

# Spesialistutdanning for leger - LIS1

- Vurdering av omleggingen til søknadsbasert turnusordning
  - Tiltak som gir bedre utnyttelse av LIS1-stillingene
  - Tiltak som kan bedre rekruttering til allmenntidning
- 

Rapport

PUBLIKASJONSNUMMER: IS-3002



# Innhold

Forord	3
Sammendrag og anbefalinger	4
<b>1. Bakgrunn og mandat</b>	<b>12</b>
1.1 Rapportens oppbygging	12
1.2 Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet	13
1.3 Organisering og gjennomføring	13
1.4 Begrepsliste	15
<b>2. Omlegging fra trekningsbasert til søknadsbasert turnus</b>	<b>18</b>
2.1 Beskrivelse av den tidligere turnusordningen	18
2.2 Har omleggingen fungert i tråd med formålet?	20
2.3 Effekter og konsekvenser av omleggingen til søknadsbasert turnusordning	26
2.4 Andre rapporter og mottatte innspill	30
2.5 Fremtidige utfordringer	31
<b>3. Tiltak for å øke kapasitet og utnyttelsen av stillinger for LIS1</b>	<b>33</b>
3.1 Helseforetak og private ideelle sykehus kan lyse ut ekstra LIS1-stillinger ved behov	34
3.2 Arbeidsgiver kan velge å kun tilby den tjenesten legen mangler for å fullføre del 1.	37
3.3 Benytte ledig kommunestilling i annet fylke	39
3.4 Forlenge merkingen i stillingsportalen	40
3.5 Lyse ut reststillinger sammen med de ordinære stillingene hvert halvår	42
3.6 Tiltak som Helsedirektoratet ikke anbefaler	44
<b>4. Forbedringer av søknads- og ansettelsesprosessen for LIS1</b>	<b>47</b>
4.1 Kommuner og helseforetak som ønsker det kan lyse ut LIS1-stillinger separat	48
4.2 Ansette direkte fra søkerlisten til fra siste LIS1-opptak når det oppstår en ledig LIS1-stilling i spesialisthelsetjenesten	50
4.3 Økt brukermedvirkning ved å invitere til erfaringsseminarer m.m.	51
4.4 Tiltak som Helsedirektoratet ikke anbefaler	52

<b>5.</b>	<b>Endringer i innhold og gjennomføring av del 1</b>	<b>57</b>
5.1	Vurdere egne ordninger for leger med lang klinisk erfaring fra utlandet	58
5.2	Tiltak som Helsedirektoratet ikke anbefaler	62
<b>6.</b>	<b>Bedre rekruttering til allmenntilleggsmedisin</b>	<b>66</b>
6.1	Utfordringer med rekruttering til kommunene	66
6.2	Knytte LIS1-stillinger opp mot ALIS-avtaler	69
6.3	Knytte LIS1-stillinger opp mot introduksjonsavtaler	71
6.4	Diskusjon av kobling til ALIS- og introduksjonsavtaler	72
6.5	Inkludere del 1 i mandatet til ALIS-kontorene	77
6.6	Bedre oppfølging av LIS1 og ALIS i kommunehelsetjenesten	78
6.7	Aktiv deltakelse av kommuner ved ansettelse av LIS1	81
6.8	Tiltak som Helsedirektoratet ikke anbefaler	83
<b>7.</b>	<b>Referanser</b>	<b>85</b>
<b>8.</b>	<b>Vedlegg</b>	<b>90</b>
	Vedlegg 1: Oppdragsbrevet	90
	Vedlegg 2: Utvalgt statistikk fra halvårlige statusrapporter	92
	Vedlegg 3: Benytte flere læringsarenaer	94
	Vedlegg 4: Økt behov for legestillinger	95

# Forord

Rapporten er svar på oppdrag gitt i tildelingsbrev fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2019 og 2020.

Underveis i arbeidet har Helsedirektoratet mottatt innspill fra sentrale aktører. Gjennom god dialog via digitale seminarer, skriftlige tilbakemeldinger og høring har vi mottatt mange verdifulle bidrag. Helsedirektoratet takker alle representanter fra tjenestene, studentene, KS, Legeforeningen, ALIS-kontorene, statsforvalterne, RegUt samt NSDM, privatpersoner og andre som har kommet med innspill og bidratt til dialogen.

# Sammendrag og anbefalinger

Denne rapporten om leger i spesialisering del 1 er tredelt. Kapittel 2 gir en vurdering av omleggingen fra trekningsbasert til søknadsbasert fordeling av turnusstillinger (senere LIS1-stillinger) i 2012. Kapittel 3-5 følger opp ulike tiltak foreslått i Helsedirektoratets rapport om vurdering av antall LIS1-stillinger fra 2019. I kapittel 6 drøfter vi hvordan LIS1 kan benyttes til å øke rekrutteringen til allmenmedisin.

I Helsedirektoratets utredning av behovet for nye LIS1-stillinger fra 2019, var det Helsedirektoratets klare anbefaling å øke med 200 nye stillinger til 1150 LIS1-stillinger per år. Siden 2019 er det opprettet 38 permanente stillinger i Nord-Norge og 100 midlertidige stillinger som covid-19-tiltak høsten 2020. Høsten 2020 ble det besluttet å opprette 50 permanente stillinger med oppstart 1.9.2021 og ytterligere 50 permanente med oppstart 1.3.2022. På årsbasis vil dette gi 1088 permanente LIS1-stillinger. Økning av antall LIS1-stillinger er et det viktigste tiltaket for å få flere leger inn i et spesialiseringssløp, og Helsedirektoratet fastholder anbefalingen om 1150 LIS1-stillinger per år.

Helsedirektoratet har i denne rapporten utredet flere tiltak som kan føre til en økt gjennomstrømning og bedre utnyttelse av kapasiteten i LIS1-ordningen. I tillegg har vi vurdert om LIS1 kan benyttes for å øke rekruttering til allmenmedisin. Rapporten inneholder drøfting og anbefalinger, og viser hvilke tiltak som vil kreve endringer i spesialistforskriften og/eller tilhørende rundskriv. Konkrete forslag til regelverksendringer for tiltak 1 til 7 er oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet.

Rapporten inneholder ikke en fullstendig utredning av omleggingen fra trekningsbasert til søknadsbasert turnusordning. Arbeidet er basert på rapporter og analyser som er gjennomført i de senere årene, samt på innspill som er mottatt i dialogen med tjenestene. De tre hovedformålene med omleggingen var at turnusordningen skulle være bærekraftig med hensyn til fremtidig behov for leger, den skulle sikre fortsatt god geografisk fordeling av turnusleger samt sikre faglig kvalifisering av nyutdannede leger.

Hovedutfordringen med den trekningsbaserte fordelingen av turnusplasser var at den ble vurdert som kapasitetsmessig ikke bærekraftig. Søknadsbasert ordning ivaretar behovet for å dimensjonere antall stillinger i tråd med brukernes og tjenestenes behov. Arbeidslivets ordinære regler gjelder delvis for ansettelser.

Den trekningsbaserte turnusordningen bidro til å sikre legedekningen i distriktene. Høye søkertall til turnusstillinger/LIS1-stillinger har også videreført en god geografisk fordeling av turnusleger/LIS1 til de ulike deler av landet. Det er imidlertid visse utfordringer med kontinuitet knyttet til frafall og oppsigelser i de minst folkerike og minst sentrale kommunene.

Den søknadsbaserte ordningen har i minst like stor grad som den trekningsbaserte sikret faglig kvalifisering av leger. Fordi legene nå konkurrerer om stillingene, er de som blir ansatt i snitt bedre kvalifisert enn i trekningsbasert ordning.

Arbeidsgivere er generelt fornøyd med kvalifikasjonene til legene som blir ansatt, og ser på det som en fordel å kunne velge kandidater selv. Samtidig krever ansettelsesprosessene mye administrativt arbeid, og arbeidsgivere etterlyser tiltak som kan redusere arbeidsbelastningen.

I søknadsbasert ordning kan leger søke på stillingene de ønsker. At ansettelser skal skje i henhold til arbeidslivets regler gjør ordningen mer fleksibel for legene. Omleggingen har imidlertid medført ulemper for de som tidligere kunne få en særplass. Mange studenter prioriterer lønnet arbeid fremfor undervisning for å skaffe seg arbeidserfaring og dermed blir mer attraktive som jobbsøkere.

### **ANBEFALTE TILTAK FOR Å ØKE KAPASITET OG UTNYTTELSEN AV STILLINGER FOR LIS1**

1. Helseforetak og private ideelle sykehus kan lyse ut ekstra LIS1-stillinger ved behov.
2. Arbeidsgiver kan velge å kun tilby den tjenesten legen mangler for å fullføre del 1.
3. Benytte ledig kommunestilling i annet fylke.
4. Forlenge merkingen i stillingsportalen slik at det fremgår hvem som allerede er ansatt.
5. Lyse ut reststillinger sammen med de ordinære stillingene hvert halvår.
6. Kommuner og helseforetak som ønsker det kan lyse ut LIS1-stillinger separat, dvs. uten at stillingene er koblet.
7. Arbeidsgiver kan ansette direkte fra søkerlisten fra siste LIS1-opptak når det oppstår en ledig LIS1-stilling i spesialisthelsetjenesten.
8. Vurdere egne ordninger for leger med lang klinisk erfaring fra utlandet.
9. Knytte LIS1-stillinger til videre ansettelse i ALIS- og/eller introduksjonsavtaler.
10. Inkludere del 1 i mandatet til ALIS-kontorene.
11. Bedre oppfølging av LIS1 og ALIS i kommunehelsetjenesten.
12. Aktiv deltakelse av kommuner i ansettelse av LIS1.
13. Økt brukermedvirkning ved å invitere til erfaringsseminarer m.m.

Tiltak 1-9 vil kreve endringer i spesialistforskriften og/eller tilhørende rundskriv.

## OPPSUMMERT BESKRIVELSE AV ANBEFALTE TILTAK

---

- |          |   |                |
|----------|---|----------------|
| <b>1</b> | <b>Helseforetak og private ideelle sykehus kan lyse ut ekstra LIS1-stillinger ved behov</b> | Se kap.<br>3.1 |
|----------|---|----------------|

### **Bakgrunn**

Helsedirektoratet mener at flest mulig legestillinger bør være tellende til spesialisering. Med tiltaket kan helseforetak/sykehus ansette flere LIS1 enn det minimumsantallet de har fått tildelt.

### **Forventet effekt og konsekvenser**

Hvis arbeidsgivere benytter seg av denne muligheten, vil flere leger komme i gang med sin spesialistutdanning. Iverksetting av tiltaket vil kreve endringer i forskrift og rundskriv. Finansiering av LIS1-stillinger utover det tildelte antallet, må dekkes av arbeidsgiver.

- |          |  |                |
|----------|--|----------------|
| <b>2</b> | <b>Arbeidsgiver kan velge å kun tilby den tjenesten legen mangler for å fullføre del 1</b> | Se kap.<br>3.2 |
|----------|--|----------------|

### **Bakgrunn**

Det er presisert i spesialistforskriften at det ikke er anledning til å gjennomføre hele spesialistutdanningens første del flere ganger. I dag kan imidlertid leger først gjennomføre noe tjeneste som LIS1 i reststilling, og senere bli ansatt i et fullt 18 måneders løp. Spesialistforskriften bør endres slik at arbeidsgiver gis muligheten til å bare tilby den tjenesten som legen mangler for å fullføre del 1.

### **Forventet effekt og konsekvenser**

Tiltaket kan føre til bedre gjennomstrømning i LIS1-ordningen og være samfunnsøkonomisk lønnsomt. Iverksetting av tiltaket vil kreve endringer i forskrift og rundskriv.

- |          |  |                |
|----------|--|----------------|
| <b>3</b> | <b>Benytte ledig kommunestilling i annet fylke</b> | Se kap.<br>3.3 |
|----------|--|----------------|

### **Bakgrunn**

Ved avvikling av permisjoner grunnet sykdom eller foreldreperiode, skal det reserveres stilling til legen som har hatt fravær. Dette kan by på utfordringer og behov for opprettelse av midlertidige stillinger for LIS1. I de tilfellene hvor det ikke er mulig å opprette ny stilling, anbefaler vi at det åpnes for å benytte ledige kommunestillinger i annet fylke.

### **Forventet effekt og konsekvenser**

Dette tiltaket er et supplement til dagens bestemmelse om at Helsedirektoratet kan

## OPPSUMMERT BESKRIVELSE AV ANBEFALTE TILTAK

---

pålegge kommuner å opprette stilling. Hensikten med tiltaket er en mer effektiv utnyttelse av LIS1-ordningen. Iverksetting av tiltaket vil kreve endring i forskrift og rundskriv.

- |          |  |                |
|----------|--|----------------|
| <b>4</b> | <b>Forleng merkingen i stillingsportalen slik at det fremgår hvem som allerede er ansatt</b> | Se kap.<br>3.4 |
|----------|--|----------------|

### Bakgrunn

Merking i stillingsportalen før spesialisthelsetjenesten, gjør det tydelig hvem som har blitt ansatt. Dette bidrar til at søker ikke får nye jobbtillbud i samme tilsetningsrunde. Ved å beholde merkingen i sykehus i en lengre periode enn i dag, og innføre merking når legen inngår avtale med en kommune, vil arbeidsgivere kunne få en oversikt over hvilke søkere som er tilsatt andre steder.

