

Nasjonalt senter for distriktsmedisin,
Helsefak, Institutt for samfunnsmedisin
UiT Norges arktiske universitet
9037 TROMSØ

Helsedirektoratet v/
Haakon Gunnerud
Postboks 220 Skøyen, 0213 OSLO

Høringsinnspill vedr. LIS1-ordningen – evaluering og tiltak

Rapportutkastet om LIS1-ordningen som er sendt på høring består av tre deler:

- Vurdering av omlegging til søknadsbasert turnusordning
- Tiltak som gir bedre utnyttelse av LIS1-stillingene
- Tiltak som kan bedre rekruttering til allmenntilleggsmedisin

Helsedirektoratet inviterer til å besvare en rekke spørsmål i et questback-skjema om forslagene til tiltak for å forbedre LIS1-ordningen.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)/ Boaittoealmedisiinna našunála guovddáš har besvart spørsmålene om tiltakene, se nederst i dette dokumentet. I skjemaet ble det ikke spurt om vår vurdering av omleggingen til søknadsbasert turnusordning. Vi ønsker derfor å komme med noen utdypende kommentarer:

Da ordningen med søknadsbasert turnusordning ble innført i 2013 var det en forutsetning at den skulle evalueres etter 5 år. Det er ikke skjedd.

Rapportutkastet gir en god beskrivelse av omleggingen fra trekningsbasert til søknadsbasert ordning, men det er ikke gjort en systematisk evaluering. Rapporten er dermed ikke egnet til å besvare spørsmålet om formålene med søknadsbasert ordning er oppfylt. Rapporten er basert på innspill fra deltakere på seminar, arbeidsgruppe og webinar, samt noen eksterne rapporter. Man har for eksempel ikke systematisk undersøkt LIS1- søkerne egne vurderinger av omleggingen, og man har ikke gjort kostnadsberegninger for den svært ressurskrevende søknadsprosessen. Rapportutkastet er preget av at søknadsbasert ordning er ansett å være den



eneste riktige, og åpner ikke for en bred vurdering av hva som skal til for å sikre et godt, effektivt og sammenhengende utdanningsløp som forsyner hele Norge med dyktige leger.

Rapportutkastet beskriver noen fordeler og en rekke ulemper som har oppstått i kjølvannet av endringen. Den sentraliserende effekten av søknadsbasert ordning gir grunn til alvorlig bekymring. Det samme gjelder den tid- og ressurskrevende søknadsprosessen. Vi inviteres til å vurdere en rekke avbøtende tiltak, men det er ikke lagt opp til en overordnet diskusjon om selve ordningen. Rapportutkastet setter heller ikke LIS1-tjenesten inn i en helhetlig, utdanningspolitisk sammenheng.

NSDM mener at LIS1-ordningen ikke kan diskuteres i et vakuum, men må sees sammen med antall studieplasser i Norge og utlandet og behovet for leger i hele Norge. Også innholdet i legestudiet bør være et tema – hvordan studentene motiveres til og lærer om legearbeid i distrikt og på lokalsykehus. Uten å se dette i en sammenheng blir alle tiltak kun flikking på en ordning med betydelige utfordringer.

NSDM etterlyser en bredere, kunnskapsbasert vurdering av om en trekningsbasert ordning kunne vært et mer målrettet og effektivt tiltak samlet sett.

Samfunnsansvar

NSDM tar i høringssvaret utgangspunkt i at legeutdanningen – både grunn- og spesialistutdanning – har som samfunnsoppdrag å utdanne leger til hele landet. LIS1 er en obligatorisk del av dette. Vi vil påpeke noen overordnede utfordringer med legeutdanningen i Norge som danner bakteppe for å kunne diskutere søknadsbasert LIS1-ordning:

- Kapasitetsproblem i grunnutdanningen i Norge (jfr Grimstadrapporten)
- Kapasitetsproblem i LIS1 (både før og etter innføring av søknadsbasert ordning)
- Fordelingsproblem (økende etter innføring av søknadsbasert ordning)

Norske universiteter utdanner for tiden bare halvparten av de legene Norge trenger.

Myndighetene legger til rette for at omtrent halvparten av de legene Norge trenger utdannes i utlandet. Norges egen-utdanning av leger er langt lavere enn sammenlignbare land.

Samfunnets ansvar for utdanning og fordeling av leger omfatter både grunn- og spesialistutdanning, og disse elementene må sees i sammenheng.

Rapportutkastet beskriver to store endringer av betydning for LIS1: Endring fra trekningsbasert til søknadsbasert ordning i 2013 og endring av spesialistreglene i 2017. Bakgrunnen for endringen fra trekningsbasert til søknadsbasert er godt beskrevet. En av hovedårsakene var utfordringene med opphopning av turnusventere i den trekningsbaserte ordningen pga retten til turnusplass. NSDM mener at den overordnede årsaken var for få turnusplasser, dvs manglende samsvar mellom utdanningskapasitet (norsk + norsk-finansiert i utlandet), antall turnusplasser og behov for leger.



