.

KS: I prinsippet ja, men det må utredes hvilke formelle muligheter/begrensninger kommunene har.

Nordlandssykehuset HF: Virksomhetene som lyser ut disse stillingene må endres etter behov, og behov vurderes fra utlysning til utlysning ut fra kommuner/foretak som er i størst behov. Det er viktig å ikke skape modeller som bidrar til «innavl» i utdanningen av leger. Det er av betydning at man gjør seg erfaringer utenfor egen virksomhet."

NSDM: For allmennmedisin må dette gjelde kommunen som utdanningsvirksomhet. For psykiatri/BUP kan det være hensiktsmessig at det er samme helseforetak, men det kommer an på hvor rekrutteringsmangelen er størst. Man kan også tenke seg en avtale mellom LIS1-sykehuset og psyk/BUP-avdelingen i et annet helseforetak som trenger LIS3.

Oslo universitetssykehus: Dette gir bedre muligheter for å evaluere LIS og dennes utvikling.

Statsforvalteren i Møre og Romsdal: Se kommentar om sikring av tilstrekkelig antall LIS1-stillinger i eget fylket i vårt oversendelsesbrev.

Statsforvalteren i Innlandet: Det bør også være mulig å bytte utdanningsvirksomhet/sted underveis. Det kan være mange årsaker til dette- som f.eks. familiære forhold. Disse unge menneskene er i starten av voksenlivet og har gjerne også etablert seg med partner som er avhengig av jobb/utdannelse.

Sykehuset Innlandet: To utdanningsvirksomheter involvert Kommunen og Helseforetaket

Sykehuset Østfold: For de nye LIS1-stillingene innenfor psykiatri og ALIS.

Sørlandet sykehus: Støttes dersom det er mulig å gjennomføre men, kan bli praktisk vanskelig å gjennomføre med evt flytting, permisjoner, avdelingens behov for leger mm. Dette vil dog åpenbart kun gjelde ved knyttede stillinger til psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, ettersom allmennpraksisene ikke er en del av helseforetaket. "

UNN: Dette vil bidra til forutsigbarhet for legene, noe som er attraktivt.

Spm 4: Beslutningsmyndighet i tilsettingsprosessen

Helsedirektoratet anbefaler at arbeidsgiver/utdanningsansvarlig for LIS3-/ALIS får hovedansvaret for rekrutteringsprosessen til bundne stillinger.

Akershus universitetssykehus (Ahus): Støttes ikke. På AHUS har vi en god ansettelsesprosess hvor målet er å minske innflytelsen av enkeltpersoner som er farget av det ene eller andre. Dette er ressurskrevende, men det er den beste måten å sikre at kvalifikasjonsprinsippet følges. Flere andre sykehus har liknende prosess etter modell av AHUS. Vi anbefaler ikke at bundne stillinger fraviker fra denne prosessen, men heller at den som innehar LIS3-/ALIS-stillingen etter LIS1 er aktivt med i prosessen og at deres stemme vektlegges både i utlysning, utvelgelse av kandidater, intervju og under diskusjon før innstilling av kandidatene før tilbud sendes ut. I dag er allerede alle klinikkene som har LIS1 aktivt inne i rekrutteringsprosessen, inkludert kommunehelsetjenesten ved aktuelle kommuneoverleger. De tillitsvalgte for LIS1 og YLF er allerede inne i ansettelsesprosessen. «Nøkkelen» for å lykkes er at det settes av tilstrekkelig med tid til denne prosessen i både helseforetak og kommune!

ALIS-kontora: Når det gjeld kopla stillingar mellom LIS1 og spesialisering i allmenntmedisin, bør kommunen ha hovudansvaret for rekrutteringsprosessen og sjølv tilsettinga . Kommunen som skal ha kopla stilling bør sjølv vera med på intervju av søkarar, og beslutta kven som skal tilsetjast.

ALIS kontor Nord spesifiserer at dei kopla LIS1 og ALIS stillingane kan bidra til at kommunane tar inn over seg at dei etter 1. mars 2019 har blitt utdanningsverksemder for legar. Dette kan bli ein motivasjon til å styrka kompetanse og kapasitet for drift av lege tenester, og samarbeid regionalt. Kommunane må også engasjera seg meir i tilsetting av LIS1. I mange delar av landet har kommunane (og legane i kommunane) overlatt dette viktige rekrutteringsarbeidet til HR avdelingane og overlegar i helseføretaka.

Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus: Helse Bergen mener dette kan føre til parallelle rekrutteringsløp, som kan fremstå uryddig. Det kan føre til at to instanser i samme helseforetak vurderer de samme kandidatene, noe som ikke hensiktsmessig bruk av tid og ressurser. Spørsmål om det skal legges ulike kriterier til grunn vil melde seg raskt.

Hvilke ønsker kandidatene har for tiden etter LIS1-tjenesten bør ikke vektlegges i en rekrutteringsprosess. Dette strider mot kvalifikasjonsprinsippet og det samfunnsoppdraget helseforetakene er gitt. Helse Bergen mener det er andre tiltak som er mer treffsikre, se punkt 7."

Helse Midt-Norge RHF: Under forutsetning om at også pkt. 5 gjennomføres.

Helse Nord RHF: Det er bare rimelig at arbeidsgiveren i siste og lengste del av utdanningsløpet har hovedansvaret. Det er likevel viktig at kommune og foretak samarbeider tett om rekruttering til disse bundne stillingene. For å lykkes må det ligge en grundig jobbanalyse i bunnen og man bør være omforente om hva seleksjonskriteriene skal være, selv om arbeidsgiver for LIS 3/ALIS altså har hovedansvaret.

Helse Sør-Øst RHF: Ja, se for øvrig punkt 2.

KS: Ja, det må være kommunen som har ansvaret for rekrutteringsprosessen.

Legeforeningen: Vi støtter at arbeidsgiver/utdanningsansvarlig for ALIS får hovedansvaret for rekrutteringsprosessen til eventuelle kombinerte stillinger. Ved ansettelser i kombinerte

stillinger for LIS1 og LIS3 i psykiatri evt. barne- og ungdomspsykiatri må spesialist i psykiatri/spesialist i barne- og ungdomspsykiatri delta i ansettelsesprosessen, da de kjenner spesialiteten og arbeidsoppgavene godt. Det er viktig med egnethet til faget og at de som ansetter har mulighet til å vurdere det.

Nordlandssykehuset HF: Kommunene må ta større ansvar for ALIS stillingene. Hvem beslutter hvilke bundne stillinger som skal lyses ut? Tilsetting for alle stillingene i bør gjennomføres i de allerede eksisterende tilsettingsutvalgene i foretakene. Er det da tilstrekkelig at ALIS representant er involvert i prosessen, eller skal også kommune hvor tilknyttet LIS 3 være representert?

NSDM: Krever forankring i kommunene som deltar. NSDM mener at det ikke er mulig/hensiktsmessig å etablere separate tilsettingsordninger for ALIS i kommunene.

Statsforvalteren i Nordland: En mener at det vil være hensiktsmessig for de fleste arbeidsgivere, her særlig kommunene, å fortsatt samarbeide og samorganisere seg med helseforetakene som fortsatt skal stå for å administrere de øvrige ubudne LIS1 utlysningene hvert fall i oppstart slik at gode rutiner og prosesser kan etableres.

Statsforvalteren i Innlandet: I sykehus vil vi anta at dette går greit der det er dedikerte utdanningsansvarlige med nok tid til å gjøre jobben. Det bør settes krav til innholdet i oppgavene til utdanningsansvarlig, da vi tror dette lett er oppgaver som gjøres i tillegg til mange andre viktige oppdrag.

I allmenntid medisin tror vi det er mer sårbart enn i sykehus, men viktig at arbeidsgiver velger kandidater som egner seg. En utfordring vi ser er at det ofte er satt av veldig lite ressurser til oppfølging av ALIS og fastlegene generelt i kommunen, og i mye mindre grad enn oppfølging av andre ansatte. Gode utdanningsløp fordrer nok også tett oppfølging og interesse fra arbeidsgiver. Her bør det tenkes ut alternative løsninger eller krav til kommunene om ressurser rundt fastlegeordningen generelt. Kan de regionale ALIS-kontorene være innspillere her?"

Sykehuset Innlandet: Det er viktig med løpende dialog mellom utdanningskandidat i LIS 1 perioden og den enheten som skal ha ansvar i LIS 3 perioden.

Sykehuset Østfold: Dette bør være enighet mellom partene som deltar inn i utdanningsløpet om hvilke kandidater som skal rekrutteres inn som LIS1.

Sørlandet sykehus: Det støttes at kommunen/statsforvalteren v/utdanningsansvarlig for ALIS får hovedansvaret for rekrutteringsprosessen til de bundne stillingene til ALIS. Forutsettes at kommunen har/oppretter utdanningsansvarlig for ALIS. Helseforetaket må likevel også være med i ansettelsesprosessen, med tanke på forventet krav og oppfylging av læringsmål i sykehustjenesten og ettersom kandidatene også skal arbeide ved foretaket i ett år.