### Forventet effekt og konsekvenser

Tiltaket kan føre til mer effektiv rekruttering til reststillinger i helseforetak/sykehus, og bidra til at arbeidsgivere ikke rekrutter aktivt LIS som allerede har stilling i en rekrutteringssvak kommune. Iverksetting av tiltaket vil kreve endringer i forskrift og rundskriv.

- |          |   |                |
|----------|---|----------------|
| <b>5</b> | <b>Lyse ut reststillinger sammen med de ordinære stillingene hvert halvår</b> | Se kap.<br>3.5 |
|----------|---|----------------|

### Bakgrunn

I dag lyses de ordinære stillingene ut i egne annonser to ganger per år. Reststillinger lyses ut etter behov. Ved å lyse ut reststillinger i sykehus sammen med de ordinære stillingene vår og høst, vil det bli færre stillingsutlysninger og mindre administrativt arbeid.

### Forventet effekt og konsekvenser

Tiltaket vil lette mye av det administrative arbeidet for arbeidsgiver ved utlysning av reststillinger i helseforetak/sykehus. Iverksetting av tiltaket vil kreve endring i rundskriv.

- |          |   |                |
|----------|---|----------------|
| <b>6</b> | <b>Kommuner og helseforetak som ønsker det, kan lyse ut LIS1-stillinger separat, dvs. uten at stillingene er koblet</b> | Se kap.<br>4.1 |
|----------|---|----------------|

### Bakgrunn

I dag er det forskriftsfestet at alle LIS1-stillinger skal lyses ut som koblede stillinger med tolv måneder i spesialisthelsetjenesten og seks måneder i kommune. Tiltaket er ment å hjelpe kommuner som har rekrutteringsproblemer.



## OPPSUMMERT BESKRIVELSE AV ANBEFALTE TILTAK

---

### Forventet effekt og konsekvenser

Iverksetting av tiltaket vil kreve endringer i forskrift og rundskriv. Tiltaket kan ses i sammenheng med anbefalingene for å øke rekrutteringen til allmennmedisin.

- |          |   |             |
|----------|---|-------------|
| <b>7</b> | <b>Arbeidsgiver kan ansette direkte fra søkerlisten fra siste LIS1-opptak når det oppstår en ledig LIS1-stilling i spesialisthelsetjenesten</b> | Se kap. 4.2 |
|----------|---|-------------|

### Bakgrunn

I dag er det forskriftsfestet at alle ledige stillinger må lyses ut som reststillinger. Utlysning og ansettelse av ledige stillinger er ressurskrevende. I stedet for å utlyse den ledige stillingen, kan helseforetak/sykehus ansette direkte fra søkerlisten fra siste LIS1-opptak.

### Forventet effekt og konsekvenser

Tiltaket vil føre til færre utlysninger, lette det administrative arbeidet og bidra til raskere ansettelse. Iverksetting av tiltaket vil kreve endringer i forskrift og rundskriv.

- |          |  |             |
|----------|--|-------------|
| <b>8</b> | <b>Vurdere egne ordninger for leger med lang klinisk erfaring fra utlandet</b> | Se kap. 5.1 |
|----------|--|-------------|

### Bakgrunn

Formålet med del 1 er å sikre faglig kvalifisering av nyutdannede leger og gi en felles plattform for alle spesialiteter. Leger med lang klinisk erfaring fra utlandet har ofte deler av kompetansen som oppnås i del 1 fra tidligere erfaring.

### Forventet effekt og konsekvenser

Tilpassede ordninger kan føre til mindre press på LIS1-ordningen, og vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt fordi legenes kompetanse i større grad kommer samfunnet til gode. Helsedirektoratet anbefaler at tiltaket utredes videre i samråd med tjenestene.

- |          |   |            |
|----------|---|------------|
| <b>9</b> | <b>Knytte LIS1-stillinger til videre ansettelse i ALIS- og/eller introduksjonsavtaler</b> | Se kap. 6. |
|----------|---|------------|

## OPPSUMMERT BESKRIVELSE AV ANBEFALTE TILTAK

---

### **Bakgrunn**

Introduksjonsavtaler og et økt antall ALIS-avtaler er tiltak i Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Det å knytte en andel LIS1-stillinger opp mot nevnte avtaler kan bidra til at flere leger velger et spesialistløp i allmenmedisin.

### **Forventet effekt og konsekvenser**

Koblingen innebærer forutsigbarhet for LIS1 og for kommunene, og kan bidra til at legene fortsetter et spesialiseringløp i allmenmedisin. For å vurdere effekten, foreslår vi at tiltaket innføres som pilotprosjekt. Tiltaket vil medføre noe administrativt merarbeid for kommuner. Tiltaket må ses i sammenheng med tillegg til tildelingsbrev 2020/62 om introduksjonsavtaler.

## **10 Inkludere del 1 i mandatet til ALIS-kontorene**

Se kap.  
6.5

### **Bakgrunn**

Styrking av ALIS-kontorene er lagt inn i Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Mandatet til ALIS-kontorene omfatter i dag ikke LIS1.

### **Forventet effekt og konsekvenser**

Ved å gi råd til kommuner også når det gjelder LIS1, kan ALIS-kontorene bidra til rekruttering og stabilisering i allmennlegetjenesten. Iverksetting av tiltaket vil kreve utvidelse av mandatet og økt bemanning.

## **11 Bedre oppfølging av LIS1 og ALIS i kommunehelsetjenesten**

Se kap.  
6.6

### **Bakgrunn**

Følgforskning fra ALIS-Vest og ALIS-Nord viser at positive erfaringer og god veiledning er viktig for videre karrierevei i kommunehelsetjenesten.

### **Forventet effekt og konsekvenser**

Hvis legen opplever kommunen som en attraktiv arbeidsplass, får gode arbeidsvilkår, et godt læringsmiljø og blir godt ivaretatt som LIS1, er sjansen større for at vedkommende vil satse på en karriere i kommunehelsetjenesten.

## OPPSUMMERT BESKRIVELSE AV ANBEFALTE TILTAK

---

### 12 Aktiv deltakelse av kommuner i ansettelse av LIS1

Se kap.  
6.7

#### **Bakgrunn**

For at kommuner skal tiltrekke seg leger som ønsker å arbeide i kommunen, må de være aktive i rekrutteringsprosessen.

#### **Forventet effekt og konsekvenser**

Iverksetting av tiltaket vil ikke kreve forskriftsendringer, men engasjement og administrative ressurser fra kommunens side.

### 13 Økt brukermedvirkning ved å invitere til erfaringsseminarer m.m.

Se kap.  
4.3

#### **Bakgrunn**

Tilsvarende seminarer ble gjennomført etter innføring av søknadsbasert turnusordning i 2012 med godt utbytte for deltagerne. Blant aktuelle tema å dele erfaringer rundt, er ansettelseskriterier og hvordan LIS1 kan brukes til videre rekruttering.

#### **Forventet effekt og konsekvenser**

Iverksetting av tiltaket vil ikke kreve endring i regelverk. Seminaret kan gjennomføres digitalt og vil medføre minimalt av kostnader.

## TILTAK VI HAR VURDERT, MEN SOM VI IKKE ANBEFALER Å GJENNOMFØRE:

- Utlyse alle LIS1-stillinger hvert halvår og opprette nye stillinger for leger som kommer tilbake etter permisjon (kapittel 3.5)
- Innføre karantenetid eller krav om bundet stilling for å hindre at det oppstår reststillinger i kommuner (kapittel 3.6)
- Reservere reststillinger til leger som ønsker å gjennomføre hele del 1 i reststillinger (kapittel 3.6)
- Gjeninnføre puljevis ansettelse (kapittel 4.4)
- Regionaliserte eller samordnede ansettelser (kapittel 4.4)
- Begrensning av antall søknader per person (kapittel 4.4)
- Løpende ansettelser i stedet for to tilsettingsrunder årlig (kapittel 4.4)
- Inkludere LIS1 i spesialistløpet uten egen, separat ansettelsesprosess (kapittel 4.4)
- Redusere varigheten av del 1 (kapittel 5.2)
- Gå bort fra rekkefølgekravet om at sykehustjenesten i del 1 må gjennomføres først (kapittel 5.2)
- Endre krav til oppnåelse av læringsmål og fraværsregler for å gå videre i spesialiseringen (kapittel 5.2)
- Redusere tiden det tar å bli spesialist i allmennmedisin fra 6,5 til 6 år (kapittel 6.8)
- Gjennomføre mer av LIS1-tjenesten i kommunen enn i dag (kapittel 6.8)

# 1. Bakgrunn og mandat

Utviklingen de senere årene viser et økende antall kommuner som har utfordringer med rekruttering til fastlegeordningen. Samtidig behandles nå en større andel av pasientene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten enn tidligere. For å sikre at det utdannes nok leger med rett kompetanse, anbefalte Helsedirektoratet i 2019 å øke antallet LIS1-stillinger med 200 til totalt 1150 LIS1-stillinger. I 2020 er det opprettet 38 permanente LIS1-stillinger og 100 midlertidige LIS1-stillinger som et Covid-19-tiltak. Høsten 2020 ble det bestemt å innføre ytterligere 100 permanente stillinger, hvor 50 har oppstart 1.9.2021 og 50 har oppstart 1.3.2022. På årsbasis vil dette gi 1088 faste LIS1-stillinger. Økning av antall LIS1-stillinger er det viktigste tiltaket for å få flere leger igjennom del 1 og videre i spesialistutdanningen.

I tillegg til å øke antall LIS1-stillinger vil vi også få en gevinst om vi utnytter de eksisterende LIS1-stillingene bedre. Flere av tiltakene som Helsedirektorat pekte på i 2019 er nærmere utredet i denne rapporten, herunder tiltak som kan bidra til å øke rekruttering til allmenntjenesten.

## 1.1 Rapportens oppbygging

I kapittel 1 beskriver vi bakgrunnen for oppdraget, avgrensninger og hvordan Helsedirektoratet har valgt å tilnærme seg oppdraget. Hele oppdragsteksten ligger i vedlegg 1.

I kapittel 2 vurderer vi omleggingen av turnusordningen i 2012 fra trekningsbasert til søknadsbasert. Vi ser på hvorvidt formålene ved omleggingen ble oppnådd, og beskriver konsekvenser for tjenestene og for den enkelte lege.

I kapittel 3-5 beskriver vi mulige tiltak i LIS1-ordningen for å bedre gjennomstrømningen. For de tiltakene vi anbefaler, skisserer vi hvilke økonomiske og administrative konsekvenser tiltakene kan få:

- I kapittel 3 ser vi på tiltak som kan øke kapasiteten og utnyttelsen av stillinger for LIS1. En bedre gjennomstrømning i stillingene kan ha store samfunnsøkonomiske gevinster, og føre til at flere leger kommer i gang med spesialisering.
- Det går med store administrative ressurser i søknads- og ansettelsesprosessen av LIS1. I kapittel 4 vurderer vi mulige tiltak for å forenkle og effektivisere prosessene.

- I kapittel 5 er det fokus på mulige endringer i innhold og gjennomføring av LIS1-tjenesten. Vi løfter frem at det er nødvendig å se nærmere på alternative ordninger for leger med lang klinisk erfaring.

I kapittel 6 beskriver vi generelle utfordringer ved å rekruttere personell til kommuner, og vi diskuterer mulige tiltak for å øke rekruttering til allmenntjenestemedisin. En stor del av kapittelet fokuserer på en mulig kobling mellom LIS1-stillinger og ALIS-/introduksjonsavtaler.

## **1.2 Oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet**

Da turnustjenesten for leger i 2012 ble endret fra å være trekningsbasert til å bli søknadsbasert, ble det samtidig besluttet at Helsedirektoratet skulle følge med på utviklingen, og at omleggingen skulle evalueres etter fem år. Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrevet for 2019 i oppdrag å vurdere omleggingen til søknadsbasert ordning. I tildelingsbrevet for 2020 ble oppdraget utvidet til å også følge opp tiltak foreslått i rapport IS-2802; "Vurdering av antall LIS1-stillinger".

Som første del av oppdraget skulle følgende tre punkter utredes:

- Vurdere om omleggingen til søknadsbasert turnusordning har fungert i tråd med formålet
- Beskrive effekter og konsekvenser av omleggingen til søknadsbasert turnusordning for ulike deler av tjenestene, arbeidsgivere og søkere
- Vurdere hvilke konsekvenser omleggingen har hatt for fordelingen av og tilgangen på leger i ulike deler av landet

Som andre del av oppdraget skulle følgende seks punkter fra IS-2802 utredes videre:

- Bedre utnyttelse av ledige legestillinger og reststillinger for LIS1
- Benytte LIS1-stillinger til å øke rekrutteringen til allmenntjenestemedisin
- Vurdere rekkefølgekravet
- Vurdere varigheten av LIS1-løpet
- Fjerne kravet til gjennomføring av eget LIS1-løp for leger med lang klinisk erfaring
- Vurdere endring av søknadsprosedyren for LIS1

Oppdraget ble ytterligere presisert i revidert tildelingsbrev for 2020. Der fikk Helsedirektoratet i oppdrag å gjøre en helhetlig vurdering av ulike tiltak i LIS1-ordningen som til sammen kan bidra til at målet om økt rekruttering til spesialisering i allmenntjenestemedisin nås. Oppdragsbrevet i sin helhet ligger i vedlegg 1.