Nasjonalt senter for distriktsmedisin / Boaittoealmediisinnna našunála guovddáš

National Centre of Rural Medicine

ISM; Helsefak; UiT Norges arktiske universitet; N-9037 Tromsø

post@nsdm.uit.no / www.nsdm.no / 77 64 40 00

Vår vurdering av endringene i turnusordningen er at

- *Avskaffelse av rett til turnusplass* – har ikke skaffet flere plasser eller mindre køer
- *Endring av autorisasjonstidspunkt til før turnus* – kan være en fordel fordi legene får bruke kompetansen mens de venter, ulempen at det har skapt stort marked for grå stillinger uten kvalitetssikring og veiledning. Dette er potensielt uheldig for både leger, pasienter og helsetjeneste.
- *Søknadsbasert ordning* – har ikke skaffet flere plasser eller mindre køer

De nye spesialistreglene i 2017 medførte at LIS1 gikk fra å være en obligatorisk påbygging av grunnutdanningen til å utgjøre første del av spesialistutdanningen, ved at autorisasjonstidspunktet ble flyttet til etter avlagt embedseksamen. I andre land, f.eks.

Danmark og Sverige, er den tilsvarende tjenesten fortsatt regnet som en del av grunnutdanningen. Denne juridiske endringen av autorisasjonstidspunkt har fått vidtrekkende konsekvenser for belastningen på norsk LIS1-ordning ved at alle må gjennom norsk LIS1 uavhengig av om de har lignende kompetanse fra utlandet.

Tanken er god – alle trenger å lære om norske forhold for å jobbe i Norge. Men dette er et lite målrettet tiltak, som forutsigbart har ført til økende søkermasse, uhensiktsmessige køer og ytterligere økning av det grå stillingsmarkedet både i kommuner og sykehus. Dette er godt beskrevet i rapportutkastet, og NSDM støtter at leger med nødvendig medisinsk kompetanse ikke skal inn i LIS1-løpet, men at de må gjennomføre et tilpasset introduksjonsprogram til norsk helsetjeneste.

Hovedinntrykket vårt er at endringene i 2013 og 2017 har løst noen problemer, men skapt mange nye. Uten en systematisk evaluering av kvalitet, innhold, kapasitet og kostnader kan man ikke avgjøre om endringen har oppfylt målene. I rapportutkastet er det likevel gjort en vurdering av formåls-oppfyllelsen.

NSDMs kommentarer til rapportutkastets vurdering av formåls-oppfyllelsen

1. *Turnusordningen skal være bærekraftig med hensyn til fremtidig behov for leger*
Vi mener at rapporten ikke gir grunnlag for å konkludere med at «*Søknadsbasert ordning ivaretar statens behov for å dimensjonere antall stillinger i tråd med brukernes og tjenestenes behov. Arbeidslivets ordinære regler gjelder delvis for ansettelser.*» (s.18) Kapasitetsproblemene i den trekningsbaserte ordningen endres ikke ved omgjøring til søknadsbasert ordning. Antall turnusplasser må – uavhengig av ordning – dimensjoneres etter hvor mange leger Norge lar studere medisin enten i Norge eller i utlandet, som igjen må dimensjoneres etter Norges behov for leger. Problemene med særplasser i trekningsbasert ordning er erstattet med problemer med permisjoner, oppsigelser osv i søknadsbasert ordning.



2. Turnusordningen skal fortsatt sikre god fordeling av turnusleger

Rapportutkastet beskriver entydig hvordan den søknadsbaserte ordningen har ført til en dårligere fordeling av leger til distrikt, men konkluderer likevel med at ordningen «...i all hovedsak har videreført en god geografisk fordeling...». NSDM er bekymret for at rapporten med denne konklusjonen underkommuniserer utfordringen med god fordeling av leger, og at man i liten grad diskuterer den søknadsbaserte ordningens iboende markedsstyring som gjør turnuslegenes bortvalg av distriktskommuner legitimt, jfr NSDMs rapport fra 2017. Søknadsbasert ordning ser ut til å medføre at mange studenters fokus er på å sikre seg LIS1-plass sentralt. Med trekningsbasert ordning måtte alle være åpen for at LIS1-tjenesten kunne gi muligheten til å oppleve andre deler av Norge enn man kjenner fra før.

Med en fortsatt søknadsbasert ordning blir det ekstra viktig med målrettede, kraftfulle tiltak som motvirker den sentraliserende effekten.

