

Innspill fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin

Endringer i LIS1 bør være basert på kunnskap og forskning

Den søknadsbaserte LIS1 tjenesten ble innført i 2013. Et grunnleggende premiss ved innføringen var at den skulle evalueres etter fem år. I 2019 kom nye regler for spesialistutdanningen, og innholdet i tjenesten ble spesifisert og basert på læringsmål. Kommunene fikk ansvar for spesialistutdanningen av leger i primærhelsetjenesten. Mange kommuner har fortsatt problemer med å håndtere det økte ansvaret, og har utfordringer med implementering av de nye læringsmålene. NSDM mener at det er bra at LIS1 nå blir vurdert, men etterlyser en forsknings- og kunnskapsbasert evaluering. Man bør ikke gjøre større endringer i organisering og gjennomføring av LIS1 uten nøye evaluering basert på forskningsbasert kunnskap og der endringer prøves ut i avgrensede pilotforsøk med følgeforskning.

NSDM rapport om turnuslegetjenesten

Nasjonalt senter for distriktsmedisin publiserte i 2017 en forskningsrapport som belyser hvordan den nye turnusordningen ble implementert og hvordan helseforetak og kommuner samstyrte ordningen (1). Denne rapporten viser at samstyringen mellom kommuner og helseforetak var svak og at ansettelsesprosedyrene med stor grad av indirekte kobling mellom kommuner og helseforetak gjorde kommunene usynlige. Det var i liten grad inngått formelle samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak. Det var en tendens til flere utlyste reststillinger og tegn til systematisk bortvalg av mindre attraktive kommuner, noe som skapte utfordringer for kommunene. Den nye ordningen ga økte valgmuligheter for turnuslegene men også større usikkerhet. Turnuslegene fortalte at forberedelsene for turnus begynte allerede under grunnutdanningen. De fokuserte i større grad enn tidligere på å sikre seg turnusplass, og benyttet vikarstillinger for å få innpass i helseforetakene. Undersøkelsen ble utført i 2016, men det er lite som taler for at situasjonen er vesentlig annerledes nå.

Konsekvenser av omleggingen fra trekningsbasert til søknadsbasert turnus

Omleggingen fra trekningsbasert til søknadsbasert tilsetting har ikke løst det grunnleggende problemet med LIS1-ordningen. Det er altfor få plasser, både med hensyn til fremtidig behov for leger og med tanke på det store antallet søkere. Mangelen på utdanningsplasser gjør at medisinstudenter allerede under grunnutdanningen fokuserer på å kvalifisere seg til turnus. Medisinstudentene ser seg også nødt til å søke flere tilgjengelige helseforetak/sykehus for å sikre seg plass, noe som gir utfordringer for helseforetak og kommuner med å takle den store søknadsmengden. I og med at konkurransen om plasser er beinhard så har tilgangen til turnusleger i helseforetakene ikke blitt påvirket i vesentlig grad. I kommunene, fremfor alt i små distriktskommuner ser vi en tendens til økende ustabilitet. Den søknadsbaserte ordningen øker sannsynligheten for at turnusleger sier opp og søker seg til mer sentrale kommuner hvor det på grunn av fødselspermisjoner og annet fravær er tilgjengelige restplasser. Kommunene generelt og distriktskommunen spesielt må prioritere utdanningen av leger og tilby høy kvalitet på veiledning og supervisjon for å tiltrekke og beholde de beste søkerne.

Den søknadsbaserte ordningen har ført til at lokalsykehus i større grad kan velge ut de kandidater som de mener er egnet til tjeneste hos dem, for eksempel gjennom å vektlegge lokal tilknytting eller spesiell kompetanse. Dette kan skape en situasjon der ikke-medisinske meritter får vesentlig betydning for tilsetting. Trekningsbasert turnus fordelte legene mer tilfeldig utover landet og mange unge leger ble eksponert for regioner de ikke hadde et forhold til fra før.

Flere av de som søker LIS1 i Norge er utenlandske leger med lang klinisk erfaring, fremfor alt fra Danmark og Sverige. LIS1 er ikke egnet for å gi nødvendig kompetanse for denne gruppen og det anbefales å etablere egne utdanningsløp for utenlandske leger med lang klinisk erfaring. Det viktigste er likevel å øke kapasiteten i LIS1 ved å øke antall LIS1 plasser i både sykehus og kommuner. Økningen av plasser må baseres på en nøye beregning av fremtidig behov i helsetjenesten.