## **1.3 Organisering og gjennomføring**

Arbeidet har vært organisert med en intern arbeidsgruppe i Helsedirektoratet. Flere avdelinger i direktoratet har gitt innspill til arbeidet gjennom møter, løpende dialog og som kommentarer til rapportutkast. Det er flere tilgrensende oppgaver/oppdrag som er relevante for dette arbeidet. Spesielt gjelder det Handlingsplan for allmenntjenestemedisin. I handlingsplanen er blant annet ALIS-avtaler, introduksjonsavtaler og ALIS-kontorer løftet frem som tiltak for å styrke allmenntjenestemedisin.

I september 2019 arrangerte Helsedirektoratet en evalueringskonferanse. Med på konferansen var blant annet Legeforeningen, regionale helseforetak, helseforetak, kommuner, KS, Statsforvaltere og

representanter for medisinstudentene. Tema for evalueringskonferansen var overgangen fra trekningsbasert til søknadsbasert turnusordning i 2012, samt hvordan LIS1-ordningen kunne forbedres.

I august og september 2020 ble det gjennomført tre digitale arbeidsmøter med eksterne representanter. Med på møtene var Legeforeningen, KS, de fire regionale helseforetakene og regionale utdanningssentrene, to Statsforvaltere, flere helseforetak og kommuner, NSDM samt representanter fra ALIS-Nord- og ALIS-Vest-prosjektene. I møtene ble det diskutert ulike tiltak for å få til en bedre utnyttelse av kapasiteten i LIS1-ordningen, samt lette det administrative arbeidet med søknads- og ansettelsesprosessen. I etterkant av møtet fikk deltakerne mulighet til å sende skriftlige innspill, og et rapportutkast med beskrivelse av mulige tiltak ble sirkulert for gjennomlesning. Tiltaket om å vurdere ulike løp for leger med erfaring fra utlandet ble også tatt opp i Forum for læringsmål i september 2020.

Et utkast til rapport ble sendt på høring 22. desember 2020 med frist 1. mars 2021. Helsedirektoratet mottok 60 høringssvar. Vi har gjennom høringen mottatt mange viktige innspill og nyanseringer. Mange av innspillene er tatt i den endelige rapporten.

### **Avgrensninger og presiseringer**

Deloppdraget som fokuserer på omleggingen fra trekningsbasert til søknadsbasert ordning, er avgrenset til å vurdere om de ønskede formålene ved omleggingen er oppnådd.

Ny spesialistutdanning for leger trådte i kraft 1. mars 2017 for LIS1 og 1. mars 2019 for LIS2/3. På nåværende tidspunkt er det ikke ønskelig å foreslå større endringer i LIS1-ordningen.

God kvalitet i spesialistutdanningen er nødvendig for å sikre pasienter, brukere og pårørende gode helsetjenester. Vi ønsker ikke å anbefale tiltak som går utover kvaliteten på utdanningen.

Felles for flere av de anbefalte tiltakene, er at regelverket ikke skal være til hinder for en hensiktsmessig utnyttelse av LIS1-stillinger.

## 1.4 Begrepsliste

Begrep	Forklaring
<b>ALIS</b>	Lege i spesialisering i allmennmedisin. Legen trenger ikke å ha en ALIS-avtale for å omtales som ALIS.
<b>ALIS-avtale</b>	Avtale mellom kommune og LIS om særskilte rekrutteringstiltak som går utover og kommer i tillegg til plikter og rettigheter som følger av spesialistforskriften. LIS kan være ansatt i kommunen eller drive privat næringsdrift.
<b>ALIS-kontor</b>	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.
<b>ALIS-Nord og ALIS-Vest</b>	Pilotprosjekter med særlige tiltak for bedre rekruttering, stabilisering av gjennomføring av spesialisering i allmennmedisin i utvalgte kommuner. Bakgrunnen for prosjektene er rekrutteringsutfordringer i fastlegeordningen.
<b>AT</b>	Allmäntjänst (AT) er praktisk tjeneste etter medisinstudiet i Sverige. Nyutdannede leger arbeider 18-24 måneder på lisens før de oppnår fulle rettigheter som lege. Fra 1.7.2021 avvikles AT, og det innføres en kortere Bastjänstgöring (BT) med minstetid på seks måneder som første del av spesialistutdanningen i Sverige.
<b>Forum for læringsmål</b>	Helsedirektoratets arena for å diskutere læringsmål i spesialistutdanningen av leger. Deltagere er representanter fra kommuner, RHF, Legeforeningen og Helsedirektoratet.
<b>HF</b>	Helseforetak
<b>HOD</b>	Helse- og omsorgsdepartementet
<b>Introduksjonsavtale</b>	Avtale som gir leger under spesialisering i allmennmedisin rett til trygderefusjon når de arbeider på andre fastlegers liste samtidig med fastlegen selv (begge legene får trygderefusjon). Avtalen gir legen muligheten til å prøve ut hvordan det er å arbeide som fastlege uten å ha ansvaret for egen liste.
<b>KAD</b>	Kommunal akutt døgnenhet
<b>KBU</b>	Klinisk basisutdannelse er praktisk tjeneste etter medisinstudiet i Danmark. Nyutdannede leger arbeider ett år på lisens før de oppnår fulle rettigheter som lege. Dette tilsvarer ikke del 1 i Norge, fordi del 1 er definert som første del av spesialistutdanningen mens KBU er definert som en del av grunnutdanningen.



Begrep	Forklaring
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 somstorgstjenesten.
"LIS1-venter"	Lege som arbeider i stilling som ikke er tellende til spesialisering, i påvente av å bli tilbudt en LIS1-stilling. Har søkt på LIS1-stilling, men ikke blitt ansatt. Se også "postlege".
LIS2/3	Lege i spesialisering i videre spesialistløp etter del 1
Læringsarena	Arena/sted der læringsmål oppnås
NMF	Norsk medisinstudentforening
NSDM	Nasjonalt senter for distriktsmedisin
"Postlege"	Lege som er ansatt i HF i legestilling som ikke er tellende til spesialisering. Flere leger arbeider i slike stillinger i påvente av å få tilbud om LIS1-stilling. Se også "LIS1-venter".
RegUt	Regionalt utdanningssenter for leger i spesialisering. RegUt skal ivareta utdanningsaktiviteter i ny ordning for sykehusspesialitetene. Det er opprettet et RegUt i hvert RHF.
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.
Turnusplasser	Benevnelse fram til omleggingen i 2012.
Turnusstillinger	Benevnelse etter omleggingen i 2012 frem til ny spesialistutdanning i 2017.

---

**Begrep****Forklaring**

<b>Turnustjeneste for leger</b>	Turnustjenesten var overgangen mellom studium og selvstendig arbeid som lege, og bestod av tolv måneder i sykehus etterfulgt av seks måneder i den kommunale helse- og somstorgstjenesten. Frem til 1. desember 2012, var gjennomført og godkjent turnus et vilkår for å få autorisasjon som lege. Turnustjeneste for leger ble avviklet 1. mars 2017 med egen overgangsordning.
<b>YLF</b>	Yngre legers forening

## 2. Omlegging fra trekningsbasert til søknadsbasert turnus

I dette kapitlet beskriver vi noen av konsekvensene av omleggingen fra trekningsbasert til søknadsbasert turnus. Antall turnus-stillinger var uforandret ved omleggingen. Vi vurderer at formålene ved omleggingen har blitt oppnådd. For tjenestene og den enkelte søker har det blitt både positive effekter og negative konsekvenser. Det store antallet søknader fører til mye administrativt arbeid. En utfordring er at noen kommuner opplever at LIS1 sier opp stillingen like etter ansettelse og forlater kommunen til fordel for en mer attraktiv stilling annet sted. Dette er en uheldig og utilsiktet konsekvens av omleggingen fra treknings- til søknadsbasert turnusordning.

### 2.1 Beskrivelse av den tidligere turnusordningen

Ved omleggingen fra trekningsbasert til søknadsbasert ordning i 2012, fikk Helsedirektoratet i oppdrag fra HOD å gjøre en løpende vurdering av den nye ordningen med en samlet vurdering etter fem år. Spesielt viktig var det å følge med på rekrutteringen til distriktene. Helsedirektoratet har fulgt opp dette oppdraget gjennom å utgi statusrapporter etter hver utlysingsrunde som viser utviklingen i søkere og ansettelser<sup>1</sup>.

Ettersom søknadsprosessen for turnus og del 1 er like, er det ikke laget noe tidsskille i statistikken ved innføringen av ny spesialistforskrift 1. mars 2017. I dette kapitlet vil det fremgå når beskrivelsene omhandler enten turnus eller LIS1, ellers benevnes begge som den søknadsbaserte ordningen.

#### **Formålet med turnustjenesten**

Da turnustjenesten for leger ble innført i 1955, skulle den kompensere for nedkortet studietid. Turnustjenesten var overgangen mellom det teoretiske medisinske studium og selvstendig arbeid som lege. Gjennom praktisk tjeneste etter medisinutdanningen, skulle turnustjenesten bidra til å sikre faglig kvalifisering av nyutdannede leger. Utover å gi nyutdannede leger opplæring og praktisk erfaring, skulle turnusordningen bidra til å sikre en god geografisk fordeling av leger, og rekruttere til og stabilisere legedekningen i distriktene. Tidligere var det ikke uvanlig at turnuslegene var en av få leger i distrikt. På mindre sykehus var turnuslegene helt nødvendige for å få tjenesteplanene til å gå opp.

---

<sup>1</sup> Statusrapporter ligger på Helsedirektoratets nettsider: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/leger-i-spesialisering-statusrapporter-for-soknadsrunder>

## **Fordeling av turnusplasser**

Tildeling og fordeling av turnusplasser var trekningsbasert, og alle med cand.med. fra Norge eller utlandet kunne melde seg på trekningslisten. Det var hjemlet i turnusforskriften at staten hadde en plikt til å sikre turnusplass til alle som meldte seg på. Antall turnusplasser økte i takt med antall påmeldte helt til vi nådde 475 plasser pr halvår. Etter dette ble det ventelister, og de som ikke fikk plass, ble garantert en plass i neste trekningsrunde.

## **Bakgrunn for omleggingen til søknadsbasert ordning**

Et økende antall norske statsborgere som studerte medisin i utlandet, og et attraktivt norsk arbeidsmarked for utenlandske leger, var hovedårsaker til at "turnuskøen" ble økende. Etter hvert ble det nærmere ett års ventetid for å få turnusplass. Likeledes vanskeliggjorde et økende antall særplasser planlegging og gjennomføring av turnus. Etter flere utredninger<sup>2</sup> ble turnusordningen lagt om fra en rettighetsbasert til en søknadsbasert ordning, og nye forskrifter ble gjort gjeldende fra 1. desember 2012.

Endringen innebar en kombinasjon av fornyelse av ordningen for å sikre bærekraft, samtidig som flere sentrale elementer og fortsatt statlig styring av deler av ordningen ble videreført. Arbeidsgivere skulle lyse ut turnusstillingene i en sentral stillingsportal eid av Helsedirektoratet og ansettelsene skulle gjennomføres i samarbeid mellom helseforetak og tilhørende kommuner. Første utlysingsrunde i ny ordning ble gjennomført våren 2013. Det var 958 søkere til 455 utlyste stillinger. Fram til 2015 fikk helseforetak i rekrutteringssvake områder tilsette først i første pulje, mens mer populære områder tilsatte i andre pulje. Ordningen med to puljer ble avvirket våren 2015 fordi det var tilstrekkelig med søkere til alle stillinger i hele landet.

Noen av hovedgrepene i den søknadsbaserte turnusordningen, var avskaffelse av rett til turnusplass, herunder særplasser. I tillegg ble autorisasjonstidspunktet for norskudannede leger endret fra etter godkjent turnus til etter endt cand. med.. Av hensyn til pasientsikkerhet og forsvarlig yrkesutøvelse ble det fastholdt krav om turnus for å kunne spesialisere seg, delta i legevaktsordningen og for å kunne ta stilling som fastlege med rett til trygderefusjon under veiledning.

## **Innføring av ny spesialistutdanning og avvikling av turnus**

Da den nye spesialistforskriften trådte i kraft 1. mars 2017 for første del av spesialistutdanningen (del 1), ble turnus for leger avvirket med en overgangsordning frem til 1. mars 2019. De overordnede rammene for del 1 (LIS1) i ny spesialistutdanning er de samme som i turnusordningen, med 12 måneder i spesialisthelsetjenesten etterfulgt av seks måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Samtidig er LIS1 innholdsmessig noe forskjellig fra den tidligere turnusordningen med blant annet innføring av læringsmål. Ny spesialistutdanning har en minstetid på 6,5 år. Første del (LIS1) er en felles plattform for alle spesialiteter. Det er innført et generelt krav til autorisasjon for å kunne starte i del 1. Del 1 er etablert med et stort antall læringsmål som skal sikre helhet og kvalitet i utdanningens første del.

Det er i dag langt flere søkere til LIS1-stillingene enn det var til turnusstillingene i 2012 (se vedlegg 2). De siste årene har det vært mer enn dobbelt så mange søkere som utlyste stillinger. I 2018 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å gjøre en ny vurdering av behovet for LIS1-stillinger, sett i lys av tjenestenes

---

<sup>2</sup> Se Helsedirektoratet 2008 og Helsedirektoratet 2010.

behov og omleggingen av spesialistutdanning for leger. Med innføringen av ny spesialistutdanning stiller spesialistforskriften krav om gjennomført del 1 før videre spesialisering. Det er gjort visse unntak i spesialistforskriften fra kravet til del 1<sup>3</sup>.