Helseforetaket må ha hovedansvaret for rekrutteringsprosessen til de bundne stillingene til psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, samt til de ubundne stillingene. Innad i helseforetaket må representanter for psykiatri/barne- og ungdomspsykiatri ha hovedansvaret for rekrutteringsprosessen til de bundne stillingene til psykiatri/barne- og ungdomspsykiatri, men representanter fra somatikken og fra kommunen må også være med i ansettelsesprosessen, ettersom kandidatene også skal arbeide der. For ubundne stillinger må somatikken i helseforetaket ha hovedansvaret, men kommunen må også være med i ansettelsesprosessen ettersom kandidatene også skal arbeide der. For ubundne stillinger som har 3-delt LIS1-tjeneste som inkluderer psykiatripraksis, må også representanter fra psykiatri være med i

ansettelsesprosessen i tillegg til somatikken og kommunen, da disse kandidatene også skal arbeide der i 4 mndr.

Den som er ansvarlig for tilsetting av LIS3/ALIS må forsikre seg om at riktig kandidat settes ut fra kvalifikasjonsprinsippet og motivasjon for stillingen."

UNN: Det bør ligge en grundig jobbanalyse i bunnen og sykehus og kommune bør samarbeide og bli enige om riktige seleksjonskriterier for disse bundne stillingene, men arbeidsgiver for LIS 3/ALIS bør ha hovedansvaret i rekrutteringsprosessen.

Spm 5: Utlysning av stillingene

Helsedirektoratet anbefaler de bundne stillingene lyses ut samtidig med de ordinære LIS1-stillingene, fortrinnsvis i samme stillingsannonse.

Akershus universitetssykehus (Ahus): Støttes. Samtidig utlysning gir kandidatene mulighet til å rangere alle mulighetene opp mot hverandre og arbeidsgiver minsker risikoen for å velge "feil" kandidat til disse stillingene. Forutsigbarhet og fullstendig utdanningsløp har vært noe enkelte LIS1-søkere har etterlyst. Tidsvinduet som tilsettingsprosessen foregår er også midt i en hektisk eksamensperiode for mange av søkerne, noe som også gjenspeiles i mange av søknadene.

ALIS-kontora: Dette vil gjera sakshandsaminga enklare , og dette støttar me.

Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus: Skulle modellen bli vedtatt, har vi ikke noen prinsipielle motforestillinger til at stillingene utlyses samtidig.

Helse Nord: Dagens søknadssystem for LIS1 og tilhørende frister er innarbeidet og kjent for alle parter. Det forenkler innføringen av modellen at man holder seg til det etablerte systemet. De ordinære LIS1-stillingene og de bundne stillingene må ikke nødvendigvis lyses ut i samme annonse. De skiller seg fra hverandre på flere vesentlige punkter og det må komme klart frem i utlysingen. Det kan derfor være nødvendig å lyse ut de bundne stillingene i en egen stillingsannonse.

Helse Sør-Øst RHF: Ja, men løsningen må legges til rette for at det er enkelt å skille ut/filtrere ut de søkerne som ønsker bundet stilling.

Legeforeningen: Legeforeningen mener at det er viktig at den enkelte søker har valgfrihet, slik at man ikke er bundet til en bestemt stilling. Legeforeningen er enig i at det skal være en felles ansettelsesprosess som skjer integrert i ordinær LIS1-ansettelse. Samtidig mener vi det er et viktig prinsipp at den enkelte LIS selv kan velge hvilken stilling man ønsker å takke ja til. Det kan ikke være organisert slik at man enten kan søke på en bundet stilling eller en ordinær LIS1-stilling. Man må kunne søke på begge og utdanningsvirksomhetene må vurdere aktuelle søkere til begge typer LIS1-stilling.

NSDM: Men viser til svar på spørsmål 2 og vedlagte notat.

Statsforvalteren i Nordland: Om stillingene skal lyses ut i samme stillingsannonse eller skal stå som en egen type stilling har man ikke noe stor formening om annet enn at det bør være lett for LIS1 søkere å se forskjellen i ubunden og bunden LIS1 stilling. I tillegg bør det være enkelt å få oversikt i søknadsportalen for den LIS0 som aktiv søker etter å finne en bunden LIS1 stilling opp mot videre spesialisering.

Sykehuset Innlandet: De bundne LIS 1 stillingene kan ikke lyses ut sammen med de ordinære LIS 1 stillingene.

Sykehuset Østfold: Det må tydelig fremkomme av annonsen at det er to ulike alternativer å søke på.

Sørlandet sykehus: Anbefalingens første del om samtidig stillingsutlysning støttes uten kommentar. Anbefalingens andre del om samme stillingsannonse støttes ikke. Separate stillingsannonser kan tenkes å bidra til at de rette kandidatene søker på de bundne stillingene, og kan videre gi tydeligere ansvarsfordeling i søknadsbehandlingen og være en mindre arbeidskrevende ansettelsesprosess, jf. svar til anbefaling 4. Det bør likevel være dialog mellom ansvarshaver for ansettelsesprosess for bundne stillinger, og ansvarshaver for

ansettelsesprosess for ubundne stillinger, for å unngå at begge innstiller samme kandidat, ettersom en kandidat kan ha søkt begge steder. Her må også nevnes at dersom en kandidat blir innstilt begge steder, må kandidaten selv få velge hvilken stilling han vil ha, ansvarshaverne for ansettelsesprosessen bør ikke få velge dette uten involvering av kandidaten, særlig mtp. å rekruttere de rette kandidatene til de rette stillingene etter motivasjon. Det må komme klart fram hva som er bundne stillinger og hva som søkes på.

UNN: Dersom det skal utlyses i samme stillingsannonse må det komme tydelig frem at det er to ulike stillinger man kan søke på, slik at man enkelt kan finne de som har søkt på de bundne stillingene. Dersom dette vanskelig lar seg gjøre bør de bundne stillingene lyses ut i egen stillingsannonse.

Vestre Viken: Det må presiseres at det er to ulike typer stillinger som lyses ut.

Spm 6: System for tilbud og merking

Helsedirektoratet anbefaler at tilsetting og merking bør skje etter samme tidsskjema som de ordinære LIS-stillingene

Akershus universitetssykehus (Ahus): Støttes. På denne måten kan arbeidsgiver vurdere kandidatene opp mot hverandre og innstille og gi tilbud til kandidatene de mener er best egnet til de enkelte stillingene (koblet eller ikke-koblet). Det må lages nye «Merkelapper» til å feste på den enkelte LIS1 som beskriver hva kandidaten har takket ja til. Arbeidsgiver bør henstilles til å merke kandidatene fortløpende i portalen.

ALIS-kontora: Dette gir enklare sakshandsaming, og dette støtter me.

Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus: Skulle modellen bli vedtatt, støtter vi at tidsskjema må følge ordinære LIS-stillinger.

Helse Nord: Dagens søknadssystem for LIS1 er innarbeidet og kjent for alle parter. Det forenkler administrasjon og innføring av modellen at man holder seg til det etablerte systemet.

NSDM: LIS 1 må få lov til å søke på både bundet stilling og vanlig stilling i samme helseforetak.

Sørlandet sykehus: Støttes for å unngå for mange prosesser. Støtter også bruk av screeningsspørsmål for å skille kandidatens ønsker.

Spm 7: Vurdering av kvalifikasjoner

Helsedirektoratet anbefaler at geografisk tilhørighet og personlig egnethet som for eksempel motivasjon, kan vektlegges i tillegg til faglige kvalifikasjoner ved tilsetting og bør fremgå av stillingsannonsen.

Akershus universitetssykehus (Ahus): Støttes delvis. Personlig egnethet/motivasjon er en av flere viktige faktorer for å stå i koblet stilling også etter LIS1, men geografisk tilhørighet i seg selv har vist seg å være et dårlig vurderingskriterium også i rekrutteringsvake distrikter. Ahus kan ikke støtte geografisk tilhørighet som vurderingskriterium. Dette vil være direkte diskriminerende for dem som har studert i utlandet, eller som er fra en annen del av landet. Hvilket kriterier arbeidsgiver bruker for å tilsette, skal uansett fremgå av stillingsannonsen og informasjon om stillingene som ligger på arbeidsgivers hjemmesider. Spesielt for de koblede stillingene kan/bør det være at søker blir bedt om å særlig begrunne sin motivasjon for stillingen i søknadsbrevet, eller som eget vedlegg. Ahus har allerede følgende setning inne i sine utlysningstekster: «Vi legger stor vekt på din personlige søknad og din motivasjon for stillingen» Vi mener at vi allerede ivaretar dette aspektet ved at søkere med distrikt i Finnmark og Kongsvingerområdet kan få noen «ekstrapoeng ved vurdering av sine CVer og søknader. Kommuneoverlegene har også dobbeltstemme for å ivareta interessene for de aktuelle kommune plassene. Det samme kan psykisk helsevern få ved utvelgelse av LIS3-kandidatene.

Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus: Helse Bergen mener det er uakseptabelt at geografiske tilhørighet skal vektlegges. Da innfører vi et konkurransefortrinn som ikke nødvendigvis er knyttet til den best kvalifiserte kandidaten. Ingen andre yrkesgrupper får fortrinn basert på geografisk tilhørighet.