LIS1 er viktig og bør ikke svekkes

LIS1 er en utdanningsstilling for nyutdannede leger i begynnelsen av spesialistutdanningen. Vi mener at det er viktig å holde fast ved dette. LIS 1 gir norske leger en felles breddeforståelse uavhengig av hvilken spesialitet de senere utdanner seg til. Denne grunnleggende forståelsen er viktig for fremtidig samhandling og samarbeid. Grunnleggende breddekompetanse i indremedisin og kirurgi er nødvendig for å håndtere kravene i allmenntidmedisin og man bør derfor ikke redusere utdanningstiden i sykehus. Vi mener at kjernen i utdanningen må være indremedisin og kirurgi. Det kan vurderes at en tredelt turnus også innbefatter andre fag. Læringsmålene må ikke endres og oppfylles uavhengig av hvilke avdelinger som brukes i tillegg til indremedisin og kirurgi. Vi mener at balansen mellom sykehustjenesten og kommunehelsetjeneste er hensiktsmessig.

Kravene til læring er store i LIS1, og det er viktig at både læringsmål og utdanningstid opprettholdes og at kravet om at læringsmålene må oppfylles innenfor LIS1 opprettholdes. Dersom man tillater «utsettelse» av læringsmål til senere i spesialiseringens løp, kan det skape store problemer med å sikre adekvat gjennomføring. Tjeneste i kommunehelsetjenesten krever grunnleggende kunnskap i indremedisin og kirurgi og vi anbefaler ikke å forandre rekkefølgen i utdanningen. Fleksible utdanningsløp der turnuslegene kan «bygge sin egen turnus» medfører fragmentering av LIS1, og kan gi utfordringer med veiledning og oppfølging av kandidatene og anbefales ikke.

Ansettelse

Helseforetak og kommuner må sikre åpne, transparente ansettelsesprosesser der kriteriene for ansettelse er kjent for søkere, kommuner og helseforetak. Kunnskap om rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt viser at lokal tilknytting er svært viktig for å rekruttere og stabilisere helsepersonell (2). Lokal tilknytting må derfor kunne vektlegges ved ansettelse.

Kommunene har for liten innflytelse på ansettelsesprosessen. Den styres i stor grad styres med sykehusenes administrative ressurser, kompetanse og erfaring. Forutsetningene for at kommunene skal få større innflytelse er tilstede, men det krever at kommunene prioriterer dette og at man formaliserer arbeidet med samarbeidsavtaler og rutiner for samhandling. ALIS-kontorene kan få en viktig rolle som kompetansesenter og støttefunksjon for kommunene men må sikres nok ressurser for å kunne ivareta denne oppgaven. Vi anbefaler ikke noen formell overføring av ansvar/medvirkning til tilsetning av LIS1 til ALIS kontorene nå, men på sikt kan dette vurderes. Helsefelleskapene kan være en viktig arena for arbeidet med rekruttering og stabilisering av helsepersonell.

Løpende tilsetning i LIS1 stillinger i stedet for dagens ordning med to ansettelse i året løser ikke noen av de grunnleggende problemene med kapasitet og administrativ belastning og bør ikke gjennomføres.

Rekruttering til allmenntidmedisin

LIS1 er svært viktig for rekruttering til allmenntidmedisin, fremfor alt i distriktskommuner. Man kan tenke seg å øremerke noen LIS1-stillinger til videre spesialisering i allmenntidmedisin gjennom å knytte dem til en fastlegestilling og et videre ALIS-løp. I dagens ordning søker man oftest LIS1-stilling i helseforetak som er knyttet til en kommune i lokalsykehusområdet. Resultatene av en slik

Øremerking er usikre og det er nødvendig med en avgrenset utprøving av ordningen før man kan konkludere.

Man bør ikke redusere tiden det tar å bli spesialist i allmennmedisin. Læringsmålene er svært krevende å få gjennomført innenfor normert tid og en forkortelse av utdanningstiden kan bidra til å svekke renommeet til allmennmedisin som fag.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin 13.september 2020

Referanser:

- (1) Abelsen B, Gaski M. (2017) Ny turnustjenesten for leger - En studie om implementering og samstyring Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.
- (2) Abelsen et al. Human Resources for Health (2020) 18:63 <https://doi.org/10.1186/s12960-020-00502-x>