## **2.2 Har omleggingen fungert i tråd med formålet?**

Hovedformålene med omleggingen til søknadsbasert ordning kan oppsummeres slik:

"For å sikre en bærekraftig og framtidsrettet turnusordning er det behov for å gjøre endringer. Samtidig skal dagens målsettinger om faglig kvalifisering av nyutdannede leger, og behov for fortsatt god geografisk fordeling av turnusleger, ivaretas."<sup>4</sup>

### **Formål 1: Turnusordningen skal være bærekraftig med hensyn til fremtidig behov for leger**

*Hovedutfordringen med den trekningsbaserte fordelingen av turnusplasser var at den ble vurdert som kapasitetsmessig ikke bærekraftig. Søknadsbasert ordning ivaretar statens behov for å dimensjonere antall stillinger i tråd med brukernes og tjenestenes behov. Arbeidslivets ordinære regler gjelder delvis for ansettelse.*

### **Økning i antall påmeldte til turnus**

I gammel turnusordning kunne alle som hadde gjennomført cand.med. i Norge eller utlandet melde seg på turnusordningen. Frem til 2003 var det nok turnusplasser til alle som ønsket<sup>5</sup>. Etter det måtte flere av de som satte seg på trekningsliste vente på en stilling. Frem mot omleggingen i 2012, økte antallet påmeldte langt mer enn antallet turnusplasser. I august 2011 var det 1 013 påmeldte til 475 turnusplasser<sup>6</sup>. Siden innføring av søknadsbasert ordning våren 2013 og frem til våren 2020, har antall søkere økt fra 958 til 1 275 per utlysningsrunde. Mens det våren 2013 var 503 søkere som ikke fikk stilling, var det 691 søkere som ikke fikk stilling våren 2020<sup>7</sup>. Selv om det er bestemt at antallet LIS1-stillinger skal økes på permanent basis, vil søkerantallet fortsatt forbli høyere enn antallet stillinger. Over tid er det å forvente at det oppnås en bedre balanse mellom antall stillinger og antall søkere.

Mye av økningen i søkere til den trekningsbaserte turnusordningen skyldtes påmeldte med utenlandsk utdanning, primært av nordmenn som studerte i medisin i andre EØS-land. Fra 2008 har flertallet av påmeldte hatt utdanning fra utlandet<sup>8</sup>. Siden innføringen av søknadsbasert ordning har antall søkere med

<sup>3</sup> Leger som har gjennomført tilsvarende tjeneste og oppnådd alle læringsmålene i del 1 i utlandet eller som har gjennomført minst halvparten av en spesialistutdanning og som oppfyller hovedparten av læringsmålene i del 1 og tilsvarende tjenestetid kan ansettes direkte i LIS2/LIS3-stillinger. Alle andre må starte med LIS1. Likeledes er leger med autorisasjon på bakgrunn av utdanning i annet EU/EØS-land som har påstartet spesialisering i stilling som LIS innen 1. mars 2019 unntatt fra kravet til del 1.

<sup>4</sup> HOD 2012: 5: Høringsnotat om forskriftsendringer som innfører ny ordning for legers turnustjeneste. Se også Helsedirektoratet 2015: 2.

<sup>5</sup> Helsedirektoratet 2010: 66.

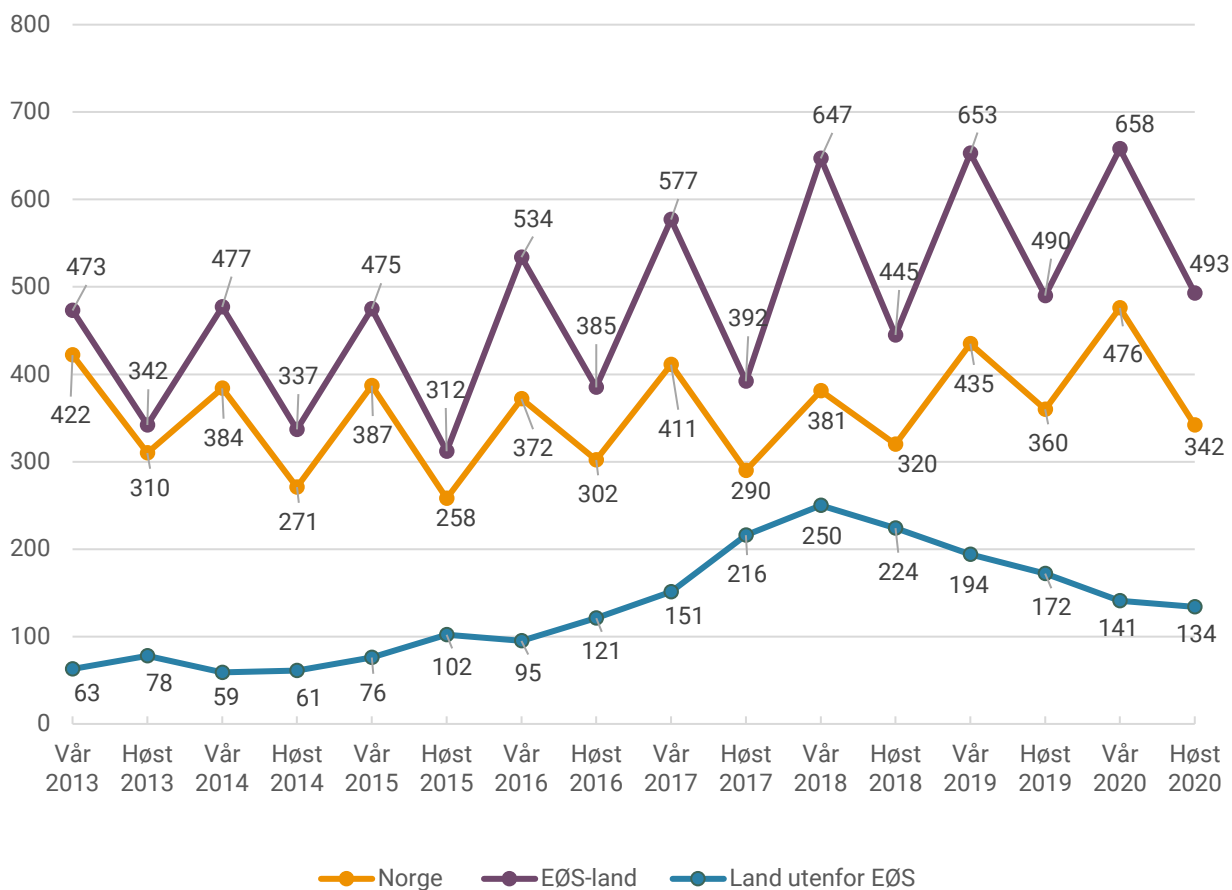
<sup>6</sup> Høringsnotat om forskriftsendringer som innfører ny ordning for legers turnustjeneste, 2012: 8.

<sup>7</sup> Helsedirektoratets statusrapporter for turnus og LIS1.

<sup>8</sup> Se HODs høringsnotat om forskriftsendringer som innfører ny ordning for legers turnustjeneste, 2012: 8-9 og vedlegg 6 i Helsedirektoratets "Vurdering av antall LIS1-stillinger"-rapport fra 2019.

utenlandsk utdanning gått fra 536 våren 2013 til 799 våren 2020. Antallet søkere med utdanning utenfor EU/EØS er i dag dobbelt så høyt som i 2013, men det har vært synkende siden 2018.

Utdanningsland søkere



Kilde: Helsedirektoratets statusrapporter for søknadsrunder til LIS1 og foreløpig upubliserte tall fra søknadsrunden høsten 2020.

### Turnusordningen var ikke bærekraftig

Før omleggingen til søknadsbasert ordning i 2012 ble det vurdert at kapasitetsutfordringen ikke kunne bli løst ved kun å utvide ordningen etter søkerens behov. Det var store utfordringer med å etablere et tilstrekkelig antall kvalitativt gode plasser med tilfredsstillende veiledning. Samtidig var det store kostnader forbundet med å utvide antall turnusstillinger. I årene før omleggingen viste prognosene et forventet overskudd av leger i Norge. Det var derfor viktig å unngå en overdimensjonering av turnusplasser i forhold til helse- og omsorgstjenestens behov. I følge SSBs beregninger før omleggingen til søknadsbasert ordning, så det ut til å være et overskudd på leger frem til rundt 2025<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> SSB 2015.

### **Utviklingen i søkere etter omlegging til ny ordning**

Siden omleggingen til ny turnusordning har utviklingen i legestillinger vært større enn tidligere antatt (se vedlegg 4). Ifølge SSB forventes det nå en vekst i legestillinger på 48 % mellom 2017 og 2035<sup>10</sup>. Mens behovet for og tilgangen på nyutdannede leger har økt, var antall stillinger i søknadsbasert ordning stabilt på 950 frem til 2020, da departementet opprettet 38 permanente stillinger for LIS1 i Nord-Norge. I tillegg ble det opprettet 100 midlertidige stillinger som et covid-19-tiltak. Det vil bli opprettet ytterligere 100 permanente, hvor halvparten har oppstart 1.9.2021 og halvparten 1.3.2022. Det er et mål å ha en rimelig balanse mellom tilbud og etterspørsel av leger. Det er fortsatt et attraktivt arbeidsmarked for leger i Norge, og mange norske statsborgere studerer i utlandet. Dette fører til en god tilgang på nyutdannede leger og tilstrømning av leger fra utlandet. Selv om det per dags dato er omtrentlig balanse mellom tilgang og behov for leger, vil det med forventet vekst i legestillinger på 48 % mellom 2017 og 2035 være behov flere LIS1-stillinger for å sikre et tilstrekkelig antall spesialister i fremtiden. Senere i denne rapporten beskriver vi tiltak som kan bedre utnyttelsen av LIS1-ordningen.

Da trekningsbasert ordning ble avviklet, var det nærmere 1 års ventetid på turnusstilling. "Køen" ville antagelig vært enda lenger i dag hvis alle påmeldte kandidater fortsatt hadde "rett" til stilling, som i den trekningsbaserte ordningen. I tillegg ville de praktiske utfordringene som særplasser utgjorde, bestå. I så måte er det Helsedirektoratets vurdering at omleggingen på noen områder har gjort ordningen mer bærekraftig<sup>11</sup>.

### **Vurdering av søknads- og ansettelsesprosessen i ny ordning**

Et vesentlig aspekt ved omleggingen var å gjøre ansettelsen av nyutdannede leger mer lik andre ansettelser i samfunnet. I høringsnotatet skrev departementet at ordningen ville:

"... avvike noe fra ordinære tilsettingsprosedyrer i arbeidslivet ellers, blant annet ved at det forutsettes samlet utlysning og samordnet søking på stillingene. Målet er at arbeidslivets ordinære regler skal gjelde så langt som mulig også for tilsetting av nyutdannede leger."<sup>12</sup>

Som ellers i samfunnet skulle nå de nyutdannede legene søke på utlyste stillinger, og ansettelser skulle skje i henhold til kvalifikasjonsprinsippet. Arbeidslivets regler med hensyn til vurdering og oppfølging av enkeltkandidater, prøvetid og sanksjonsmuligheter ble gjort gjeldende. Ordningen med særplasser opphørte. Mens det i trekningsbasert ordning var en bestemmelse om at arbeidsgiver måtte stille bolig til disposisjon, ble spørsmålet om bolig i søknadsbasert ordning overlatt til partene i arbeidslivet.<sup>13</sup>

Andre deler ved ny ordning harmoniserer i mindre grad med andre ansettelser i samfunnet. Turnusstillinger skulle lyses ut to ganger i året i Helsedirektoratets turnusportal, med klare regler for når søkerne tidligst kunne gis et tilbud om stilling og hvor lang akseptfristen skulle være. For å sikre forutsigbare ansettelsesprosesser, ble det innført binding til den stillingen legen ble ansatt i frem til oppstart. Denne bindingen ble markert i turnusportalen, slik at andre arbeidsgivere ikke kunne gi tilbud

---

<sup>10</sup> SSB 2019.

<sup>11</sup> Flere mente at turnusordningen kunne repareres uten å legge om til søknadsbasert ordning. Se blant annet Heggelund 2011 og Omland og Frizell Reiter (2011).

<sup>12</sup> Høringsnotat om forskriftsendringer som innfører ny ordning for legers turnustjeneste, 2012: 31.

<sup>13</sup> Forskrift om turnustjeneste for lege § 19.

om stilling til kandidater som allerede hadde blitt ansatt. Konklusjonen må være at arbeidslivets regler delvis gjelder: At ansettelsen av LIS1 er en hybrid mellom arbeidsmarkedslogikk og statlig regulering for å sikre likeverdige helsetjenester i hele landet<sup>14</sup>.

Et av målene med ny ordning var også at leger kunne søke seg til en arbeidsgiver ut fra ønske og motivasjon. Helt siden innføring av søknadsbasert ordning har det vært langt flere søkere enn det har vært stillinger. Det var dessuten mange som ønsket stillinger ved de tradisjonelt rekrutteringssterke arbeidsgiverne. En god del søkere må derfor ta stilling hos en annen arbeidsgiver enn den de helst ønsker. Dette er i seg selv ikke en situasjon som er spesiell for leger, men det innebærer at en del leger (som i trekningsbasert ordning) må flytte på seg for å få stilling. I praksis viser det seg også at ansettelsesprosessen ikke alltid har fungert slik den burde. Tidligere undersøkelser viser blant annet at flere av de ansatte turnuslegene ikke var blitt intervjuet<sup>15</sup>.