En langt bedre modell for å bedre rekrutteringen til allmenntidisin og psykiatri mer permanent er å øke utdanningskapasiteten for leger i Norge (og redusere støtten til medisinutdanning for norske statsborgere i utlandet), og å gi medisinstudenter og LIS i Norge gode utdanningsløp hvor hele helsetjenesten tas i bruk. Da må både små og store sykehus, flere psykiatriske enheter samt alle deler av kommunehelsetjenesten tas i bruk til utdanningen. «Vestlandslegen» er en modell som utvikles av Universitetet i Bergen i samarbeid med helseforetakene i Helse Vest, som tar sikte på desentralisert klinisk utdanning. Se nærmere omtale her: Vestlandslegen | Universitetet i Bergen (uib.no) <https://www.uib.no/vestlandslegen>"

Helse Nord: Dette er kanskje den mest kritiske suksessfaktoren i modellen. Det er helt avgjørende at man klarer å identifisere de riktige kandidatene. Det forutsetter at man utarbeider tydelige seleksjonskriterier og benytter valide seleksjonsmetoder. Det er spesielt viktig at ønskede personlige egenskaper selekteres på en kunnskapsbasert måte, og ikke ut fra magefølelse. Det innebærer i praksis at tradisjonelt jobbintervju må kombineres med kvalitetssikrede tester for å oppnå høy nok prediktiv validitet.

Helse Sør-Øst RHF: Anbefales at hva som menes med personlig egnethet tydeliggjøres, ref. behov for likebehandling. Kvalifikasjonsprinsippet må være førende for rekrutteringen og det kan være en fordel for bibehold av kandidaten at det kan tas hensyn til geografisk tilhørighet.

KS: Kandidater må uansett vurderes ut fra kvalifikasjonsprinsippet.

Legeforeningen: Det vises til Legeforeningens innsigelser i arbeidsmøter vedrørende spørsmål om geografisk tilhørighet kan vektlegges. Legeforeningen støtter ikke forslaget. Tilsetting av søkere må skje etter kvalifikasjonsprinsippet, hvor ren geografisk tilhørighet ikke skal være en avgjørende faktor. Kvalifikasjonsprinsippet innebærer at arbeidsgiver er rettslig forpliktet til å

tilby stillingen til den som etter en samlet helhetsvurdering er best kvalifisert til stillingen. Denne vurderingen må tuftes på saklige kriterier. Det er ikke opp til arbeidsgiver fritt å definere hva som er relevant, men arbeidsgiver har likevel et visst handlingsrom i hva man vektlegger.

Det vises til en uttalelse fra Sivilombudet, tidligere Sivilombudsmannen (SOM-1990-27). Saken handlet om at kommunen vedtok, som et personalpolitisk virkemiddel, å bare intervju og eventuelt ansette søkere fra det sentrale østlandsområdet. Begrunnelsen for dette var økonomiske og sysselsettingsmessige hensyn. Her fant Sivilombudsmannen at man ikke kunne utelukke søkere fra andre steder av landet, selv ikke med en klausul angående kvalifikasjonsforskjeller. Dette ville ikke være i samsvar med kvalifikasjonsprinsippet. Vi påpeker også at motivasjon til å søke/starte i en stilling er en relevant faktor å vurdere ved ansettelse, og det er også vanlig i alle typer ansettelser, som vanligvis avklares gjennom søknadsbrev og intervju. Vi mener derfor at dette ikke skal fremheves særskilt i denne sammenhengen. Samlet sett mener vi derfor at hele punktet bør strykes."

Nordlandssykehuset HF: Personlig egnethet er alltid viktig ved en tilsetning. Av erfaring med LIS 1 - tilsettingen vet man at det er vanskelig å vurdere søkerens motivasjon gjennom søknad og intervju, da den største motivasjonen er å bli ansatt som LIS 1, uansett. Erfaring viser også at det er svært få LIS1 som vet hvilkens spesialisering de ønsker videre når de søker LIS 1.

Erfaring tilsier at dette blir svært vanskelig.

Hva er geografisk tilhørighet, og hvordan skal denne defineres? Og hvordan kvalifiserer det en LIS 1 bedre til stillingen? Er geografisk tilhørighet at LIS 1 er vokst opp på stedet? Eller har familie i form av en tante eller en bestemor som bor på stedet. Hvordan skal geografisk tilhørighet vektlegges i en tilsetning? Geografisk tilhørighet betyr ikke nødvendigvis at det er et ønske om å slå seg ned på stedet, men gir en mulighet for LIS 1 tjeneste."

NSDM: Se utdypende kommentar med referanser i vedlagte notat.

Oslo universitetssykehus: Personlig egnethet inngår som en del av enhver rekrutteringsprosess.

Statsforvalteren i Møre og Romsdal: Forutsatt «kan vektlegges...» i andre delsetning.

Statsforvalteren i Vestfold og Telemark: Ja, personlig egnethet er viktig innenfor de aktuelle spesialitetene. Gode kommunikasjonsevner og tilhørighet kan være viktigere enn spissede faglige kvalifikasjoner/karakterer. Geografisk tilhørighet øker sannsynligheten for at kandidaten fullfører utdanningsløpet og bosetter seg i kommunen. Dette er en faktor kommunene ønsker skal vektlegges, de har kandidater uten LIS1 tjeneste som har tilhørighet i området og som de ønsker skal kunne få LIS1/ALIS løp knyttet til sin kommune.

Statsforvalteren i Innlandet: Det vil kanskje kunne gjøre det gunstigere for rekrutteringssvake kommuner/desentraliserte kommuner med dårlig søkertilgang på leger,(men som likevel må forutsettes å ha stabil legedekning med spesialister i allmenntilleggsmedisin i kommunen eller nabokommuner til at veiledning og supervisjon fungerer).

Sykehuset Innlandet: Kvalifikasjonsprinsippet må være førende for rekrutteringen, deriblant personlig egnethet. Dersom kandidatene stiller likt kan geografisk tilhørighet tas hensyn til.

Sykehuset Østfold: Dette er svært viktig for å sikre rekrutteringen til sårbare fagområder.

Sørlandet sykehus: Støttes såfremt det går overens med fagforening og juss. Understrekes at geografisk tilhørighet, personlig egnethet og motivasjon kommer i tillegg til faglige kvalifikasjoner.

Tinn kommune: Det er svært viktig at kommunen kan vektlegge geografisk tilhørighet og personlig egnethet.

Universitetet i Bergen: Geografisk spredning bør heller tilstrebes på andre måter, for eksempel med spredning av grunnutdanningen av leger (f.eks. Vestlandslegen).

UNN: Godt forarbeide, grundig utvelgelsesprosess og forløpende evaluering vil være avgjørende for om man vil kunne lykkes med modellen og øke rekrutteringen til disse spesialitetene.

Vestre Viken: For Vestre Viken oppleves ikke dette som avgjørende, men nasjonalt kan det være en fordel for å sikre rekrutteringen til LIS3-stillingene. Det kan også åpne opp for at vi kan prioritere de med geografisk tilhørighet.

Spm 8: ALIS-kontorenes rolle

Helsedirektoratet anbefaler at ALIS-kontorene får en aktiv rolle i denne ordningen ved å:

- gi råd og veiledning til kommuner som ønsker å delta i ordningen
- å velge ut aktuelle kommuner i samarbeid med Statsforvalteren (og evt. helsefelleskapene)
- følge opp ALIS i de aktuelle kommuner
- holde Helsedirektoratet orientert om status i kommunene

Akershus universitetssykehus (Ahus): Støttes. ALIS-kontorene bør være involvert tidlig og må ha et særskilt ansvar for å velge ut egnede kommuner/legekontorer til slike stillinger i samarbeid med aktuelle kommuner. Bl.a. bør veiledning og oppfølging der LIS1 er, vektlegges. Dersom LIS1 skal få den ønskede forutsigbarheten, bør ALIS-kontoret følge den enkelte LIS1 opp allerede fra oppstart i kommunen og bidra for å gjøre overgangen fra LIS1 til ALIS så smidig som mulig. Vi oppfordrer ALIS-kontorene å starte arbeidet med å involvere og støtte kommunene og Statsforvalteren så raskt som mulig for å få ordningen så bærekraftig som mulig. Det bør også vurderes hvilke kriterier som skal legges til grunn for at en kommune/legekontor kan motta LIS1 generelt og spesielt ved etablering av ALIS-stillinger. Det er ønskelig at hver enkelt kommune kan utforme informasjon om tjenesten både som LIS1 og videre spesialisering. Det første er allerede ett stort savn når LIS1 skal gjennomføre sin distriktstjeneste.

