

Høringsvar fra Norsk Anestesiologisk Forening vedr. LIS1-ordningen.



LIS1 ordningen skal vurderes. Rapportutkastet fra Helsedirektoratet, saksnr 20/46682, er sendt ut på høring. Rapportutkastet tar for seg følgende tre emner:

1. Vurdering av omleggingen fra trekningsbasert til søknadsbasert turnusordning.
 2. Tiltak for å øke kapasitet og utnyttelse av stillinger for LIS1.
 3. Tiltak som kan bedre rekruttering til allmennmedisin.
- Rapporten anbefaler 11 tiltak, oppsummert på side 5-9 i dokumentet.

Norsk Anestesiologisk Forening, NAF, har flere innspill til rapporten om LIS1-ordningen.

Først to generelle innspill:

1. NAF er bekymret for at så mange av dem som søker om LIS1-stilling ikke får plass: Våren 2020 var det 1275 søkere til 594 LIS1-stillinger (1). 691 søkere fikk ikke tilbud om plass. Tilsvarende tall for våren 2013 var 503. Gapet mellom antall søkere og antall tilgjengelige stillinger har økt jevnt og trutt. NAF mener at Norge *trenger* flere LIS1-stillinger. Det er i dag et usikkert antall "postlegestillinger" både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. "Postleger" er leger som hovedsakelig består av ferdig utdannede medisinstudenter som venter på LIS1-stilling, og i mellomtiden jobber på avdelinger i sykehus med typisk postarbeid, derav kallenavnet. Denne tjenesten teller ikke i spesialisering, og det er svært varierende grad av veiledning og fagutvikling. Antallet postleger har av YLF blitt forsiktig anslått til over 100, og i 2018 anslo YLF at det var 80 slike postleger i Oslo Universitetssykehus (2). Det er senere også avdekket at bruken er utstrakt i kommunehelsetjenesten, særlig på legevakt. NAF mener at antallet postleger er et *symptom på et udekket arbeidskraftsbehov*. Dette behovet bør dekkes av leger i strukturert spesialisering, for å sikre tilstrekkelig kvalitet i helsetjenestene som utføres. Flere LIS1-stillinger er derfor nødvendig. NAF ønsker også å påpeke at det er problematisk hvis helseforetak dekker en del av sitt faste, forutsigbare behov for legetjenester med billig arbeidskraft uten fraværet som obligatorisk veiledning og kurs innebærer.
2. NAF etterspør også et tema som ikke er belyst i rapportutkastet: Vet vi hva som skjer med dem som *ikke* får LIS1-stilling? Vi har inntrykk av at de fleste søkere, i hvert fall med utdanning fra Norge og EØS-land, får stilling etter flere runder med søking. Men hvor mange er det som til slutt faller *helt ut* og aldri kommer seg inn i en LIS1-stilling og dermed et spesialiseringsløp? NAF er bekymret for hvor mange dette er, og at tallet står i fare for å øke i årene fremover. Det er problematisk hvis Norge har kvalifiserte ferdig utdannede leger som ikke kommer seg i relevant klinisk arbeid: SSB estimerer en vekst i behovet for leger på 48% fra 2017 til 2035 (3); en økning fra 23.900 årsverk til over 35.000 årsverk.

NAF har følgende kronologiske kommentarer til Helsedirektoratet sine anbefalte tiltak:

Punkt 1: "Helseforetak og private sykehus kan lyse ut ekstra LIS1-stillinger ved behov":

NAF mener at dette i utgangspunktet er positivt, fordi det kan bidra til flere LIS1-stillinger. Men dette fritar ikke Helsedirektoratet fra sitt ansvar for å sikre et antall LIS1-stillinger som reflekterer behovet. Vi mener det viktigste er at Helsedirektoratet øker antall LIS1-stillinger.

Punkt 2: "Leger tilbys kun den tjenesten de mangler for å fullføre del 1".

NAF poengterer at det er både fordeler og ulemper med dette tiltaket.

Fordelene er opplagte: LIS1 som feks har gjennomført 6 mnd indremedisinsk tjeneste som et LIS1-vikariat slipper å ta indremedisin på nytt når de får en ordinær LIS1-stilling. Det blir dermed økt gjennomstrømming for LIS1, og nye ferdigutdannede leger kommer raskere i gang med sin LIS1-tjeneste.

Ulempen kan være at arbeidsgiver blir stående med hull i arbeidsplanen sin: Hvis de trenger en LIS1 til 12 mnd tjeneste, men ansetter en som allerede har avtjent 6 mnd på et annet sykehus, vil de stå med en restplass på 6 mnd. Enn så lenge er antall søkere så stort at det sannsynligvis vil gå greit å fylle opp disse restplassene, dog med noe mer administrativt arbeid for helseforetakene. Det ligger også en potensiell betydelig ulempe for LIS1-legene som ikke får starte i fulle 18-mnd-løp. I verste fall må de gjennomføre hele LIS1-tjenesten som resttjeneste og potensielt på tre ulike plasser i landet. Dette anser NAF som svært uheldig for arbeidstakerne, og vil medføre en ekstrabyrde for arbeidsgiverne som må bruke ekstra tid på søknadsprosesser og opplæring i stadig nye arbeidsomgivelser. NAF mener at det bør legges til rette for at LIS1 som har avtjent feks 6 mnd indremedisin i et vikariat, også kan fullføre LIS1 ved å søke ordinære koblede LIS1-stillinger - men kun gjennomføre de delene som mangler. Resten av denne LIS1-stillingen kan da lyses ut som reststilling. Vi mener at det ikke bør være slik at hvis man først har tatt et vikariat på 6 mnd vil resten av tjenesten automatisk måtte bestå av vikariater.