## **Formål 2: Turnusordningen skal fortsatt sikre god geografisk fordeling av turnusleger**

*Med dagens høye tilgang på nyutdannede leger har den søknadsbaserte ordningen i all hovedsak videreført en god geografisk fordeling av turnusleger/LIS1 til de ulike deler av landet. Det er imidlertid utfordringer knyttet opp mot legedekning i de minst folkerike og minst sentrale kommunene. Det er delte meninger om hvordan søknadsbasert ordning har påvirket langsiktig rekruttering av leger.*

### **Langsiktig mål: likeverdig tilbud av helsetjenester i hele landet**

Det har lenge vært en politisk målsetning at Norges befolkning skal ha tilgang til likeverdige helsetjenester over hele landet<sup>16</sup>. En viktig forutsetning for omleggingen var at ordningen fortsatt skulle sikre god geografisk fordeling av turnusleger i ulike deler av landet. Den trekningsbaserte ordningen bidro til geografisk fordeling av leger gjennom fordelingen av stillinger og ved at enkelte ble værende der de utførte sin turnustjeneste<sup>17</sup>, noe som også er ønskelig i den søknadsbaserte ordningen.

Helsedirektoratet beholdt gjennom forskrift<sup>18</sup> den statlige styringen med opprettelse og fordeling av turnusstillinger i helseforetak og kommuner, samtidig som hjemmelen til å pålegge stillinger ble videreført. Samordning av søknad til turnuslegestillinger var viktig for å sikre fortsatt god fordeling av turnuslegestillinger og -kandidater i hele landet. De 950 turnusstillingene som var etablert, ble videreført ved omleggingen til søknadsbasert turnusordning og ved implementering av ny spesialistutdanning.

Fordelingen av turnusleger/LIS1 har for praktiske formål vært uendret etter overgangen fra treknings- til søknadsbasert turnus. Fordelingen mellom helseforetak har vært lik for nesten hele perioden med unntak av omfordeling av enkelte plasser mellom Sykehuset Innlandet og Helse Nord-Trøndelag. Innen

<sup>14</sup> Abelsen og Gaski 2017: 64.

<sup>15</sup> Birkeli 2015, Abelsen og Gaski 2017: 52.

<sup>16</sup> NOU 2015: 22.

<sup>17</sup> HODs høringsnotat om forskriftsendringer som innfører ny ordning for legers turnustjeneste, 2012: 5.

<sup>18</sup> Først ved Forskrift om spesialistgodkjenning og turnusstillinger og deretter Spesialistforskriften.



kommunehelsetjenesten har det vært større variasjon i antall stillinger, der spesielt Helse Møre og Romsdal har hatt for få avtaler med kommuner i eget fylke.

Det har vært en vedvarende vekst av legestillinger både innen spesialist- og kommunehelsetjenesten etter 2012. Det er ikke undersøkt om det er noen sammenheng mellom denne veksten og den søknadsbaserte turnus/LIS1-ordningen. I perioden 2013 til 2018 var veksten i legeårsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten høyere enn befolkningsveksten i samtlige fylker unntatt Aust-Agder. Totalt var veksten i legeårsverk i perioden 2013-2018 på ca. 15 prosent i kommunene og nesten 23 prosent i spesialisthelsetjenesten<sup>19</sup>.

### **Kommunetjeneste i de minst folkerike og minst sentrale kommuner velges bort**

En særskilt problemstilling rundt fordeling av turnusleger i ulike deler av landet gjelder kommune plasser i distrikt. Turnuslegene i den trekningsbaserte ordningen var bundet til en fast plass i sykehus og en kommune eller en gruppe av kommuner. Det var oppmøteplikt hvis de skulle beholde retten til turnusplass. Med søknadsbasert ordning ble det mulig for leger å søke på andre koblede turnusstillinger eller reststillinger for så å si opp den stillingen vedkommende hadde begynt i eller skulle begynne i.

I forkant av omleggingen var det frykt for at det ville bli "få søkere til rekrutteringsutsatte steder"<sup>20</sup>. Stillingene ble derfor utlyst i to puljer med utlysning og ansettelse i rekrutteringsutsatte områder før utlysning og ansettelse i resten av landet. Det viste seg imidlertid at det var et tilstrekkelig antall søkere til stillingene i hele Norge, og den puljevise utlysningen ble opphevet våren 2015. Så lenge det er et stort overskudd av søkere til stillingene vil de utlyste stillingene bli besatt. Dersom antallet søkere nærmer seg antall stillinger, vil vi kunne forvente at flere kun søker seg dit de virkelig ønsker. Dersom de ikke får stillingen, vil de muligens ta annet arbeid og prøve igjen ved neste søknadsrunde.

Forskning viser en tendens til at leger sier opp stillingen i de minst folkerike og minst sentrale kommunene<sup>21</sup>. Vi har i arbeidet med denne rapporten innhentet tilbakemeldinger fra de tre regionene som NSDM-studien fokuserer på. Fra Statsforvalteren i Troms og Finnmark, Trøndelag samt Vestland har vi fått tilbakemeldinger om at kommuner i distrikt har problemer med at leger sier opp stillingen i kommunehelsetjenesten.

I NSDMs rapport kom det også frem at enkelte kommuner hadde "enten gått til det skritt, eller vurderer, å avskaffe turnusstillingen og heller opprette en ekstra fastlegestilling"<sup>22</sup>. Dette ble begrunnet med rekrutteringsutfordringer og økonomi. De kommuner som opplever at leger ofte sier opp plassen sin, vil se på det å ha en ekstra fastlegestilling, som et stabiliserende element. I 2020 har vi fått tilbakemeldinger fra Statsforvalterne i Trøndelag og i Troms og Finnmark om at problemstillingen fortsatt er gjeldende. Blant annet har to kommuner i Finnmark gjort om LIS1-stilling til fastlegestilling og flere vurderer å gjøre det samme.

---

<sup>19</sup> Veksten i SSBs statistikk er noe høyere enn den reelle veksten, fordi SSB la om systemet for innhenting av registerbasert sysselsettingsstatistikk i 2015, noe som innebar en økning i årsverk som fanges opp i dataene.

<sup>20</sup> Høringsnotat om forskriftsendringer som innfører ny ordning for legers turnustjeneste, 2012: 30.

<sup>21</sup> Abelsen og Gaski 2017.

<sup>22</sup> Abelsen og Gaski 2017: 59.

Helsedirektoratet har registrert at distriktskommuner i større grad enn mer sentrale kommuner sliter med å få besatt stilling dersom den blir ledig. Dette gjelder både for de tilfellene der vedkommende går ut i permisjon, eller sier opp stillingen for å arbeide i reststilling i annen kommune. For de minst folkerike og minst sentrale kommunene, der turnuslegene er viktige for å sikre tilstrekkelig legedekning og kapasitet i legevaktstjenesten, kan det være kritisk for bemanningen å stå uten turnuslege. Noen kommuner har derfor opprettet en fastlegehjemmel som erstatning for ustabilitet i LIS1-stilling. At leger velger bort disse kommunene, henger ikke nødvendigvis sammen med kvaliteten på utdanningen som tilbys, men kan henge sammen med sentraliseringen som ellers skjer i samfunnet og at den lange grunnutdanningen stort sett foregår i storbyer og dermed forbereder studentene på arbeid der.

### **Turnus som rekrutteringsarena til distriktene**

Selv om formålet med omleggingen primært handler om fordeling av turnusleger (nå LIS1), er det relevant å se på rekruttering til videre spesialisering. Det er argumentert for at turnustjenesten var det viktigste rekrutteringstiltaket for både kommuner og sykehus i distrikt<sup>23</sup>. Turnustjenestens effekt på geografisk fordeling i Norge som helhet er ikke godt dokumentert, men det er enkeltstudier fra Finnmark samt Sogn og Fjordane som viser at turnustjenesten har vært viktig som rekrutteringskilde<sup>24</sup>. I arbeidet med denne rapporten har vi fra ulike aktører fått innspill om at LIS1 fortsatt er en svært viktig rekrutteringskilde for både sykehus og kommuner.

Det er ulike meninger om hvordan overgangen til søknadsbasert ordning har påvirket fordeling av leger etter turnus/LIS1. I forkant av omleggingen uttrykte flere bekymring for at rekrutteringen til distrikt ville bli svekket. Dette er en situasjon som er kjent fra Sverige, hvor søknadsbasert ordning har vært i lengre tid. I NSDMs studie fra 2017 er informanter fra tre distriktsfylker skeptiske til om rekrutteringsvirkningene på lang sikt blir like gode som i trekningsbasert ordning. I Finnmark var de også bekymret for rekrutteringen til helseforetak. Fra Statsforvalterne i Troms og Finnmark og i Trøndelag har vi 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.

### **Formål 3: Faglig kvalifisering av nyutdannede leger**

*Den søknadsbaserte ordningen har i minst like stor grad som den trekningsbaserte sikret faglig kvalifisering av leger. Fordi legene nå konkurrerer om stillingene er de som blir ansatt i snitt bedre kvalifisert enn i trekningsbasert ordning, noe som fører til at færre får underkjent tjeneste i ny ordning. Tydeligere målstyring har bidratt til å sikre faglig kvalifisering.*

Et vesentlig formål med innføringen av turnustjenesten i 1955, var at denne skulle bidra til å sikre faglig kvalifisering av nyutdannede leger. Gjennom turnustjenesten har nyutdannede leger fått arbeidserfaring

<sup>23</sup> Helsedirektoratet 2010: 82.

<sup>24</sup> Abelsen og Gaski 2017: 19.

under faglig veiledning innen ulike fagområder i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Denne målsetningen ble videreført i søknadsbasert ordning.

Turnustjenesten har vært en praktisk arena der turnuslegene under trygge rammer fikk opplæring og erfaring med å håndtere kliniske problemstillinger og omsette teori til praksis. Innholdet i tjenesten og måloppnåelsen ble i søknadsbasert ordning utdypet i rundskriv og veileder til turnusordningen for leger<sup>25</sup>.

Oppføring av mål og delmål for turnusordningen i rundskriv og veileder ga en tydeligere myndighetsstyring av turnusordningen og tydeliggjorde aktørenes ansvar og handlingsrom. Normering av det faglige innholdet i turnustjenesten gjennom rundskriv og veileder har bidratt til å styrke kvaliteten i turnusordningen og sikre et felles minstekrav til kvalifikasjoner som skulle oppnås i løpet av turnus.

I trekningsbasert ordning hadde turnuslegene rett til forlenget tjeneste til de ble tilstrekkelig kvalifiserte og oppfylte målene for turnus. Turnuslegens rett til forlenget tjeneste ble avskaffet i søknadsbasert ordning. Arbeidsgiver har ikke lenger plikt til å tilby forlengelse av stilling, og turnusleger/LIS1 som ikke har tilstrekkelig faglig progresjon i sykehus blir løst fra arbeidsforholdet og måtte selv skaffe seg ytterligere tjeneste enten i ny koblet stilling eller gjennom reststillinger.

Overgangen til søknadsbasert turnusordning har på flere områder ivaretatt formålet om faglig kvalifisering av leger, blant annet gjennom tydeligere målstyring. I ny spesialistutdanning har den faglige kvalifiseringen blitt ytterligere styrket gjennom forskriftsfesting av læringsmål<sup>26</sup>. Tilbakemeldinger fra tjenestene siden omlegging til søknadsbasert ordning og på evalueringsseminaret, er at søkerne er bedre kvalifisert enn turnuslegene i den trekningsbaserte ordningen og det er færre underkjennelser. At legene er bedre kvalifisert har sammenheng med at det er færre stillinger enn søkere. Mange leger arbeider for å kvalifisere seg til en LIS1-stilling, også underveis i studiet. At legene er bedre kvalifisert skyldes ikke omleggingen i seg selv.

## **2.3 Effekter og konsekvenser av omleggingen til søknadsbasert turnusordning**

Omlegging til søknadsbasert turnusordning har hatt både positive og negative konsekvenser for tjenestene og den enkelte lege. Noen av konsekvensene vil være en utdyping av hvorvidt formålene ved omleggingen ble oppnådd.

### **Konsekvenser for tjenestene**

For arbeidsgivere har omlegging til søknadsbasert ordning i hovedsak hatt tre effekter: Arbeidsgivere er generelt mer fornøyd med legene som blir ansatt, samtidig som ansettelsesprosessene tar mye tid og kapasitet. I tillegg har muligheten for legen til å si opp stillingen og søke på reststillinger hatt negative konsekvenser for kommuner, spesielt for de minst folkerike og minst sentrale.

Den søknadsbaserte ordningen har gitt arbeidsgivere mulighet til å ansette de legene de ønsker. Dette gjelder først og fremst helseforetakene, ettersom det synes som at kommunene i mindre grad er med på å påvirke utvelgelsen av leger. Muligheten til å velge sine egne ansatte blir sett på som en stor fordel. Arbeidsgivere kan sikre at søkere har de nødvendige faglige, språklige og personlige kvalifikasjonene.

---

<sup>25</sup> Helsedirektoratet 2015.

<sup>26</sup> Se vedlegg til Spesialistforskriften.