ALIS-kontora: Kun delvis. Me kommenterer punktvis:

- «gi råd og veiledning til kommuner som ønsker å delta i ordningen»: Ja. ALIS kontora kan gi råd og rettleiing om ordninga
- «å velge ut aktuelle kommuner i samarbeid med Statsforvalteren (og evt. helsefelleskapene)»:
 - ALISkontor Sør meiner at ALIS kontora skal fint kunna ha ei rolle i oppfølging av LIS1 i desse utdanningsløpa i samarbeid med kommunar og Statsforvaltarar. Men kva legg ein i formuleringa «å velge ut aktuelle kommuner»? Det er ikkje sagt noko nærare om korleis kommunane skal få tildelt LIS1 med binding til ALISløp. Kommunane må sjølve ha behov for ALIS, eit godt opplegg for oppfølging av LIS1 og ALIS, ynskje om å nytta seg av kopla stillingar, samt kapasitet og ressursar til å delta i prosess en rundt rekruttering og tilsetting (kapittel 3.3 og 4.3).
 - Er det tenkt at kommunane skal søk a Helsedirektoratet, eller Statsforvaltaren, om desse stillingane, og at ALIS kontora skal bistå i vurdering av søknader? Dette er ikkje ein del av ALIS kontor a sitt mandat slik det er no , og før me veit meir om kva oppgåva skal gå ut på er det vanskeleg å sei kor ressurskrevjande det vil vera å gjennomføra. Uavhengig av dette så vil me sei at m ed inn føring av ei ny ordning som denne, er det viktig å gjera søknads og sakshandsamingsprosessen så enkel som mogleg. Så i utgongspunktet vil me tilrå at allereie eksisterande strukturar for dette blir brukt for å ikkje skapa unødvendig kompliserte og arbeidskrevjande prosessar. Me ser elles at det ikkje har vore med representantar frå Statsforvaltaren i arbeidsgruppa , men det ville vore nyttig å få innspel frå dei.
- «følge opp ALIS i de aktuelle kommuner»
 - Kva legg Helsedirektoratet i dette? Vårt mandat er først og fremst knytt til kommunane, så kva skal kontora eventuelt ta ansvar for og i kva omfang? Vil ei utviding av mandatet då også gjelda øvrige ALIS som ikkje er med i ordninga med kopla stillingar?

- Den individuelle oppfølginga av ALIS er i følge spesialistforskrifta kommunen sitt ansvar som registrert utdanningsverksemd, og me meiner at dette ikkje skal vera ein del av ALIS kontora sitt ansvar. ALISkontor Sør presiserer at ALIS kontora allereie rettleiar ALIS som har konkrete spørsmål om utdanningsløp og tilskot, ikkje berre kommunale leiarar og kommuneoverlegar.
- «holde Helsedirektoratet orientert om status i kommunene»
 - Me er usikre på kva Helsedirektoratet ynskjer at ein skal rapportera. Dersom det blir lagt opp til ein søknadsprosess, så vil søknadsinstansen sjølv ha best oversikt og kan rapportera. Om det er snakk om kartlegging og rapportering av resultat på kartlegginga, så er rapportering til Helsedirektoratet ut over bruk av tildelte midlar ikkje i ALIS kontora sitt mandat no. Me meiner det blir feil om ALISkontora skal ha ein tilsynsfunksjon overfor kommunane."

Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus: Skulle ordningen bli vedtatt, må gjerne ALIS-kontorene få en aktiv rolle.

Helse Sør-Øst RHF: Det synes hensiktsmessig, men vil vel betinge tilstrekkelig ressurser og kompetanse ved ALIS-kontorene.

Det anbefales at det stilles som krav om formelle samarbeidsarenaer også mellom ALIS-kontorene og helseforetakene for å sikre god informasjonsflyt og samarbeid."

KS: Det ligger i ALIS-kontorenes mandat at de skal bistå kommunene i tilrettelegging for spesialisering. Råd og veiledning er i så måte en naturlig oppgave. Den foreslått modellen bør være tydeligere på hva som menes, f.eks. bør ikke ALIS-kontorene ha mandat til å velge ut kommuner, det vil ikke være i tråd med deres hovedformål, som er bistand og tilrettelegging. Arbeidsgiver/utdanningsvirksomhet har ansvaret for den enkelte ALIS, mens ALIS-kontoret skal bistå kommunen. ALIS-kontorene bør ikke ha noen annen rolle overfor disse stillingene.

Legeforeningen: Det synes fornuftig at ALIS-kontorene får en rolle om modellen iverksettes. Kontorene har i større grad oversikt over kommuner som kan tilby attraktive løp innenfor gode faglige rammer med god veiledning og supervisjon. Det stilles likevel spørsmål om hvordan ALIS-kontorene rent praktisk skal følge opp ALIS i de enkelte kommuner og det må uansett være et tett samarbeid mellom ALIS-kontorene og de aktuelle kommunene.

Oslo universitetssykehus: Dersom systemet innføres på den måte som er skissert er det avgjørende at ALIS / annen koordinerende instans er med.

Statsforvalteren i Møre og Romsdal: Se også kommentar om sikring av tilstrekkelig antall LIS1-stillinger i eget fylket i vårt oversendelsesbrev.

Statsforvalteren i Nordland: Vi mener ALIS-kontorene vil kunne være en viktig ressurs for å bistå mindre kommuner med å få mulighet til å tilby bunden LIS1/ALIS stilling samt kan være avgjørende for å raskt kunne få dette etablert for bunden LIS1-ALIS ordning innen forespeilet tidsplan.

Statsforvalteren i Vestfold og Telemark: Ja, ALIS kontorene bør styrkes for å kunne følge tett opp kommunene og ordningen, men samarbeid med SF er viktig da vi sitter på kunnskap om hvordan LIS1 utdanningen i kommunene fungerer, veilederressursene i kommunene, og også kommunes fastlegesituasjon. ALIS bør få et særlig ansvar for oppfølging av kommunene som er rekrutteringssvake.

Statsforvalteren i Innlandet: De er etter hvert kjent med status i kommunene, og kan bistå på gode måter.

Sykehuset Østfold: Dette har vi ingen mening om.

Sørlandet sykehus: Støttes. Forutsetter aktivt engasjement fra kommunen at disse har eller utnevner en utdanningsansvarlig lege eller annen person som ivaretar dette ansvaret helt ut.

Spm 9: Fastlønnede allmennlegestillinger

Helsedirektoratet anbefaler at LIS1-stillingene primært knyttes til fastlønnede allmennlegestillinger selv om modellen også kan benyttes for næringsdrivende fastleger.

Akershus universitetssykehus (Ahus): Støttes delvis. For at ordningen skal fungere som ønsket, bør nok ALIS være fastlønnede, ikke minst med tanke på at dette er unge leger i startfasen av karrieren med stort behov for veiledning, kurs og tilstrekkelig adgang til sosiale ordninger (foreldrepermisjon mm). Vi er av den oppfatning at dette ikke må avgjøres av den enkelte kommune, men at innretningen på stillingen må være fastlagt av Helsedirektoratet /ALIS-kontoret og at ALIS selv kan velge å endre til selvstendig næringsdrivende etter et gitt antall år dersom legen ønsker det. Vi anbefaler heller en likestilling mellom fastlønnede og næringsdrivende stillinger, da det er en tendens til at unge leger ønsker seg til fastlønnede stillinger i starten av sin spesialisering.

Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus: Her må en vurdere hvilke typer allmennlegepraksiser som kan gi ALIS-kandidatene best læringsmiljø, og derved virke til at ALIS-kandidatene faktisk går videre med allmenntmedisin.

Helse Sør-Øst RHF: Ikke forutsetning for å mene noe om dette spørsmålet

KS: Det må være opp til kommunen å avgjøre tilknytningsform. Det viktigste er at tilskudd og ev. andre insentiver ikke forbeholdes en spesifikk tilknytning.

Legeforeningen: Det vises til det vi har skrevet ovenfor under kapittel to og i tidligere oversendelser og møte. Legeforeningen presiserer at næringsdrift som utgangspunkt er den foretrukne driftsform for fastlegepraksis. Det er riktig som det påpekes i rapporten at, blant annet, erfaringene fra ALIS prosjekter har vist at interessen for å starte opp i næring er liten. Det vil derfor være behov for ekstra tiltak om en skal stimulere til flere ALIS avtaler i næring. Ved ansettelser bør det vurderes ordninger for overgang til næringsdrift etter endt utdanning der legen selv ønsker dette. Valg av næringsdrift eller fast ansettelse bør avklares med søkeren ifm. tilsetting.

Legeforeningen forstår det slik at koblet stilling mot ALIS er planlagt på den måten at legen får LIS1-tjeneste i samme kommune som man skal fortsette i ALIS-stilling. Dette er likevel noe uklart beskrevet i rapporten og vi ber om at det presiseres hvorvidt dette er riktig forståelse. Vi vil i denne sammenheng presisere viktigheten av LIS1-tjeneste og oppstart i ALIS-stilling er to ulike deler av spesialiseringen. I tiden legen er i LIS1-stilling, forutsettes det at innretning av arbeidet og oppfølging av legen følger av det som er aktuelt, relevant og nødvendig for LIS1-tjenesten særskilt. Og at ansvar og oppfølging av oppgaver relevant for ALIS-stillingen ikke starter før legen har fått godkjent læringsmål og tjenestetid tilhørende LIS1-tjenesten, som er formelt nødvendig for å være kvalifisert for oppstart i ALIS-stilling."

NSDM: Hva er begrunnelsen? Dersom det er mulig å rekruttere til ALIS næring bør det være mulig.

