



31.januar 2021

## *Høring – LIS1-ordningen – evaluering og tiltak*

Helsedirektoratet har sendt ut høring om LIS1-ordningen – evaluering og tiltak. Rapporten er tredelt.

- Første del gir en vurdering av omleggingen fra trekningsbasert til søknadsbasert turnusordning i 2012 (kapittel 2).
- Andre del følger opp tiltak foreslått i Helsedirektoratets vurdering av antall LIS1-stillinger fra 2019 (kapittel 3-5).
- Til slutt drøfter rapporten om LIS1 kan benyttes til å øke rekrutteringen til allmennmedisin (kapittel 6).

Det er lagt opp til at den besvares som en questback med 11 «anbefalte tiltak». Disse er listet opp nedenfor, med kommentarer på hvert punkt.

### **Innledningsvis ønsker vi å gi noen generelle betraktninger knyttet til omleggingen fra trekningsbasert til søknadsbasert system for LIS1**

Det er vanskelig å se at omleggingen har vært en ubetinget suksess. Flere av argumentene mot en omlegging ser ut til å ha slått til.

Søknadsbasert system har ført til økt sentralisering og flere leger kommer ikke i gang med spesialisering fordi de ikke får tilbud. Søknadsbasert seleksjon kan også føre til en vridningseffekt i arbeidsgivers seleksjonskriterier, slik at vanskelig navn, kjennskap til søkers familie etc kan medføre en feilaktig lav plassering på en søkerliste.

Det har også blitt vanskeligere å få ansatt LIS1-leger i mindre sentrale strøk. Noen LIS1-leger sier opp sin LIS1-stilling i påvente av å få en stilling som er geografisk mer sentralt. Sentrale steder kan også i større grad «love bort» eller sette på vent stillinger, når de kan få søkere som allerede er begynt på spesialisering utdanningen i distrikt. Dermed får de en LIS1-lege med noe mer erfaring, som igjen kanskje kan levere en høyere produksjon i sitt arbeid

Omleggingen har også ført til en vridning mot lønnet arbeid i studietiden fremfor studier, for å være bedre kvalifisert når man skal søke. Dette medfører at studentene har mindre tid til studier og er selvsagt også uheldig.

### **ANBEFALTE TILTAK**

#### **1.Helseforetak og private sykehus kan lyse ut ekstra LIS1-stillinger ved behov.**

- a. Helseforetak og private sykehus kan opprette slike stillinger etter behov, men må dekke det selv utover det som er forhåndsgodkjent. Dagens situasjon med relative læringsmål, fremfor konkrete prosedyrer vil i lettere grad kunne føre til misbruk av ordningen, da man kan få billig arbeidskraft uten å egentlig levere godt på opplæring og veiledning.

## **2.Leger tilbys kun den tjenesten de mangler for å fullføre del 1.**

- a. Vi har ikke noen motforestillinger mot dette punktet

## **3.Benytt stilling i annet fylke når det oppstår mangel på kommunestilling.**

- a. Virker ok og gjør det mer fleksibelt. Likevel en belastning for den som skal tilbake, da gjerne med barn som skal ha barnehage etc. Bør uansett søkes å få til innenfor eksisterende fylke?

## **4.Kommuner og helseforetak som ønsker det kan lyse ut LIS1-stillinger separat.**

- a. Dette kan være et godt rekrutterende tiltak, men dessverre krevende. LIS1 leger som skal ut i kommunal tjeneste trenger absolutt erfaring fra sykehus, hvor supervisjon og veiledning kan skje mye tettere. Arbeid i kommune er mye mer autonomt og selvstendig og mye kan dessverre gå galt før det oppdages.
- b. Mange av de som vil være aktuelle her vil gjerne komme fra andre land eller være norske studenter med utdanning fra et utenlandsk Universitet. Kommunehelsetjeneste med trygdeforvaltning som vi har i Norge undervises det ikke i ved utenlandske Universitet. På samme måte er norsk allmennlegetjeneste mye mer omfattende enn de fleste andre steder i verden. Dette er problematisk dersom man skal gå rett i en veldig selvstendig autonom tilværelse i en rekrutteringssvak kommune.
- c. Kommuner med dårlig rekruttering har ofte lite legerressurser og behov for avlastning av de få legene som er der, hvis det i det hele tatt er noen faste der. Dette kan bli områder med bare vikarer og LIS1 leger uten sykehuserfaring, som da vil motta et mangelfullt LIS1 løp i kommunen. LIS1-leger har behov for god supervisjon og veiledning.
- d. Forslaget kan innebære svært høy risiko og bør kanskje ikke iverksettes.