3. Faglig kvalifisering av nyutdannede leger

Rapporten konkluderer med at den søknadsbaserte ordningen sikrer faglig kvalifiserte leger i minst like stor grad som den trekningsbaserte fordi studentene må skaffe seg tilleggskvalifikasjoner for å nå opp i konkurransen. NSDM savner en bredere analyse og diskusjon av bl.a. følgende problemer:

- Studenter bruker i økende grad tid på å skaffe seg klinisk jobb ved siden av studiene for å posisjonere seg, med fare for at det går utover studiene.
- I den trekningsbaserte ordningen ble studenter med både gode og mindre gode kvalifikasjoner spredt rettferdig utover til både små og store sykehus og kommuner. Med søknadsbasert ordning blir det en økende skjevhet i fordelingen av kompetanse, slik at større sykehus og kommuner tiltrekker seg mer kvalifiserte leger, jfr s.23 i rapporten: «*Fra Fylkesmennene i Troms og Finnmark og i Trøndelag har vi i år fått tilbakemeldinger om at den søknadsbaserte ordningen medfører større rekrutteringsutfordringer for distriktene. Fra andre regioner har vi fått tilbakemeldinger om gode erfaringer med videre rekruttering gjennom LIS1, både til fastlegearbeid og på sykehus. Det er blant annet flere større sykehus som beskriver dette.*» (vår understreking).

Ang kap 2.3 Effekter og konsekvenser av omlegging til søknadsbasert turnusordning

Dette kapittelet beskriver noen få positive og en rekke negative konsekvenser av den søknadsbaserte ordningen. Det er påfallende at disse ikke diskuteres mer overordnet i vurderingen av om formålene med ordningen er oppfylt.

Det er en gjennomgående beskrivelse av at søknads- og utvelgelsesprosessen er omfattende, ressurskrevende og kvalitetsmessig vanskelig. I en rapport om selve hovedvirkemiddelet i en søknadsbasert ordning ville vi forventet at dette ble kartlagt, tallfestet og evaluert på en langt mer systematisk og målrettet måte.



I rapportutkastet pekes det på at man gjennom omleggingen har fått bedre kvalifiserte søkere. Vi regner med at dette gjenspeiler to fenomener:

- søkerne har jobbet som lege etter autorisasjon og før LIS-tjenesten. Det er stort behov for arbeid blant nyutdannede leger som venter på turnus, noe som mange aktører i helsevesenet utnytter. Gjennom omleggingene til søknadsbasert LIS 1 har man skapt et nytt «grått» arbeidsmarked, der leger jobber som lavt betalte postleger eller i andre midlertidige stillinger, for eksempel i sykehjem. Det er ingen formelle krav om veiledning eller opplæring i disse stillingene. Det kan diskuteres om dette fører til bedre kvalifiserte søkere.
- medisinstudenter prøver allerede tidlig i studiet å kvalifisere seg til fremtidig LIS1. En viktig kvalifiseringsfaktor ved LIS1-søknad er lønnet arbeid som lege. Studentene opplever nå at de er nødt til å arbeide på siden av studiet for å sikre seg stilling som LIS1. Dette er svært uheldig og man bør vurdere at arbeid i studiemester ikke skal legges vekt ved ansettelse.

Konsekvensene av disse effektene bør analyseres og diskuteres grundigere.

En forutsetningen for omleggingen til søknadsbasert ordning var at kommunene skulle delta i søknadsprosessen for LIS1. Rapporten beskriver hvordan dette i liten grad har skjedd.

Kommuner og helseforetak har et felles ansvar for å sikre gode, sammenhengende LIS1-løp i sitt område. Hovedmodellen må være at LIS1 får tjeneste i samme nedslagsfelt som sykehuset fordi det gir mer kontinuitet og kjennskap. Samarbeidsmodellen mellom Ahus og Finnmarkskommuner er en god unntaksløsning dersom det er behov for flere LIS1 i kommunene enn lokalsykehuset har rom for.

Rekruttering til primærhelsetjenesten generelt og distrikt spesielt kan bedres ved at utdanningstilbudet til LIS1 og ALIS er godt. Kommunenes nye rolle som utdanningsinstitusjoner innebærer ansvar for tid og ressurser til veiledning og supervisjon.

Dette må skje i nært samarbeid med fastleger og kommuneoverleger. Også nasjonale myndigheter har et ansvar for å sikre godt grunnlag for spesialistutdanningen.

Fastlegeordningen må dimensjoneres og finansieres slik at det blir tid til veiledning og supervisjon for å sikre etterveksten. Det bør etableres kurs i veiledning for fastleger og andre som skal veilede, gjerne gjennom ALIS-kontorene i samarbeid med Legeforeningens kurskomiteer.