OUS, avd. for allmenntmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo: Så lenge LIS-legen er fastlønned, kan den/de andre legen gjerne være næringsdrivende.

Statsforvalteren i Møre og Romsdal: Støttes, men med mulighet for omgjøring til næringsdrivende underveis i forløpet.

Statsforvalteren i Vestfold og Telemark: Ja, det er helt klar trend til at det er fastlønnede allmennlegestillinger som rekrutterer best.

Statsforvalteren i Innlandet: Viser til diskusjon i hovedskrivet. For å øke effektivitet, kan man knytte noe av lønn opp mot genererte takster. Det vil slå positivt ut for både lege og kommune.

Når det gjelder senere overgang til næringsdrift, så kan kommunen neppe forlange at legen skal gå over i næringsdrift når legen har oppnådd spesialitet (oppsigelsesvern). Det vil trolig måtte være en frivillig ordning. For kommunen vil det i tilfeller der legen ikke ønsker overgang til næringsdrift, være mulighet til da å bruke legen i fastlønnede oppgaver i større grad (sykehjem, helsestasjon) for ev. å stimulere til at fastlønnsstillingen blir frigjort til ny ALIS-lege.

Det bør kanskje avtales en maksimal tidsbruk for å fullføre spesialisering i disse stillingene."

Tinn kommune: Vi mener næringsdrift også vil være mulig hvis den er særskilt tilpasset av kommunen. Eksempel på dette vil være 8-2 avtale. Et minimum ved næringsdrift bør være at LIS ikke skal kreves å kjøpe seg inn i praksis eller goodwill. Dette bør i så fall kommunen selv stå for.

Universitetet i Bergen: Det bør være tilstrekkelig å beskrive at ordningen kan brukes for begge ansettelsesmodeller. Som utdanningsinstitusjon finner vi fastlønnen og næringsdrivende stillinger å være likeverdige.

Spm 10: Prioritere rekrutteringssvake kommuner

Helsedirektoratet anbefaler at ordningen kan benyttes av alle kommuner, og ikke forbeholdes rekrutteringssvake kommuner.

Akershus universitetssykehus (Ahus): Ja ordningen må kunne benyttes av alle kommuner som trenger nye fastleger/kommuneleger. Det finnes snart ikke kommuner som ikke har utfordringer knyttet til rekruttering. De store kommunene bør oppfordres til å ta en større ansvar for små og ressurssvake kommuner ved å gi veiledningshjelp og utdanne spesialister. Alle kommunene oppfordres til å ha en «legeplan» hvor de har oversikt over behov rekruttering, stabilisering, veiledning, utdanning og aldersfordeling på legene mm som kan brukes som ett verktøy for fremtidige behov og etterspørsel.

ALIS-kontora: ALIS kontora meiner at ein må flytta utdanningsstillingane i allmenmedisin til kommunar eller kommunegrupper som har tilstrekkelig stabilitet og kompetanse med forutsigbare og trygge arbeidsvilkår.

- Kommunen må ha ressursar og kapasitet til å ta ansvar for rekruttering og tilsetjing. Vidare så må kommunen tilby ei god LIS1 teneste som gjer at kandidaten ynskjer å bli der vidare. Samtidig må kommunen kunna tilby eit godt opplegg for spesialisering i allmenmedisin, der kandidaten blir sikra at kommunen sine forpliktelsar etter spesialistforskrifta blir oppfylt, inkludert individuell plan med plan for utdanningsløp, og rettleiar.
- Alt dette vil mange av dei meir rekrutteringssvake kommunane slita med å få på plass.
- Insentivordning: Mange kommunar har allereie ledige heimlar og gullkanta ordningar for å sikra rekruttering i dag. Er det tenkt at stillingane for spesialisering i allmenmedisin som er bundne til LIS1 stillingar skal vera meir attraktive enn det som er «standard»? Dette kan vera vanskeleg å få til, og bli dyrt, og mange kommunar vil ikkje ha økonomi til dette.
- ALIS kontor Øst er redd for at ordninga slik ho framstår no er full av forpliktelsar, utan at det følgjer med gulrot, og trur det vil vera naudsynt med ei bonusordning for å få dei unge legane til å binda seg til ei ALIS stilling over fleire år. Dei ser for seg at ALIS får utbetalt eit gitt beløp for kvart år gjennomført av teneste og spesialistutdanning.
- Korleis skal ei insentivordning leggjast opp? Det kan knytast til avtalar mellom KS og legeförening. Dette vil imidlertid medføra utgifter for kommunane, og der vil ei tilkotsordning gjennom Helsedirektoratet som kommunar kan søka på vera betre.
- Er det aktuelt for HOD og Helsedirektoratet å stilla med ekstra finansiering til stillingane for å få kommunane til å nytta seg av muligheten til binding mellom LIS1 teneste og stilling som ALIS?
- Positiv forskjellsbehandling innad i ein kommune eller region av ALIS som har stilling med kopling til LIS1 teneste og «vanlege» ALIS kan imidlertid vera problematisk og opplevast urettferdig.
- Dersom ein ikkje skal nytta økonomiske verkemiddel, er ein avhengig av at rekruttering/tilsetjing, samt oppfølging i kommunen etter tilsetjing er gjort så bra som mogleg, for å få gode og motiverte søkarar som ynskjer å bli i spesialiteten.
- Ved å gi kommunen hovudansvaret for rekruttering og tilsetjing, vil ein kunna få legar som elles ikkje får stilling som LIS1 fordi andre kriterier og anna erfaring blir vektlagt høgare en dei kvalifikasjonane som kommunar vektlegg. Dette gjeld også ordinære LIS1 stillingar."

Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus: Helse Bergen mener vi nå er inne i en allmennlege-krise som omfatter både byer og mindre tett bebodde strøk, og det virker dermed rettferdig at alle kommuner kan benytte ordningen dersom den blir vedtatt. Dersom tiltaket skal ha en mer spisset virkning, bør vel de aller mest rekrutterings-svake kommunene prioriteres.

Helse Midt-Norge RHF : ALIS-kontoret må ivareta intensjonen om at rekrutteringssvake kommuner skal kunne benytte ordningen.

Helse Nord: Mange rekrutteringssvake kommuner har ikke kapasitet til å tilby gode utdanningsløp, noe som er helt avgjørende for modellens suksess. Det vil virke mot sin hensikt å fordele utdanningsstillinger til disse kommunene.

Helse Sør-Øst RHF: Liten forutsetning for å mene noe om dette, men kanskje motsatt at rekrutteringssvake kommuner bør samarbeide med mer robuste kommuner slik at LiS får god veiledning, tilstrekkelig faglig miljø, opplevelsen av å være en del av noe, etc.

KS: KS er enige med NSDM at det trengs andre systemer for såkalte rekrutteringssvake kommuner. Det gjelder for så vidt også øvrige kommuner. Det er dessuten usikkert hvilken rekrutteringseffekt disse - få - nye stillingene vil gi. Det løser i svært liten grad et av de store problemene i utdanningsløpet, nemlig mangelen på LIS1-plasser.

Legeforeningen: Bekymringen er hvordan små rekrutteringssvake kommuner skal kunne nå opp blant de som skal få de aktuelle legeressursene og hvilken innsats det kreves fra de kommunene. Modellen vil kunne innebære mye ekstraarbeid for både kommuner og helseforetak. Samtidig har kommunene allerede flere utfordringer når det gjelder kapasitet for å kunne ivareta sitt utdanningsansvar. Blant annet er det mange kommuner som ikke er godkjente utdanningsvirksomheter enda. Legeforeningen er kjent med kommuner som har vært i dialog med Helsedirektoratet om godkjenning av LIS1 og ALIS. Kommuner har ikke klart å dokumentere forskriftsmessig antall timer veiledning (pandemi og fastlegekrise), søknadene blir ikke godkjent. Kommunene har også fått ansvar for å veilede vikarbyråleger og de får ikke tellende timer om det ikke dokumenteres.

Nordlandssykehuset HF: Vi mener at hovedformålet med den nye modellen er å motvirke rekrutteringssvakhet innenfor psykisk helsevern og fastlegekrise. Den nye modellen bør derfor være et virkemiddel til bruk nettopp der hvor rekrutteringen er svakest. Den nye modellen vil i liten (ingen grad) bidra til økt rekruttering innenfor allmenntilleggsmedisin hvis ordningen kan gjennomføres i store, rekrutteringssterke kommuner.

NSDM: Ordningen bør beholdes i kommuner med langvarige rekrutteringsproblemer, fortrinnsvis i Nord-Norge og på Vestlandet. En åpning for at alle kommuner skal kunne benytte ordningen vil vedlikeholde rekrutteringsskjevheten mellom by- og distriktskommuner. Se utdypende kommentar og begrunnelse i vedlagte notat.

Oslo universitetssykehus: Utdanning av legespesialister er et nasjonalt ansvar, og det er like viktig å utdanne leger i sentrale som perifere strøk, for å sikre tilstrekkelig /lik tilgang til spesialister. Det er viktig at sentrale aktører tar sin del av utdanningsansvaret.