Arbeidsgivere opplever at faglig forsvarlighet og pasientsikkerhet har blitt styrket fordi legene som ansettes er godt faglig kvalifisert. Dette henger ikke nødvendigvis sammen med søknadsbasert ordning i seg selv, men at det er et overskudd av søkere i forhold til stillinger og at arbeidsgivere dermed kan ansette de som er best kvalifisert. Siden klinisk erfaring er en vesentlig kvalifikasjon for ansettelse, er det mange som gjennom arbeid i studietiden eller senere har blitt bedre kvalifisert enn det turnusleger var tidligere. Mens det i den trekningsbaserte turnusordningen for praktiske formål var yrkesforbud uten godkjent turnus, har flytting av autorisasjonstidspunktet til etter endt studie gitt nyutdannede leger bedre mulighet for å skaffe seg relevant arbeid.

Vi har fått innspill fra tjenestene om at trekningsbasert turnus ofte var preget av særplasser, kommunikasjonsutfordringer og at tjeneste oftere ble underkjent enn med søknadsbasert ordning. Det var flere leger som meldte seg på trekningslisten uten å møte opp til stillingen de fikk tildelt, og det er kjent at flere populære turnusstillinger ble solgt videre for penger. Det er imidlertid enighet om at søknadsbasert ordning tar mer tid å administrere for tjenestene.

For arbeidsgiverne er det arbeidskrevende å ha oversikt over ledige stillinger, lyse de ut, vurdere innkomne søknader og gjennomføre intervju. For arbeidsgivere blir resultatet at de bruker mye tid på søkere som i praksis ikke er reelle søkere, men som "helgarderer seg" gjennom å søke på mange stillinger i tilfelle de ikke får tilbud der de helst vil jobbe. Kommuner og helseforetak må dessuten bruke mye tid på å samarbeide om utlysning og ansettelse av kandidater.

Kvalifikasjonsprinsippet skal legges til grunn ved ansettelser, men noen arbeidsgivere mener at søknadsbasert ordning også har vesentlige elementer av tilfeldighet over seg. Dette er begrunnet med det store antallet søknader kombinert med lite tid og ressurser til ansettelsesprosessen, samt at det er variasjon i hvilke kriterier arbeidsgivere vektlegger. På evalueringsseminaret i 2019 ga et helseforetak uttrykk for at arbeidet med ansettelsesprosessene er så omfattende, at det oppveier fordelene ved å kunne velge sine egne ansatte. I dialogen med tjenestene har vi fått innspill om at dagens situasjon tvinger frem "nesten useriøse vurderinger" og at det burde vurderes å gå tilbake til trekning. Det er imidlertid klart at denne ulempen ikke skyldes søknadsbasert ordning i seg selv, men at det er så mange som søker på de samme stillingene. Det har vært en utvikling i antall søkere fra 958 våren 2013 til 1275 for våren 2020.

Den trekningsbaserte ordningen nærmest garanterte at alle kommuner fikk tildelt en turnuslege. Det var kun i de tilfellene at en turnuslege ble syk eller skulle i foreldrepermisjon, at denne uteble fra tjeneste. I den søknadsbaserte ordningen er det imidlertid mulig for leger å bli ansatt i reststillinger og så si opp den opprinnelige stillingen sin. Satt på spissen kan vi si at det har blitt legitimt å velge bort kommuner en ikke ønsker å bo eller arbeide i. Kommuner har i økende grad meldt fra om at turnusleger/LIS1 uteblir fra stillingene eller sier opp stillingen med svært kort frist, fra dager til få uker. Når én lege sier opp sin stilling får det ringvirkninger videre, ved at en annen lege igjen sier opp sin stilling for å ta over den første og så videre. Resultatet blir at en rekke kommuner må reagere raskt hvis de ønsker å få inn en turnuslege/LIS1, og kommunen kan bli stående uten turnuslege/LIS1.

I søknadsbasert ordning skal helseforetak og kommuner samarbeide om å lyse ut stillinger. Noen kommuner er aktivt deltagende, mens det i andre tilfeller i praksis er helseforetakene som tar seg av ansettelsesprosessen. For å rekruttere kandidater som ser for seg en videre spesialisering i

kommunehelsetjenesten, bør kommuner engasjere seg i ansettelsesprosessen. Fra Statsforvalteren i Vestland og fra Ahus har vi hørt eksempler på hvordan det arbeides bevisst med å rekruttere kandidater som ønsker seg til både helseforetak og kommuner etter endt turnus/LIS1.

Turnusordningen har tradisjonelt vært en veldig viktig rekrutteringskilde for helseforetak og kommuner. Det snakkes blant annet om den såkalte lakseeffekten<sup>27</sup>, som i denne sammenheng vil si at mange leger kommer tilbake dit de har gjennomført turnus/LIS1. Informanter fra tre distriktsfylker var skeptiske til om rekrutteringsvirkningene i den nye ordningen vil være like gode som i den gamle<sup>28</sup>. I dialogen med aktørene har vi fra enkelte Statsforvaltere fått tilbakemeldinger om at LIS1 i mindre grad rekrutteres videre i distriktene nå, men det er noe uklart om det skyldes søknadsbasert ordning eller den mer generelle utfordringen kommuner i dag har med å rekruttere.

### **Konsekvenser for søkere**

I ny ordning kan leger aktivt søke seg til stillinger de ønsker i stedet for at trekningsnummer skal bestemme hvilke muligheter de har. Omleggingen har imidlertid medført økt arbeid for å få en stilling og ulemper for dem som tidligere kunne fått en særplass. LIS1 oppleves som en flaskehals for de legene som søker flere ganger uten å få tilbud. Nå som ansettelser skal skje i henhold til arbeidslivets regler, må søkere legge ned et betydelig arbeid i å søke på stillinger og kvalifisere for ansettelse.

I NSDM sin studie er informantene relativt enige om at:

"den nye turnusordningen er en fordel for turnuslegene. De har større valgmuligheter med den nye ordningen. De kan søke seg dit de vil og slippe tilfeldighetene med hensyn til lokalisering av tjenesten som lå i den gamle ordningen. De kan også aktivt velge bort turnustjeneste i distriktskommuner hvis de ønsker det".<sup>29</sup>

Omleggingen har imidlertid ikke hatt utelukkende positive konsekvenser for søkerne. Den har medført økt arbeid for kvalifisere seg til og få en stilling og mindre forutsigbarhet for noen. Tidligere kunne kandidaten melde seg på trekningslisten og var dermed garantert å få en plass. Nå som ansettelser er i henhold til arbeidslivets regler, må kandidaten søke på fellesannonsene som helseforetakene legger ut i stillingsportalen for LIS1-stillinger to ganger pr år. Leger forsøker å hospitere eller få sommerjobb ved det helseforetaket hvor de ønsker å jobbe som LIS1 senere. Mange legger også ned en stor innsats i å erverve seg andre kvalifikasjoner som erfaring innen forskning, fagutviklingsprosjekter og andre aktiviteter som kan telle i favør av vedkommende ved ansettelse. Ved gjennomgang av stillingsannonsene synes det å være høye forventninger til kvalifikasjoner og erfaring. Ifølge Norsk Medisinstudentforening (NMF) har omleggingen til søknadsbasert ordning ført til at studenter allerede tidlig i studiet fokuserer på hva som skal til for å få en LIS1-stilling. Vi har fått innspill om at studenter prioriterer lønnet arbeid fremfor å delta i undervisning i de siste semestrene. Dette fordi arbeidsgivere legger stor vekt på lønnet arbeid i helsetjenesten når de ansetter. Det uttrykkes en bekymring for at dette kan gå utover interesse for og rekruttering til allmenn- og samfunnsmedisin, som er fag som blir undervist i de siste semestrene.

---

<sup>27</sup> Gaski og Abelsen 2014.

<sup>28</sup> Abelsen og Gaski 2017: 58.

<sup>29</sup> Abelsen og Gaski 2017: 56.

I trekningsbasert ordning var alle garantert en stilling, og ordningen var mer solidarisk siden leger med sykdom eller små barn kunne få innvilget særplass. Denne muligheten finnes ikke i den søknadsbaserte ordningen. For flere leger har den søknadsbaserte ordningen derfor medført ulemper. På den annen side ga endring av autorisasjonstidspunktet leger flere muligheter for å utøve yrket og kvalifisere seg til stillinger der de ønsket å jobbe. Tidligere måtte leger ofte vente opp mot et år på en turnusstilling, og uten autorisasjon var det begrensede muligheter for å arbeide innen yrket.

Regelverksendringer har ført til at leger som tidligere ikke hadde krav om turnus, i dag må gjennom del 1 (se vedlegg 4). Det er i dag mange som ikke får ansettelse i LIS1 selv om de søker i flere runder, og dermed ikke kommer i gang med spesialisering<sup>30</sup>. For disse oppleves søknadsbasert ordning som en flaskehals. Det er begrensede muligheter for å arbeide i offentlig helsetjeneste uten å ha gjennomført turnus/del 1. Dette påvirker yrkesmulighetene for nyutdannede leger og utenlandske leger som kommer til Norge. Noen av disse legene arbeider derfor innen helprivate helsetjenester i påvente av LIS1, eller fordi de har gitt opp å få stilling etter å ha søkt stilling i flere år. For kvalitet og pasientsikkerhet er det uheldig hvis leger velger å arbeide i helprivate helsetjenester uten å ha vært gjennom den faglige kvalifiseringen som oppnås gjennom turnus/LIS1. Med begrenset yrkesutøvelse uten LIS1 blir heller ikke legenes potensiale utnyttet fullt ut, med negative samfunnsøkonomiske konsekvenser for Norge<sup>31</sup>.

I søknadsbasert ordning skal kvalifikasjonsprinsippet legges til grunn. Det rettes jevnlig kritikk mot ansettelsesprosessene i helseforetak fra studenter og leger. Kritikken går blant annet ut på at lokale leger hjelper egne barn til å få sommerjobb, annen ansettelse på samme sykehus eller i samme by som foreldrene jobber. En utfordring ved søknadsbasert ordning er at den muliggjør diskriminering eller nepotisme ved ansettelser. Det kan være at søkere med norsk utdanning og/eller norskklingende navn blir favorisert<sup>32</sup>. Det er fremmet forslag om at søknadsprosessen burde være anonymisert<sup>33</sup>.

### **Konsekvenser for Statsforvalteren**

Mens antall stillinger for turnusleger i den søknadsbaserte turnusordningen økte over mange år som følge av flere påmeldte, har det i den søknadsbaserte turnusordningen vært et fast antall på 950 stillinger frem til år 2020. I trekningsbasert ordning hadde Statsforvalteren en stor rolle i opprettelse av stadig flere stillinger. Ved omlegging til søknadsbasert turnusordning ble ansvaret for opprettelse av stillinger, spesielt særplassene, redusert. I turnusordningen hadde Statsforvalteren ansvar for opplæring av turnusleger gjennom kurs i akuttmedisin og offentlig helsearbeid samt gruppeveiledning, og disse læringsaktivitetene er videreført i ny spesialistutdanning med justert innhold. Samlet sett har Statsforvalterens oppgaver blitt litt færre siden omlegging til søknadsbasert ordning. Helsedirektoratet bruker fortsatt Statsforvalteren når det skal opprettes ekstra stillinger, for å sikre at kommunen kan tilby en tjeneste som er av tilstrekkelig kvalitet.

### **Konsekvenser for Helsedirektoratet**

Universitetet i Oslo og siden Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) hadde ansvar for forvaltningen av den trekningsbaserte turnusordningen. Omleggingen til søknadsbasert ordning ble

---

<sup>30</sup> Se Helsedirektoratets statusrapporter for LIS1-stillinger.

<sup>31</sup> Oslo Economics 2019: 22.

<sup>32</sup> Midtbøen og Rogstad 2012.

<sup>33</sup> Se bl.a. Einarson (2018).

iverksatt gjennom et prosjekt med to medarbeidere i full stilling. Etter hvert har forvaltningen av ordningen blitt ivaretatt med færre ressurser. Helsedirektoratet har faste forvaltningsoppgaver knyttet til lovfortolkning, veiledning samt oppgaver knyttet til utlysingsrundene. I tillegg utgir Helsedirektoratet etter hver søknadsrunde en statusrapport for søkere og ansatte.

## **2.4 Andre rapporter og mottatte innspill**

Det er i de senere årene utarbeidet flere rapporter som omhandler deler av turnus-/LIS1-ordningen.

Legeforskningsinstituttet publiserte i 2015 en nasjonal evaluering av turnustjenesten for leger. Rapporten er basert på datainnsamling i form av elektroniske spørreskjema sendt ut til 442 leger som avsluttet turnustjenesten i februar/mars 2015. Rapporten inneholder blant annet legenes vurdering av mottatt veiledning/supervisjon og hvilken nytte den har hatt. Når det gjelder ansettelsesprosess, viser evalueringen at en høy andel av legene ikke var blitt intervjuet og mer enn 20 % av respondentene opplevde ikke ansettelsesprosessen som god. Flere av legene viser til at uklare ansettelseskriterier gjør det vanskelig å vite hva arbeidsgivere legger vekt på.