## **5.Arbeidsgiver kan ansette direkte fra søkerlisten fra siste LIS1-opptak når det oppstår en ledig LIS1-stilling i spesialisthelsetjenesten.**

- a. Vi har ingen spesielle innvendinger mot dette.

## **6.Invitere tjenestene med på erfaringsseminarer for å få til bedre ansettelsesprosesser og samarbeid mellom arbeidsgivere.**

- a. NFA er litt usikker på nytten av seminar i dette temaet. Både kommuner og foretak i samme «nedslagsfelt» bør ha jevnlig samarbeid om hvordan ansettelsesprosesser skal foregå. Begge parter interesser må tas hensyn til.

## **7.Vurdere egne ordninger for leger med lang klinisk erfaring fra utlandet.**

- a. Lang klinisk erfaring fra annet land kan ofte fungere godt inn mot et avgrenset område av medisinen. Grenspesialister har ofte mye faglig kunnskap om ett spesifikt området. Likevel vil ulike land ofte representere betydelige forskjeller i organisering, samarbeid med andre profesjoner, rolledefinisjoner og forståelser for hvordan det norske helsevesenet fungerer. Det er velkjent at manglende samhandlingsrutiner gjennom mange år har ført til betydelige skjevfordelinger av ressurser og oppgavetilfang mellom ulike behandlingsnivå i behandlingsskjeder. Det å ikke ha respekt og forståelse for andre kollegers arbeidshverdag og arbeidsoppgaver gir en risiko for dårlig samhandling, og det å kunne gi et godt helsetilbud til befolkningen. Vi vil kanskje hevde at dette er en legegruppe hvor det er særskilt viktig at man tilegner seg en slik forståelse og grunnkompetanse for å fungere godt i spesialisert legestilling.

### **8.Knytte LIS1-stillinger til videre ansettelse i ALIS- og/eller introduksjonsavtaler.**

- a. Igjen er det viktig at dette gjøres etter klare rammer. Det kan ikke være en hvilepute for kommunen for å rekruttere til kommunen, uten en plan for videre ALIS-stilling. Det må foreligge klare avtaler for LIS1 løpet, med supervisjon og veiledning, hvordan overgang fra LIS1 til ALIS skal være, hvilke føringer som gjelder for ALIS, og hvordan fordeling mellom åpen uselektert praksis skal være, opp mot kommunale stillinger innenfor andre legetjenester i en kommune.

### **9.Inkludere LIS1 i mandatet til ALIS-kontorene.**

ALIS-kontorene må styrkes videre og vi støtter at de også har mandat til oppfølging av kommunale LIS1-stillinger forutsatt at de får ressurser til dette. Bedre supervisjon og veiledning av LIS i kommunehelsetjenesten.

### **10.Bedre supervisjon og veiledning av LIS1 i kommunehelsetjenesten**

- a. Dette er riktig og viktig. En forutsetning for å få dette til er tid og rom, både for veileder og kandidat. Det må gis mulighet for veileder til å sette av nok tid til veiledningen og for supervisøren til supervisjon. Dette betyr i all hovedsak god nok honorering og nok tid med slik honorering. Legger man opp til rammene for dette på linje med oppfølgingen prosjektet ALIS Vest har hatt, vil det være realistisk å forvente tilsvarende gode tilbakemeldinger også utenfor prosjektorganisert ALIS.

### **11.Aktiv deltakelse av kommuner i ansettelse av LIS1.**

- a. Tilsvarende vårt svar under pkt 6.

Med vennlig hilsen

Marte Kvittum Tangen

leder

Torgeir Hoff Skavøy

nestleder