OUS, avd. for allmenntilleggsmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo: Det er viktig at slike utdanningsløp foregår i kommuner med et høyt faglig nivå og med stabilitet i stillingene. Ordningen kan ikke være "brannslukking"!

Statsforvalteren i Møre og Romsdal: Nesten alle kommuner er rekrutteringssvake, men områder uten problemer bør ikke inkluderes. Dette for å begrense forsterking av eksisterende forskjeller.

Statsforvalteren i Vestfold og Telemark: Nei, ordningen bør forbeholdes rekrutteringssvake kommuner. Dette er et nødvendig virkemiddel for å kunne tilby tilstrekkelige og forsvarlige allmennlegetjenester i kommunene framover. Det å være en rekrutteringssvak kommune tilsier ikke i seg selv at kommunen ikke kan tilby god supervisjon og veiledning. Uansett kan Statsforvalter sammen med ALIS-kontorene bidra til å sikre at kommunene alene eller i samarbeid med nabokommuner kan tilby gode LIS1/ALIS-løp. For allmennmedisin er kapasitetsproblemene størst i distriktene, derfor bør ordningen forbeholdes distriktskommuner som er rekrutteringssvake, men som kan tilby god veiledning.

Statsforvalteren i Innlandet: vi er enig i at det nok burde være rekrutteringssvake kommuner som får mulighet til bedre rekruttering, men ser at det må være nok ressurser på plass for å tilby adekvat supervisjon og veiledning. Er det ikke attraktivt nok vil det neppe fungere med slike stillinger.

Sykehuset Innlandet: Dette er et spørsmål kommunesektoren selv må ta stilling til.

Sykehuset Østfold: Dette har vi ingen mening om.

Tinn kommune: Det er viktig at rekrutteringssvake kommuner har noen fortrinn for å sikre likeverdige tjenester i landet. Dette er et godt eksempel på en tiltak som kan utjevne forskjeller. Rekrutteringssvake kommuner bør derfor prioriteres. Vi forstår at det kan være vanskelig å vurdere rekrutteringsstyrke, men mener allikevel dette bør være et kriterie ved tildeling.

Spm 11: Antall stillinger i HFene besluttet av RHFene

Helsedirektoratet anbefaler at de regionale helseforetakene får ansvar for fordeling av LIS1-stillingene som skal knyttes til videre spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri og psykiatri i egen region.

Akershus universitetssykehus (Ahus): Støttes. RHFene må i tett dialog med sine helseforetak foreta en fordeling av LIS1-stillinger på en slik måte at den enkelte LIS1 får en faglig utdanning med god veiledning og supervisjon. Det oppfordres fortrinnsvis til at de nye LIS1-stillingene bør ha en tre-deling med erfaring fra psykisk helsevern (VOK/BUP). Fordeling av stillingene må kunne være delelig med den rotasjonen som det enkelte helseforetak kan tilby. Todelt versus tredelt tjeneste.

Helse Midt-Norge RHF: RHFene må fordele LIS1-stillingene som skal knyttes til videre spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri og psykiatri i samarbeid med helseforetakene.

Helse Nord: Anbefalingen støttes. Det er et godt etablert regionalt samarbeid om fordeling av LIS1-stillingene.

Legeforeningen: Legeforeningen støtter at RHFene får ansvar for fordelingen så lenge det er i dialog med de stedene dette er aktuelt og i tråd med helsetjenestens behov.

Nordlandssykehuset HF: De Regionale helseforetakene kjenner til hvor i regionen det er et behov for tildeling av disse koblede LIS 1 stillingene.

Forutsigbarhet for de ulike helseforetakene som mottar LIS 1 er svært viktig, for å kunne planlegge drift, bemanne akuttmottak, sikre kontinuitet i arbeidet og lage arbeidsplaner som sikrer at LIS 1 får gjennomført og godkjent læringsmål og læringsaktiviteter. Det vil si at en eventuell ny ordning må gjøres forutsigbar, slik at antallet LIS 1 ikke endrer seg for foretakene fra år til år. Det vil gjøre det mer utfordrende for sykehusene å drifte.

Sørlandet sykehus: Det støttes at RHF-ene har det overordna ansvaret. Forutsetter tett involvering av de enkelte helseforetak, ikke bare mtp. behov innen psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, men også i balansen mot behov innen andre spesialiteter og ikke minst mtp. lokale forutsetninger og evne til å tilrettelegge for bundne stillinger og ekstra LIS1-stillinger.

Vestre Viken: Vestre Viken HF vil samtidig oppfordre til å inkludere også den tredje og siste grenen innen psykiatrifagene i ordningen. Spesialistmangelen i RAM (rus og avhengighetsmedisin) er kritisk på landsbasis og rekrutteringsutfordringene store.

Spm 12: Tredelt tjeneste for LIS1

Helsedirektoratet anbefaler tredelt LIS1-sykehustjeneste for leger som skal ha videre spesialisering i barne- og ungdomspsykiatri og psykiatri.

Akershus universitetssykehus (Ahus): Støttes. LIS1 i koblet stilling med psykiatri/BUP bør få anledning til å ha tjeneste i faget der de skal ha sin LIS3. Det innebærer også at LIS1-stillinger med kobling til BUP bør få ha tjeneste på BUP under sin tredeling. Det vil være opp til arbeidsgiver å sørge for at dette innrettes på en måte som ivaretar LIS1s behov for utdanning/oppfyllelse av læringsmål. Det anbefales at disse stillingene følger av dagens allerede etablerte ordning her på Ahus, men med en utvidelse til tjeneste på BUP for de aktuelle kandidatene. Helseforetak med todelt tjeneste bør ikke utelukkes fra denne ordningen, men alle LIS1 vil ha nytte av å ha kunnskaper og erfaring fra psykisk helsevern, uavhengig av senere spesialisering. For å lykkes må helseforetak ha stort nok volum av pasienter slik at LIS1 får nok mengdetreningen i sine rotasjoner. Veiledning og supervisjon er også en forutsetning for å lykkes.

Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus: Skulle ordningen bli vedtatt, støtter vi punkt 11 og 12. Helse Bergen mener imidlertid dette er et dårlig tiltak for å rekruttere LIS3 til psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Den beste måte å øke interessen for faget, er å få flere LIS1 inn i tredelt LIS1-tjeneste i spesialisthelsetjenesten. Dette vil både øke kapasiteten for en LIS1-tjenesten og sikre at flere får grunnleggende erfaring fra somatikk og psykiatri i spesialisthelsetjenesten, før LIS1-tjenesten i kommunehelsetjenesten. Helseforetakene må legge til rette for at LIS1 kandidatene får gode læringsutbytter i psykiatrien, og legge til rette for solide planer for oppnåelse av læringsmål med god veiledning fra engasjerte leger."

Helse Nord: Tredeling er ikke en forutsetning for at modellen skal fungere og har en nedside for leger som allerede har bestemt seg for videre spesialisering innenfor psykiatri. For kommende psykiatere er det viktig å få mest mulig erfaring med somatikk i løpet av LIS1. Modellen bør derfor åpne for både todelt og tredelt LIS1-sykehustjeneste.

Helse Sør-Øst RHF: Ja, men ikke et krav – kun en anbefaling. To-delt LIS1-sykehustjeneste må ikke utelukke videre spesialisering i psykiatrifag slik at disse foretakene også kan rekruttere og knytte til seg kvalifiserte, motiverte og egnede kandidater som ønsker arbeide i foretaket. Helse Sør-Øst RHF har over tid vært tydelig ovenfor sine helseforetak at hovedregelen skal være tre-delt sykehustjeneste for alle LIS1 stillinger.

Legeforeningen: En tredeling og tidlig eksponering for faget kan forhindre et senere frafall i spesialiseringsløpet. Dette må i så fall gjelde psykiatri. Tredelt tjeneste må ikke være hovedmodell. Dette skyldes omfattende læringsmål innen indremedisin og kirurgi som krever tid og modning for å oppnå, samtidig som det er svært relevant kunnskap og ferdigheter legene tilegner seg og som er relevant for alt senere arbeid som lege. En inkludering av flere fagområder enn dagens krever at det utredes nærmere.

Nordlandssykehuset HF: Alle som får LIS 1 stillinger knyttet til spesialisering innenfor psykiatri eller BUP, bør gjennomføre LIS 1 tjeneste innenfor psykisk helsevern. Dette fordrer en tredelt LIS 1 tjeneste.

NSDM: Se utdyping i vedlagte notat.

Oslo universitetssykehus: Nei og ja. 2-delt sykehustjeneste (kun somatisk) gir også et godt grunnlag for en mangeårig karriere i psykiatrien. Det er mange pasienter med sammensatte

problemstillinger, spesielt i rusomsorg, der en grunnleggende somatisk utdanning kan være et godt utgangspunkt for videre spesialisering i psykiatri.

OUS, avd. for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo: Ikke så relevant for oss å ta stilling til.

Statsforvalteren i Innlandet: Tilsvarende økning for allmennmedisin vil også kunne tenkes, men vi ser at det trolig er viktigere at allmennlegen innehar alle læringsmål i indremedisin og kirurgi enn hva psykiateren er i behov av hvis redusert tid i sykehus medfører at det er behov for færre læringsmål.