I sin studie "Ny turnustjeneste for leger" fra 2017, skriver Abelsen og Gaski ved NSDM om implementeringen og samstyringen av den nye turnusordningen. Undersøkelsen legger særlig vekt på kommunenes stilling og bygger på to delstudier: en analyse av datamateriale fra 718 stillingsannonser fra Helsedirektoratets turnusportal, og 39 intervju med blant annet turnusleger og representanter fra kommuner og helseforetak. Blant funnene i studien var at:

- Det er svak samstyring mellom helseforetak og kommuner
- Kommunene ofte var tilnærmet usynlige for turnuslegen før kommunetjenesten nærmet seg
- Kommunene i større grad er avhengig av helseforetakene enn omvendt
- Det er flere utlyste reststillinger i kommunene enn i helseforetakene
- Kommunene har gjort lite for å gjøre seg attraktive for turnuslegene
- Bortvalg av turnustjeneste i distrikt blir en legitim løsning for leger
- Søknadsbasert ordning gir legene flere valgmuligheter, men også større usikkerhet

Grimstadutvalgets utredning fra 2019 fokuserte primært på kapasiteten og muligheten til å øke antallet studieplasser i Norge. I forlengelsen av det beskrives også tilgangen på og behovet for LIS1-stillinger. I rapporten er det blant annet beregnet forsinkelseskostnader som skyldes at mange leger må vente for å komme i gang med LIS1.

De regionale utdanningssentrene gjennomfører årlig evalueringer i hver sine helseregioner. I evalueringene svarer LIS1 på spørsmål blant annet om læringsutbytte, utvikling, veiledning og hvor fornøyd de er med tjenesten samlet sett. Helsedirektoratet har ikke benyttet evalueringene som del av kunnskapsgrunnlaget for denne rapporten, men de regionale utdanningssentrene og de regionale helseforetakene har gitt innspill til arbeidet gjennom deltakelse på møter og i høringen.

Helsedirektoratet publiserer halvårlige statusrapporter om søknadsrundene til LIS1. Statusrapportene presenterer tall og statistikk over søkere, tilsatte og utviklingstrekk over tid. Utvalgte deler av dette er gjengitt i vedlegg 2 i denne rapporten. Helsedirektoratet publiserer dessuten årlige rapporter om leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten<sup>34</sup>. Behovet for legestillinger frem mot 2035 er beskrevet i SSBs framskrivninger.<sup>35</sup>

I høringen av denne rapporten mottok vi innspill til ulike deler av LIS1-ordningen som vi kunne ha gått dypere inn i under arbeidet med denne rapporten. Her følger en oppsummering av noen av dem:

- Flere kommuner viser til at den trekningsbaserte ordningen hadde positive sider som nå er borte, og de kan vanskelig se at søknadsbasert ordning har vært et skritt i riktig retning.
- NSDM anfører at det ikke er gjort en "systematisk evaluering", og at rapporten derfor ikke er egnet til å besvare spørsmålet om formålene med omlegging til søknadsbasert ordning er oppfylt. Informasjonsinnhentingene kunne vært bredere, og det kunne vært gjort flere kostnadsberegninger av den ressurskrevende søknadsprosessen. LIS1-ordningen kunne vært vurdert i en større utdanningspolitisk sammenheng.
- Legeforeningen og Nmf skriver at vi i større grad kunne beskrevet mulighetene til å benytte flere læringsarenaer i del 1.
- Helsetilsynet viser til legene som ikke får LIS1-stilling til tross for at de søker i flere runder, og skriver at det bør gjøres en kartlegging av dem (hvem gjelder det, hvor arbeider de) og se på tiltak for å løse det.
- Likestillings- og diskrimineringsombudet skulle ønsket seg mer drøfting av hvordan søknadsbasert ordning fungerer for leger som har vært gravide og/eller i foreldrepermisjon; hvordan den fungerer for kandidater med etnisk minoritetsbakgrunn; og hvilke effekter bortfallet av særplasser har hatt.

## **2.5 Fremtidige utfordringer**

Som omtalt i kapittel 2.3 har omleggingen hatt både positive og mindre positive konsekvenser. Det er særlig noen utfordringer som er verdt å følge med på i tiden fremover.

### **Effekten av sentralisering**

Samfunnsutviklingen generelt er preget av sentralisering. Det er utfordrende å rekruttere høyt utdannet personell til arbeid i distrikt, blant annet fordi de ønsker å være del av et større fagmiljø. Rekruttering til distrikt er en utfordring i en rekke land, og markedsmekanismer fungerer ikke for å tiltrekke seg kandidater<sup>36</sup>. Vi skriver mer om utfordringer med å rekruttere til distrikt i kapittel 6.

Tendensen til å søke mot sentrale strøk er på ingen måte forbeholdt leger, men den kan forsterkes av at den lange grunnutdanningen er sentralisert til universitetsbyer. Samtidig er det et mål om at landets befolkning skal ha likeverdige helsetjenester, uavhengig av bosted. I søknadsbasert ordning ser det ut til å være de minst folkerike og minst sentrale kommunene, samt noen mindre helseforetak, som har størst

---

<sup>34</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/leger-i-spesialisering-statusrapporter-for-soknadsrunder> og <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/leger-i-kommune-og-spesialisthelsetjenesten>

<sup>35</sup> SSB 2019.

<sup>36</sup> WHO 2010: 7.



utfordringer med å rekruttere. I dag er det dessuten langt flere søkere enn det er antall stillinger. Spørsmålet er hvordan rekruttering til LIS1 og til videre spesialisering i distrikt blir dersom det blir så å si likt antall søkere og stillinger.

### **Leger som ikke kommer i gang med spesialisering**

Trekningsbasert ordning sikret leger rett til en stilling, søknadsbasert ordning gir ikke den garantien. Det er særlig to grupper som kan sies å ha havnet i en uheldig situasjon. Godt voksne leger med utenlandsk utdanning når ikke opp i konkurransen med unge leger med utdanning fra Norge. Disse faller utenom hovedformålet med LIS1 som skal være faglig kvalifisering av "nyutdannede leger"<sup>37</sup>. I tillegg er det legene som i trekningsbasert ordning ville kvalifisert til en særplass.

Siden det er begrensede muligheter for å arbeide i offentlig helsetjeneste uten å ha gjennomført turnus/LIS1, kommer ikke legenes kompetanse samfunnet til gode. Dette gjelder særlig for mange leger med utenlandsk utdanning. Dette er uheldig for den enkelte lege, fra et samfunnsøkonomisk perspektiv og potensielt også for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenestene. Ordningen med særplasser var ment å skulle ivareta leger som av spesielle grunner (for eksempel egen sykdom eller barn) hadde utfordringer med å flytte. Avskaffelsen av særplasser har gjort det vanskeligere for disse kandidatene å skaffe seg en LIS1-stilling nær bosted.

Dagens søknadsbaserte ordning kan sies å være en hybrid mellom arbeidsmarkedslogikk og statlig regulering. Det er mulig å innføre ordninger som kan ivareta begge de omtalte gruppene med leger. Opprettelsen av 100 nye LIS1-stillinger som bestemt i statsbudsjettet for 2021 vil hjelpe på situasjonen. Et annet tiltak kan være å se om det finnes alternative løp for leger med lang klinisk erfaring, jf. kapittel 5.

---

<sup>37</sup> Se vedlegg 2 i Spesialistforskriften.

### 3. Tiltak for å øke kapasitet og utnyttelsen av stillinger for LIS1

Helsedirektoratet er kjent med at de tilgjengelige LIS1-stillingene ikke blir utnyttet optimalt. Tiltak som kan utnytte kapasiteten bedre og føre til økt gjennomstrømning i LIS1-ordningen, sørger for at flere leger kommer raskere gjennom del 1 av spesialistutdanningen og vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt.

Det er et mål for helse- og omsorgstjenesten å få mest mulig nytte av ressursene som er tilgjengelig. For å utnytte kapasiteten i tjenestene bedre anbefaler Helsedirektoratet følgende tiltak:

- Helseforetak og private ideelle sykehus<sup>38</sup> kan lyse ut ekstra LIS1-stillinger ved behov. Stillingene skal ha samme innhold og rammer som de ordinære LIS1-stillingene og reststillingene. Stillingene vil ikke være koblet til stilling i kommune.
- LIS1 kan få tilbud om å gjennomføre den tjenesten de mangler for å fullføre del 1. Leger som har arbeidet som LIS1 tidligere, har ikke behov for en full 18-måneders-stilling.
- Benytte kommunestilling i annet fylke når det oppstår mangel på kommunestilling. Dette betyr at før det lyses ut rettsstillinger i kommunene, skal det sjekkes om det er fylker som mangler kommune plass til sine 18-månedersstillinger.
- Forlenge merkingen i stillingsportalen, slik at arbeidsgivere kan se hvilke leger som allerede er ansatt i en annen stilling.
- Lyse ut reststillinger sammen med de ordinære stillingene hvert halvår. Det fører til færre utlysingsrunder for arbeidsgivere, og at leger kan starte opp i stillingene raskere.

---

<sup>38</sup> Det er tre private, ideelle sykehus som har LIS1: Haraldsplass i Bergen samt Diakonhjemmet og Lovisenberg sykehus i Oslo.

I kapittel 3.6 har vi samlet tiltak vi ikke anbefaler. Vi har beskrevet hvordan bruk av karantenetid eller krav om bundet plass kunne føre til at færre reststillinger oppstår. Vi anser imidlertid tiltakene som for inngripende, og de går imot tanken om at LIS1-ordningen skal være mest mulig i tråd med arbeidslivets regler. I dag blir noen LIS1-stillinger holdt tilbake fordi leger er forventet tilbake etter permisjon, og vi skriver om muligheten for å lyse ut alle stillinger og opprette ekstra stillinger til de som kommer tilbake etter permisjon. I tillegg beskriver vi muligheten til å reservere reststillinger til leger som ønsker å gjennomføre hele del 1 i reststillinger.

### Reststillinger

Helsedirektoratet har gått gjennom alle utlyste reststillinger i stillingsportalen for LIS1-stillinger. Hvert år lyses ca. 10 % av alle ordinære LIS1-stillinger ut som reststillinger. Dette skjer hvis legen som innehar stillingen går ut i permisjon, blir sykemeldet over lengre tid eller sier opp stillingen sin. En effektiv utnyttelse av reststillinger er positivt for å utnytte kapasiteten i LIS1-ordningen som helhet. I dag er det noe høyere andel reststillinger i den kommunale helse- og omsorgstjenestene enn i spesialisthelsetjenesten.

Tabell 1: Andel av LIS1-stillinger som lyses ut som reststillinger

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Reststillinger kommune	0,3 %	7 %	8 %	15 %	12 %	14 %	14 %
Reststillinger helseforetak/sykehus	4 %	11 %	11 %	11 %	9 %	9 %	8 %

Tall fra stillingsportalen for LIS1-søknader.

### 3.1 Helseforetak og private ideelle sykehus kan lyse ut ekstra LIS1-stillinger ved behov

*I utredningen av behovet for LIS1-stillinger ble det beskrevet et ubenyttet potensiale for opprettelse av flere LIS1-stillinger<sup>39</sup>. Opprettelsen av 38 nye LIS1-stillinger i Nord-Norge og de 100 midlertidige LIS1-stillingene som ble etablert i forbindelse med koronapandemien med oppstart 1. september 2020, viser at det er kapasitet i tjenestene til å øke antall LIS1<sup>40</sup>. Høsten 2020 ble det bestemt at det skal opprettes 100 permanente LIS1-stillinger, slik at det vil bli totalt 1088 permanente LIS1-stillinger.*

*For å sikre at kapasiteten i tjenestene blir bedre utnyttet, anbefaler vi at arbeidsgivere blir gitt anledning til å lyse ut ekstra LIS1-stillinger. Dette blir stillinger som kommer i tillegg til de ordinære LIS1-stillingene. Tiltaket kan sørge for at flere leger kommer i gang med spesialisering.*

<sup>39</sup> Helsedirektoratet 2019. Vurdering av antall LIS1-stillinger.

<sup>40</sup> I forbindelse med koronaepidemien ble det omdisponert midler til opprettelse av 100 midlertidige stillinger i LIS1 for å sikre drift i helseforetakene. Oppslutningen til disse stillingene har vært god, og alle 100 LIS1 startet i sykehus 1. september 2020 og skal ut i kommunene 1. september 2021.

Ved å åpne for at det kan bli opprettet flere LIS1-stillinger ved behov, blir LIS1-stillinger bragt mer på linje med andre legestillinger. Legefordingssystemet med tildeling av kvoter for legestillinger ble opphevet fra og med 1. juli 2013. Helse- og omsorgsdepartementet slo samtidig fast at oppretting av legestillinger i spesialisthelsetjenesten fortsatt skal skje i tråd med behovene innen helseregionenes sørge-for-ansvar, det helsepolitiske styringsbudskapet og de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon. Det totale antall stillinger for LIS1 fastsettes fortsatt av Helse- og omsorgsdepartementet, og finansieres på samme måte som tidligere turnuststillinger. Om helseforetakene ønsker å omgjøre stillinger til LIS1-stillinger utover det fastsatte minimumsantallet må dette finansieres av arbeidsgivere.

Både i sykehus og kommuner arbeider leger som ikke er i spesialiseringsløp. Ifølge Legeforeningen er det flere enn 100 leger som er ansatt i såkalte "postlege"-stillinger i helseforetakene, stillinger som ikke er tellende til spesialistutdanning. Representanter for YLF har tatt til orde for at stillingene må bli del av et spesialiseringsløp<sup>41</sup>. Mange av legene som blir ansatt oppfyller ikke vilkårene for å tiltre stilling som LIS2/LIS3 eller venter på en LIS1-stilling, ofte omtalt som "LIS1-ventere". Noen arbeider også i ikke-tellende stillinger for LIS2/LIS3. Ofte er dette utenlandske leger som har mye erfaring, men som ikke har fått stilling som LIS1.