NSDM støtter utprøving av kobling mellom LIS1 og ALIS for å gi et forutsigbart spesialiseringløp. En slik ordning bør piloteres og evalueres systematisk.



NSDMs svar på skjema-spørsmålene:

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

SVAR: I utgangspunktet nei. Dette vil virke sentraliserende, og det vil ikke hjelpe på en helhetlig gjennomføring. Kommunedelen kan bli en ny flaskehals, og det er ingen tjent med. Problematikken med grå stillinger må løses ved at behovet synliggjøres og anerkjennes, og at de både i sykehus og kommuner omgjøres til LIS1-stillinger. Det må sikres god veiledning og supervisjon. Antall LIS1-stillinger i sykehus og kommuner må samordnes. Hvis dette innføres, bør det åpnes for at også kommunene kan lyse ut ekstra LIS1-stillinger ved behov.

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

SVAR: Enig.

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

SVAR: Enig.

Ikke-anbefalte tiltak:

- *Innføre bundet plass i koblet stilling*

SVAR: NSDM mener at man bør åpne for binding av stillinger mellom sykehus og kommuner. Motargumentet som presenteres er at det er en uforholdsmessig stor inngripen for søkerne og at det ikke følger arbeidslivets regler. Bindingstid brukes allerede i stor utstrekning i arbeidslivet, for eksempel når arbeidsgiver betaler utdanning for ansatte. De positive konsekvensene for fremfor alt kommunene er store, og det kan ikke ses på som en urimelig belastning å binde seg for 6 måneders arbeid etter sykehusturnus.

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

SVAR: Nei, de bør fortsatt være koblet som hovedregel, og heller satse på tettere samarbeid og involvering av kommunene i ansettelsene. Bør uansett kunne kobles til ALIS/intro i sykehus-området. Evt åpne for dette som unntaksregel for kommuner som ønsker det av rekrutteringsårsak

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

SVAR: Enig.

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

SVAR: Enig. Bør arrangeres digitalt for å sikre deltakelse fra hele landet. Men det viktigste tiltaket er økt samarbeid lokalt i hvert sykehus/HF-område.



Nasjonalt senter for distriktsmedisin / Boaittoalmediinna našunála guovddáš

National Centre of Rural Medicine

ISM; Helsefak; UiT Norges arktiske universitet; N-9037 Tromsø

post@nsdm.uit.no / www.nsdm.no / 77 64 40 00

Ikke-anbefalte tiltak:

- *Gjeninnføre puljevis ansettelse*
- **SVAR:** Dette kan være aktuelt fordi det kan gi noe bedre rekruttering til distriktskommuner jfr NSDMs rapport fra 2017.

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

SVAR: Enig. Dette er et viktig og godt tiltak. Det bør etableres obligatorisk introduksjonsopplegg til norsk helsetjenesten. Forslaget gjelder leger med lang klinisk erfaring. Vi mener at det bør vurderes å lage egne ordninger for leger fra Danmark og Sverige der læringsmålene i LIS1 vurderes opp mot tilsvarende tjeneste i Danmark og Sverige.

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

SVAR: Enig. Dette er et godt forslag som bør prøves ut og evalueres systematisk.

9. Inkludere LIS1 i mandatet til ALIS-kontorene.

SVAR: Enig. ALIS-kontorene kan bli viktige arenaer for oversikt over og oppfølging av hele spesialiseringsløpet for leger i primærhelsetjenesten. De bør bidra med kunnskap, inspirasjon og veiledning til kommuner og helseforetak. ALIS-kontorene bør også rigges slik at de kan bidra til å organisere veiledningsopplæring av fastleger og andre. ALIS-kontorene må få et tydelig mandat og nødvendige ressurser til disse oppgavene.

10. Bedre supervisjon og veiledning av LIS i kommunehelsetjenesten.

SVAR: Selvsagt. En styrking av supervisjon og veiledning krever systematisk opplæring, tid og tilrettelegging i arbeidshverdagen til fastleger og leger i sykehjem, helsestasjon og på legevakt. Kommunene må se på oppdraget som utdanningsinstitusjon som en god rekrutteringsmulighet. For å sikre god veiledning av LIS1 og LIS 3 bør supervisjon honoreres og kommunenes kompensasjon for honorar for veiledere og supervisor bør økes.

11. Aktiv deltakelse av kommuner i ansettelse av LIS1.

SVAR: Selvsagt. Dette ligger allerede som en premisse i den søknadsbaserte ordningen og burde vært på plass for lenge siden. Både kommuner og helseforetak har et ansvar for å styrke og prioritere lokalt samarbeid. Helsefelleskapene være en aktuell arena.

Med vennlig hilsen



Anette Fosse
Leder NSDM