Sykehuset Innlandet: Vi mener at dette er en god anbefaling, men bør ikke nødvendigvis være et krav.

Sørlandet sykehus: Usikkert. Man kan se fordelene ved at man tidligere kan knytte legene til fagområdet og dermed bidra til å forhindre senere frafall. Samtidig er dette snakk om leger som, dersom de forblir i psykiatrien, aldri igjen får erfaring fra den somatiske helsetjenesten. LIS1-tjenesten er i tillegg til medisinstudiet den eneste erfaringen disse legene noen gang får fra somatisk helsetjeneste, og å redusere denne fra før relativt korte tiden med 4 mndr vil være en relativt stor reduksjon av disses somatiske basistrening. Det kan derfor være argumenter for å gjøre det motsatte, at leger som skal spesialisere seg i somatiske spesialiteter (allmennmedisin inkludert, og kanskje særlig gjeldende for nettopp allmennmedisin som er den spesialiteten som skal ha den bredeste kompetansen) bør ha tredelt tjeneste for bedre psykiatrisk grunnleggende kompetanse, mens leger som skal spesialisere seg i psykiatriske spesialiteter bør ha todelt tjeneste for bedre somatisk grunnleggende kompetanse.

Det synes altså å være fordeler og ulemper med både todelt og tredelt tjeneste. For å avveie disse to hensyn, kunne en alternativ løsning være å ikke anbefale hverken det ene eller det andre for de bundne stillingene, men å heller la dette slå ut nært tilfeldig, slik at noen kandidater vil få noen fordeler og ulemper, og andre vil få andre. Dette kan også bidra til en bredere kompetanse i legepopulasjonen som sådan.

Universitetet i Bergen: Manglende mulighet for tredelt LIS1-sykehustjeneste bør likevel ikke være et hinder for ordningen.

UNN: Her mener vi at dette ikke behøver å stå som en anbefaling for leger som allerede har bestemt seg for videre spesialisingsløp innenfor psykiatri, da det for disse kan være vel så nyttig og få mest mulig erfaring med somatikk i sin LIS 1 tjeneste. Evt kan det gjøres individuelle vurderinger, der man tar hensyn til legenes egne preferanser.

Vestre Viken: Ja. (delvis) Vestre Viken er positive til tredelt turnus, men det vil være hensiktsmessig for leger innen psykiatri å ha 1 års erfaring innen somatikken. Leger innen somatikken har også mye å hente fra tjeneste innen psykiatri. Tredelt LIS-tjeneste kan bidra til økt rekruttering i BUP og psykiatri. Det bør ikke være en forutsetning for rekruttering til LIS3 at man har hatt tredelt turnus.

LIS som skal i et sikkert LIS3-løp i psykiatri vil kunne profittere faglig på den medisinske bredden 2-delt LIS1-tjeneste (evt. 3-delt tjeneste med annet fagfelt) vil gi.

Videre er erfaringen at 3 delte LIS1-tjeneste m/psykiatri styrker rekruttering til psykiatri for gruppen LIS som er usikre på valg av fremtidig spesialitet. Det er derfor av betydning at en evt. binding av de nye 31 LIS1-stillingene fra høsten 2022 til 3-delte løp kommer i tillegg til, og ikke tar plasser fra, søkbare 3-delte løp.

Spm 13: Fleksibel modell for fordeling av stillingene

Helsedirektoratet anbefaleren fleksibel modell for fordeling av stilingene, der det tas utgangspunkt i en omtrentlig fordeling både geografisk og mellom de ulike spesialitetene, men der det gjøres regelmessige justeringer av fordeling mellom de ulike spesialitetene og lokaliseringen.

Akershus universitetssykehus (Ahus): Støttes delvis. Det er forventet at en viss andel av LIS1 i disse stillingene vil falle fra på kort eller lang sikt (av flere årsaker som vi har lang erfaring med). Det vil derfor være mer hensiktsmessig at RHFet fordeler "sine" koblede stillinger og at helseforetakene kan justere hvilken kobling som er mest hensiktsmessig etter hvor behovet er størst i sitt opptaksområde ved hver utlysning. Dette gir oss den ønskede fleksibiliteten, men vil også ivareta en viktig styringsmulighet for helseforetaket i samarbeid med kommunehelsetjenesten og evt også med andre helseforetak.

ALIS-kontora: Fleksibilitet er viktig for at ordninga skal virka etter hensikta. Behovet vil kunna vera ulikt innafor dei ulike spesialitetane, frå region til region, og det vil kunna endra seg med tida.

Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus: Helse Bergen mener fordelingen av kandidater må være forutsigbar for helseforetak og kommuner, slik at det kan skapes gode læringsmiljø over tid.

Helse Midt-Norge RHF: Endring i fordeling mellom helseforetak og helseregioner må gjøres i samråd med ALIS-kontor, for å sikre forutsigbarhet i hvilke kommuner som skal tilby kommunedelen av LIS1-løpet. Det bør tilstrebes at det gis ett års forvarsel ved eventuelle endringer.

Helse Nord: Denne fleksibiliteten støtter opp under selve hensikten med modellen. Fordelingen skal bidra til økt rekruttering til spesialitetene og lokasjonene med størst behov. Helse Nord har de største rekrutteringsutfordringene innen både allmennmedisin og psykiatri. Det vil derfor være riktig å fordele en relativt stor andel av de nye LIS 1 stillingene til vår region. Vi har i dag omtrent 20 % av alle LIS 1 stillingene i Norge (208 av 1088 stillinger). Vi ber om at også 20 % av de 62 nye bundne LIS1-stillingene fordeles til nord. Det vil si 12 stillinger, hvorav 6 stillinger opprettes i 2022 og de resterende i 2023.

Helse Sør-Øst RHF: Ja, men det må samtidig være forutsigbarhet for helseforetakene. Kandidater i LIS1 stillinger er også en del av ordinært drift ved sykehusene. Vi kan ikke ha en situasjon hvor antallet LIS1-stillinger ved sykehusene varierer fra utlysning til utlysning. Endringer internt i regionen anser vi som et internt anliggende. Vil det være aktuelt å endre fordelingen mellom regionene må det gjennomføres egne prosesser på det.

Legeforeningen: Det er nødvendig med årlige vurderinger og beregninger av spesialistbehov for å kunne dekke behovet. Utfordringen er imidlertid at hver gang man skal gjøre justeringer må man se hen til hvilke konsekvenser dette har for LIS1 og kommunene. I denne sammenheng er det viktig at antall LIS1 i helseforetakene må være stabilt av hensyn til organiseringen på den enkelte avdeling, men stillingene kan fordeles mellom regionene.

Stadige endringer i antall LIS1-leger ved de respektive utdanningsvirksomheter, sykehus og avdelinger medfører betydelige driftsmessige utfordringer som vil kunne utover legene. I utgangspunktet mener vi at antall LIS1-stillinger ved de respektive utdanningsvirksomheter, sykehus og avdelinger må holdes stabilt, mens antall koblede stillinger kan være fleksibelt etter enten nasjonal eller regional modell. Det vil si at til noen opptak er det flere koblede stillinger

enn til andre opptak ved samme sykehus, men antall LIS1-stillinger vil ikke variere. Intensjonen med modellen er 62 koblede LIS1-stillinger, og legger til grunn at det ikke vil være flere enn dette antall tilgjengelig. Skal antallet endres, må det gjøres gjennom ordinær forskriftsendring."

Nordlandssykehuset HF: Forutsetning for anbefaling er at det legges opp til en forutsigbarhet i det totale antallet LIS 1 for foretakene. Det er et stort behov for forutsigbarhet i planlegging.

NSDM: Se utdypende kommentar i vedlagte notat.

Oslo universitetssykehus: Ja og nei. Sykehusstjenesten er avhengig av en stabil rekruttering for at vaktlag og etablerte rutiner blir bygget opp og vedlikeholdt. Koblingen etter 12 mndr sykehusstjeneste må selvsagt kunne tilpasses både utdanningsmuligheter og -behov.

Statsforvalteren i Møre og Romsdal: Viktig med forutsigbarhet. Se også kommentar om sikring av tilstrekkelig antall LIS1-stillinger i eget fylket i vårt oversendelsesbrev.

Statsforvalteren i Nordland: Det er likevel ønskelig at en fleksibel modell medfører at noen geografiske områder særlig i forbindelse med etablering av budne LIS1-ALIS stillinger aktivt kan unnlate å etablere ordningen. Det bør være forventet at ordningen skal i hvert fall være tilstede i noen grad i alle geografiske regioner både innen BUP/psykiatri/ALIS.

Statsforvalteren i Innlandet: Undersøkelsen det vises til sier at det pr nå mangler like mange psyk/barnepsyk som allmennleger. Vi ser at situasjonen i allmennpraksis nå er alvorlig, og det er viktig å prioritere fastlegeordningen med stabiliserende tiltak, og dette haster. I forhold til antall leger som vil komme til å mangle om få år i allmenntilleggspraksis kontra psykiatrien, vil vi mene at allmenntilleggspraksis i det minste må likestilles.