Punkt 3: "Benytte stilling i annet fylke når det oppstår mangel på kommunetilling".

LIS1 som får sykefravær eller skal i foreldrepermisjon utløser vikariater i kommunehelsetjenesten. Det er iblant utfordrende for kommuner å reservere plass når legen kommer tilbake etter endt fravær. Det er også en økonomisk utfordring for kommunen, fordi de i noen tilfeller må ha overlappsperioder med ekstra LIS1 som både må lønnes og ha kontorplass. Helsedirektoratet anbefaler i sitt rapportutkast at når det ikke er mulig å reservere plass til LIS1 som har hatt fravær, skal vedkommende tilbys stilling i et annet fylke. Det er ment som en siste-utvei, men det spesifiseres ikke nærmere hvilke kriterier som skal ligge til grunn når denne løsningen skal brukes.

NAF er helt uenig i denne anbefalingen. Det er uakseptabelt å skulle måtte flytte fylke etter sykdom eller barnefødsler, fordi man har hatt fravær som er helt lovlig og nødvendig. Det vil gi uholdbare ulemper for arbeidstakerne. Dette vil også stride mot intensjonen ved omleggingen av turnustjenesten, der organiseringen skulle nærme seg arbeidslivets generelle regler. Vi erkjenner at det i forslaget er ment som en "siste-utvei", men vi er likevel bekymret for at kommunene vil benytte seg av ordningen i for stor grad hvis det blir mulig.

Punkt 4: "Kommuner og helseforetak som ønsker det kan utlyse LIS1-stillinger separat":

NAF mener at LIS1-tjenesten bør gjennomføres som et helhetlig løp. Vi mener det er uheldig å stykke opp tjenesten i flere søknadsprosesser. Dette vil skape kaos i søkerlister og være en ekstrabelastning for både arbeidstaker og arbeidsgiver. Et helhetlig 18 måneders løp vil gi forutsigbarhet for arbeidstaker, og det vil gi store gunstige sekundæreffekter for helseforetak

og kommune: Når man sitter som fersk LIS1 i distriktjeneste er det uvurderlig erfaring å kjenne sykehuset man selv "sogner til".

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

NAF forstår at det er en ekstrabelastning å lyse ut stillinger flere ganger. Men det er et generelt prinsipp i arbeidslivet at stillinger skal lysnes ut. Og hvis det legges opp til at enkelte leger skal kunne gjennomføre hele LIS1 tjenesten som reststillinger (i tilfelle punkt 2 godkjennes), vil punkt 5 kunne frata de som venter på LIS1 muligheten til å søke om alle ledige restplasser.

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

NAF stiller seg positive til dette forslaget.

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

NAF stiller seg positive til dette forslaget. Etter innstramningen i 2019 er det flere leger med lang og svært relevant klinisk erfaring fra utlandet som må gjennomføre LIS1-tjeneste. Denne LIS1-tjenesten får de ofte ikke tilgang til fordi det er så mange søkere. En tilpasning av dette kravet vil gi Norge tilgang på godt kvalifisert arbeidskraft, og det vil gi arbeidssøkerne mer hensiktsmessige og individuelt tilpassete forløp inn i norsk legetjeneste. Men: NAF påpeker at hvis dette tiltaket skal lykkes krever det ganske grundige individuelle vurderinger. Vi understreker behovet av at slike vurderinger gjøres av folk med bred medisinsk faglig kompetanse. NAF er litt skeptisk til å la arbeidsgiver få for mye av det skjønsmessige ansvaret for å vurdere om personen er kvalifisert til å starte i LIS2/LIS3-stilling. Vi er bekymret for at dette kan skape regionale forskjeller, der regioner med stort behov for arbeidskraft kan ha lavere terskel for å ansette slike søkere enn sentrale regioner. Ett alternativ kan være at arbeidsgiver får ansvaret for å sikre at alle (eller en gruppe sentrale) læringsmål i LIS1-tjenesten er oppnådd, og organiserer stillingen slik at søkeren får oppnådd de som mangler.

Punkt 8: Knytte LIS1-stillinger til videre ansettelse i ALIS- og/eller introduksjonsavtaler: NAF stiller seg positive til dette forslaget, særlig hvis det medfører flere LIS1-stillinger.

Punkt 9: Inkludere LIS1 i mandatet til ALIS-kontorene:

NAF mener at dette i prinsippet kunne fungert. Men ALIS er en relativt ny ordning, og det er usikkert om hvorvidt ALIS-kontorene per i dag har struktur og/eller økonomi til å koordinere LIS1-tjenesten.

Punkt 10: Bedre supervisjon og veiledning av LIS i kommunehelsetjenesten:

NAF er positive til dette.

Punkt 11: Aktiv deltakelse av kommuner i ansettelse av LIS1:

NAF er positive til dette.

Kilder:

1. Helsedirektoratets årlige statusrapport for turnus og LIS1.
<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/leger-i-spesialisering-statusrapporter-for-soknadsrunder>
2. YLF: <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/06/04/sterkt-kritisk-til-at-unge-leger-ansettes-som-postleger/>
3. SSB (2019). Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035. SSB-rapport 2019/11. Tilgjengelig på <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-frammot-2035>