Sykehuset Innlandet: Det bør være en viss forutsigbarhet for arbeidsgiver.

Tinn kommune: Vi støtter en fleksibel fordeling, men fordelingen bør primært baseres på rekrutteringssvake kommuner etter punkt 10 og deretter geografisk fordeling.

Universitetet i Bergen: Det er viktig at fordelingen er forutsigbar, slik at man kan skape gode læringsmiljø over tid.

UNN: UNN påpeker nødvendigheten av at Helse Nord tildeles en relativt sett høyere andel av de nye LIS 1 stillingene enn andre regioner. Vår region har i dag 20% av alle LIS 1 stillinger; vi har i sum større rekrutteringsutfordringer enn andre regioner, det er en vedvarende tendens til at kandidater flytter lenger sør under eller etter spesialisingsløpet og Helse nord bør derfor tildeles ca 20 % også av disse nye LIS1-stillingene.

Vestre Viken: Regner med at HF kan rapportere behov og at RHF fordeler ut fra det.

Spm 14: Stillinger i første pulje våren 2022

Helsedirektoratet anbefaler at de 31 nye LIS1-stillingene som skal lyses ut våren 2022 med oppstart 1.9.2022, knyttes til videre spesialisering innen psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri.

Akershus universitetssykehus (Ahus): Støttes delvis. Dersom stillingene skal innrettes hensiktsmessig bør kommunene få noe mer tid til å forberede kobling til ALIS. Derfor bør de første koblede stillingene fortrinnsvis knyttes til sykehusspesialiteter. Vi er imidlertid ikke sikker på om alle de 31 LIS1-stillinger bør være koblede stillinger i første omgang - spesielt med tanke på at ikke alle HF som har LIS1 i dag har tredelt tjeneste (hvilket er en forutsetning for å lykkes med ordningen). Derfor bør RHFene kunne tildele koblede stillinger til de HF som allerede har mulighet for tredelt tjeneste og hvor det har størst sjanse for å få til en koblingsordning allerede fra utlysning vår 2022.

Vi er også av den oppfatning at å; kun utlyse stillinger med kobling til psykiatrien på høsten og ALIS på våren vil være uheldig både for de aktuelle kandidatene som vil være søkere på både vår/høst og for aktuelle helseforetak og kommuner. Det vil garantert være aktuelle søkere som ønsker å bli fastleger med utlysningen i januar 2022 med oppstart høsten 2022. Vi foreslår derfor at det i utlysningsteksten for Ahus kan skrives at det jobbes med å etablere en eller flere ALIS-stillinger i vårt opptaksområde, og at spesielt interesserte søkere kan vedlegge en begrunnet og motivert søknad om dette på eget vedlegg i tillegg til sin ordinære søknad. Mer informasjon om dette gis på et senere tidspunkt, senest ved oppstart høsten 2022. "

ALIS-kontora: Er det slik at det for kvar pulje (31 stillingar med kopling LIS1 og psykiatri/BUP med start 1. september 2022 og 31 stillingar med kopling LIS1 og allmenntidisin med start 1. mars 2022) skal lysast ut kvart halvår, som for resten av LIS1 stillingane, og at det er opptrapping frå 31 stillingar ved start 1. september 2022 til 62 stillingar 1. mars 2023, eller er det i totalt ein auke på 31 LIS1 stillingar per halvår ?

Når det gjeld føreslag om at pulje 2 skal vera kopling mellom LIS1 og spesialisering i allmenntidisin med utlysing hausten 2022 og oppstart 1. mars 2023, så er det usikkert om ALIS kontora vil ha opparbeida seg nok kapasitet og bemanning til å kunna gjera alle oppgåvene skissert i punkt 4.1."

Helse Bergen, Haukeland universitetssjukehus: Helse Bergen mener de ekstra stillingene da bør fordeles til universitetssykehusene, som har de største psykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske fagmiljøene, og som har det største behovet for nye sykehusspesialister.

Helse Nord: Det er behov for mer tid for å etablere nye stillinger bundet til allmenntidisin.

Se forrige kommentar angående fordeling mellom helseregionene. 6 av de 31 stillingene i første pulje bør fordeles til Helse Nord."

Helse Sør-Øst RHF: Ja, selv om det ville vært mest praktisk for helseforetakene at det var en jevn fordeling mellom de stillingene som knyttes til allmenntidisin og psykisk helsevern.

KS: Mangel på LIS1-plasser er en flaskehals. Det bør derfor så raskt som mulig også lyses ut stillinger for spesialisering til allmenntidisin, men det er nødvendig at juridiske/administrative forhold er avklart (se kommentarer over).

Legeforeningen: Det bør være likt antall som inngår i ordningen vår og høst slik at dette fordeles stabilt. Ellers vil det medføre logistikkutfordringer i organiseringen av ordningen.

Det er ikke de samme legene som er aktuelle søkere til oppstart mars og september, og det kan ikke være slik at man må være uteksaminert til riktig tidspunkt for å kunne velge koblet stilling til ønsket spesialitet. Det må derfor være tilgjengelige stillinger i de respektive spesialiteter ved begge opptakstidspunkt, etter intern fordeling mellom de tre som er i tråd med behovet vurdert nasjonalt. Det er også nødvendig at fagmiljøene inkluderes i vurderingene."

Nordlandssykehuset HF: Kan tidlig iverksettes høsten 2022.

OUS, avd. for allmennmedisin, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo: Da blir det 31 allmennmedisin-stillinger til høsten (neste runde)?

Statsforvalteren i Møre og Romsdal: Usikker på hvor god langsiktig rekruttering blir dersom kandidater tvinges inn i spesialiseringsløp i mangel på andre plasser.

Statsforvalteren i Nordland: Den anbefales å forsøke å få etablert utlysning for enkelte LIS1-ALIS stillinger også i første runde i lys av utfordringene mange kommuner har i fastlegeordningen. Dette kan bidra til at flere kommuner, særlig de mindre, tidlig kan se til andre kommuner som har tatt i bruk ordningen tidlig slik at de har mulighet til å i større grad selv etablere ordningen når den skal utvides ved neste utlysning høsten 2022. En tenker at ALIS-kontorene kan forsøke å stimulere til dette.

Statsforvalteren i Vestfold og Telemark: Rekrutteringsutfordringene innenfor allmennmedisin er så store at en bør utlyse et mindre antall bundne stillinger knyttet til allmennmedisin allerede høsten 2022. Disse kan fungere som en pilot, og erfaringene kan brukes for utlysning/ansettelse av et større antall kandidater våren 2023.

Statsforvalteren i Innlandet: Det er ikke ønskelig, men forståelig ut fra argumentasjonen. Skal man legge frem et helt utdanningsløp må man jo vite hvor dette skal skje. Dersom noen aktuelle kommuner likevel klarer å komme opp med slike utdanningsløp, vil vi se det som positivt at dette ble gjort til en mulighet også våren 2022.

Når det gjelder utdanningsløp i BUP er det også en utfordring å få godkjente behandlingsløp utenfor storbyregioner ga allerede mangler av spesialister på området. Opprettelse av nye LIS-stillinger vil ikke løse dette, og gode former for veiledning og supervisjon må løses for de aktuelle stillingene."

Sykehuset Innlandet: Det kan på sikt være aktuelt å inkludere TSB.

Sørlandet sykehus: Støtter forslaget men mener at rekruttering til allmenn medisin også er viktig.

Tinn kommune: Vår kommune har tidligere etterspurt denne ordningen gjennom et initiativ opp mot helseforetaket og samhandlingskoordinator. Dette endte da med avslag fra Helsedirektoratet. Vi er svært fornøyd med at Helsedirektoratet nå åpner for en slik ordning vi har ønsket. Vi mener det er svært viktig å få i gang denne ordningen raskt i kommunene og allmennmedisinen. Allmennmedisinen er i behov av raske tiltak som kan føre til positive effekter og positive ringvirkninger. Vår kommune er klar og vi tror også noen andre kommuner er klare. En forsiktig oppstart i kommuner som er klare, på modell fra slik det praktiseres i ulike prosjekter, vil man høste erfaringer før ordningen deretter utvides. Ordningen bør også gjelde for noen kommuner med oppstart fra 1.9.2022.

Universitetet i Bergen: Fakultetet har fått følgende kommentar fra fagmiljø for allmennmedisin: Det virker fornuftig at ALIS-kontorene og Helseforetakene deltar i fordelingen som skissert. Som

allmennmedisinsk fagmiljø ønsker vi at rekruttering til allmennmedisin prioriteres som minimum likt med rekruttering til psykiatri/barne- og ungdomspsykiatri.

Vestre Viken: Nasjonalt er dette fint. Merknad: Det er av vesentlig betydning for vakt- og arbeidsplaner i mottagende HF at antall tildelte LIS1-stillinger hhv vår og høst i hovedsak er likt i antall. Dette for å unngå at det må utarbeides nye tjenesteplaner/alternere mellom ulike planer, gjeldene for hele LIS1-vaktsjiktet hvert halvår.

Det ser ut som at den foreløpige fordelingen gir mindre rekruttering til rurale strøk.