Et tiltak som er foreslått fra tjenestene, er at "postleger" og "LIS1-ventere" kan oppnå læringsmål og tellende tjenestetid for LIS1, siden arbeidsoppgavene i sykehus ofte er de samme som for LIS1. Noen arbeider kun på sengepost, herav navnet "postleger", andre arbeider i akuttmottak eller begge steder. I dagens ordning gir stillingene ikke tellende tjenestetid til spesialisering og legen kan ikke få godkjent læringsmål. Det er ulike tilbakemeldinger fra tjenestene på omfanget av veiledning og supervisjon av "postleger". Ved kun å gi tellende tjenestetid og rett til oppnåelse av læringsmål sikres imidlertid ikke samme opplæring, supervisjon og veiledning for disse som for LIS1. Et annet alternativ er å gi mulighet til å oppnå læringsmål for LIS1, men at stillingene ikke teller som tjenestetid. En slik løsning vil imidlertid ha liten effekt for å få flere leger gjennom LIS1.

Vi vurderer at det beste ville være å gjøre stillingene om til ekstra LIS1-stillinger. I møte med aktørene høsten 2020 kom det frem forslag om å åpne opp for å opprette LIS1-stillinger ved behov. Forslaget gikk ut på at det beholdes et minimum antall stillinger, men at det kan opprettes midlertidige LIS1-stillinger på toppen av dette ved behov. Helseforetakene kan i henhold til modellen omgjøre postlegestillingene til ekstra LIS1-stillinger. I dette alternativet vil det ikke lyses ut en koblet stilling til kommune, så konsekvensen kan være et mer oppstykket LIS1-løp for legen som blir ansatt. På tross av dette vil det være en større fordel å få tellende tjeneste og kunne oppnå læringsmål enn ikke.

En full utnyttelse av alle ledige stillinger til spesialiseringsformål kan være vanskelig å få til, men bør være et mål. Dette vil kreve et organisatorisk arbeid i tjenestene, der det til enhver tid må vurderes om det kan opprettes flere ekstra LIS1-stillinger i stedet for andre midlertidige stillinger. Supervisjon og veiledning bør være en betingelse for å kunne oppnå læringsmål. Stillinger for leger som skal oppnå læringsmål, bør derfor ha samme krav til veiledning og supervisjon som LIS1-stillinger. På denne måten kan omgjøring

---

<sup>41</sup> Baugstø 2019, Storvik 2019.

av stillinger i helseforetakene til LIS1-stillinger være positivt for kvalitet og pasientsikkerhet. Det vil dessuten sikre at flere leger kommer i gang med spesialiseringen.

Et klart flertall av respondentene i høringen støttet forslaget om at helseforetak og sykehus kan lyse ut ekstra LIS1-stillinger ved behov. Tiltaket kan føre til økt fleksibilitet og økt gjennomstrømming i del 1. Flere av respondentene, inkludert Legeforeningen og NMF, er imidlertid tydelige på midlertidige stillinger ikke bør dekke et permanent behov, og at det vil være bedre å heller opprette flere permanente stillinger. En del av respondentene er usikre på hvor mange slike stillinger som vil bli opprettet siden det ikke vil følge med finansiering. Det kan være krevende for arbeidsgiver å ta den økonomiske belastningen siden det allerede er press på kapasiteten til veiledning og supervisjon. Opprettelse av flere stillinger må ikke gå utover kvaliteten på oppfølgingen og utdanningen som den enkelte kandidat får.

### **Om ledige stillinger i kommunehelsetjenesten kan lyses ut som LIS1**

Kommuner med faste legestillinger har hatt mulighet til å ansette leger i vikariater. Disse vikariatene har stort sett vært av relativt kort varighet, ofte bare ett år. Andre ganger har ledige fastlegehemler vært besatt gjennom såkalt "vikarstafett". For å ivareta kommunenes behov for vikarer, spesielt fra Danmark og Sverige, ble Forskrift om trygderefusjon endret juni 2019. Det ble gitt mulighet for at autoriserte leger som ansettes i vikariat for fastlege i inntil 1, år kan utløse trygderefusjon uten krav til oppnådde læringsmål i LIS1.

I tillegg til å arbeide som fastlegevikar, kan autoriserte leger arbeide innen andre allmennt medisinske arbeidsområder som sykehjem, kommunal akutt døgnavdeling (KAD), helsestasjon mm. i inntil ett år uten å ha gjennomført turnus eller del 1<sup>42</sup>. Fastleger som gjennomfører sykehustjeneste som ledd i spesialistutdanningen trenger også vikar. Kommuner skal rapportere til Helsedirektoratet ved bruk av slike vikarer. På bakgrunn av få rapporteringer til Helsedirektoratet har vi grunn til å tro at dette underrapporteres, noe som gjør det vanskelig å anslå hvor mange leger uten turnus/LIS1 som jobber i kommunehelsetjenesten.

I høringen svarte mange at de fryktet at kommunene kunne bli en flaskehals dersom kun helseforetak/sykehus får anledning til å opprette ekstra LIS1-stillinger. Derfor mente flere at også kommuner bør gis muligheten til å opprette ekstra LIS1-stillinger ved behov.

Helsedirektoratet vurderer at det i første omgang er mest hensiktsmessig å kun åpne for at helseforetak og sykehus kan gjøre om stillinger til ekstra LIS1-stillinger. Det er flere årsaker til det. Det er i dag flere reststillinger i kommunene enn i sykehusene. Dersom det viser seg at sykehusene oppretter mange ekstra LIS1-stillinger, vil overskudd av LIS1 uten kommunestilling kunne bidra til at reststillinger i kommunene blir besatt. Dersom det over tid skulle vise seg at manglende LIS1-stillinger i kommunene blir en flaskehals, kan det vurderes om samme ordning med å omgjøre stillinger til LIS1 skal gjelde for kommuner eller om det skal opprettes flere kommunestillinger uten kobling til sykehus.

---

<sup>42</sup> Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

### **Kort om økonomiske og administrative konsekvenser**

Tiltaket vil kreve endringer i spesialistforskriften og tilhørende rundskriv. For sykehusene og helseforetakene må det påregnes at det å gjøre om stillinger til LIS1-stillinger vil føre til noe mer administrativt arbeid med tanke på utlysning og tilsetning.

Helsedirektoratet anser de økonomiske kostnadene for staten som begrenset da anbefalingen forutsetter at tjenestene finansierer de ekstra stillingene selv.

I følge Legeforeningen<sup>43</sup> avlønnes "postleger" i henhold til tariffavtale på linje med LIS1-leger. Merkostnaden ved å gjøre disse om til LIS1-stillinger vil være begrenset. I de tilfeller legene ikke mottar samme grad av supervisjon og veiledning som LIS1, vil styrking av supervisjon og veiledning medføre økte utgifter for sykehus/HF.

### **3.2 Arbeidsgiver kan velge å kun tilby den tjenesten legen mangler for å fullføre del 1.**

*Det følger av spesialistforskriftens § 10 siste ledd at det ikke er mulig å gjennomføre hele LIS1-løpet flere ganger. Det er imidlertid mulig å gjennomføre deler av LIS1 flere ganger. Resultatet er at mange leger gjennomfører mer enn 18 måneder LIS1-tjeneste, og med det tar opp mer kapasitet enn nødvendig i LIS1-ordningen. Ved å åpne for at arbeidsgiver kan tilby den tjenesten som lege mangler for å fullføre del 1, vil kapasiteten i LIS1-ordningen kunne bli bedre utnyttet.*

Leger som har startet i reststillinger kan senere ansettes både i koblede LIS1-stillinger og reststillinger. På samme måte kan leger som har startet LIS1 i koblet stilling, ansettes i koblet stilling eller reststilling andre steder. Dette fører til at mange leger gjennomfører mer enn de obligatoriske 18 månedene med tjeneste. En konsekvens er at kapasiteten i LIS1-ordningen ikke blir optimalt utnyttet, og helsetjenesten som helhet har mer kostnader enn nødvendig med å få en lege gjennom del 1 av spesialistutdanningen.

I søknadsbasert ordning er det et premiss at ansettelse skal være mest mulig i tråd med arbeidslivets regler. Det skal være mulig for leger å søke jobb andre steder i landet selv om de allerede er ansatt i en koblet stilling eller en reststilling. Klinisk arbeid som lege eller medisinstudent vektlegges høyt ved ansettelse i koblet LIS1-stilling. Det er derfor flere leger som benytter reststillinger som en vei inn i en koblet stilling, gjerne i et mer sentralt område av Norge. Legene kan ha arbeidet alt fra noen få måneder til fulle 12 måneder i reststilling på sykehus før de starter i en koblet stilling. Ved ansettelse i koblet stilling er det et fastlagt løp på 18 måneder, og det er ikke spillerom for å starte i kommunehelsetjenesten tidligere enn 12 måneder etter oppstart. Dette vanskeliggjør fleksible løsninger for leger som allerede har utført arbeid som LIS1.

En mulig løsning for å utnytte de tilgjengelige stillingene bedre er å innføre begrensninger i ansettelse. Helt konkret kunne det blitt innført en bestemmelse i spesialistforskriften om at leger som har

---

<sup>43</sup> Brev til Helse- og omsorgsdepartementet 11. april 2019

gjennomført mer enn en viss tid i reststilling – for eksempel seks måneder – ikke kan ansettes i et 18 måneders koblet løp, men må fullføre LIS1 i reststillinger. Dette ville ført til at færre tok opp mer enn nødvendig tid i LIS1-ordningen, men det ville vært begrensende for den enkelte lege. I dialog med representanter for tjenestene fikk modellen noe støtte.

En mer hensiktsmessig måte å utnytte de ordinære stillingene og reststillingene på, er å tilby kun den tjenesten i del 1 som mangler til leger som allerede har gjennomført tjeneste i koblet stilling eller reststilling. Med dette tiltaket vil en arbeidsgiver som skal ansette en lege i en koblet stilling og hvor legen tidligere har gjennomført LIS1-tjeneste, ha mulighet til å tilby legen kun den delen av LIS1-løpet som mangler. Eksempelvis vil en lege som allerede har gjennomført seks måneder LIS1 i kirurgi, kunne få tilbud om ansettelse i seks måneder i indremedisin og seks måneder i kommunehelsetjenesten. Stillingen på seks måneder i kirurgi kan foretaket lyse ut som en reststilling. Siden de koblede stillingene har et fastlagt 18-måneders løp må vedkommende kanskje vente seks måneder på å starte opp i stillingen i. Dersom vedkommende som får et slikt tilbud ikke ønsker en senere oppstart, må vedkommende takke nei til stillingen og neste kandidat på innstillingslisten tilbys stilling. Slik unngås dobbeltansettelser og u hensiktsmessig bruk av LIS1-stillingene. Noen arbeidsgivere tilbyr allerede i dag fleksible "reststillingspakker", der LIS1 kun får ansettelse i delen de mangler i sykehus og/eller kommune. Tilbud om kun den delen som mangler bør etter Helsedirektoratets vurdering gjelde både koblede stillinger og reststillinger.

Tiltaket vil kunne være effektivt med tanke på å sikre bedre utnyttelse av LIS1-stillinger ved at den samme tjenesten ikke gjennomføres flere ganger av LIS. De samfunnsøkonomiske fordelene med optimal utnyttelse av stillingene som er tilgjengelige, vurderes å oppveie ulempene som kan oppstå dersom LIS1 må vente på oppstart. Ved å gjøre det frivillig for arbeidsgivere å tilby et komplett 18-måneders løp eller kun det legen mangler, er vi avhengig av at arbeidsgivere velger å bare tilby et tilpasset løp for at tiltaket skal ha effekt. For å sikre at tiltaket fikk mer effekt, kunne vi gjort det til et obligatorisk krav at arbeidsgivere kun skal tilby det legen mangler. Vi finner imidlertid at det ikke er ønskelig å pålegge arbeidsgivere krav som fører til mer administrativt arbeid.

I dialogen med aktørene var flere positive til modellen med tilpassede løp. I høringen støttet et klart flertall forslaget om å tilby det lege mangler for å fullføre del 1. Argumenter som blir benyttet er at det vil føre til en bedre utnyttelse av legekompentansen og utdanningskapasiteten. Det er imidlertid flere som påpeker at det kreves ressurser og systemer for å gjennomføre tilpassede opplæringsløp, og at felles oppstartstidspunkt er ønskelig blant annet for gjennomføring av kurs og for å skape et fellesskap blant LIS1. Legeforeningen viser til praktiske utfordringer ved gjennomføringen av tiltaket, og stiller spørsmål ved om arbeidsgivere vil nedprioritere leger som har gjennomført noe LIS1-tjeneste fordi det kan føre til et "hull" i arbeidsplanen hvor det må lyse ut en reststilling.

### **Kort om økonomiske og administrative konsekvenser**

Tiltaket krever forskriftsendring, da det etter vår vurdering ikke kan fortolkes inn i spesialistforskriftens § 13 første ledd. For arbeidsgiver blir det noe mer administrativt arbeid ved ansettelse, siden forslaget krever at helseforetakene og sykehusene vurderer allerede gjennomført tjeneste før oppstart.

Samlet kostnad for én LIS1 over 18 måneder ble i Helsedirektoratets rapport fra 2019 beregnet til 2,061 millioner kroner<sup>44</sup>. Enkelte leger har gjennomført deler av LIS1-løpet før de tiltrer en koblet stilling på 18 måneder. Ved kun å tilby den tjenesten som legen mangler, vil tiltaket gjennom bedre utnyttelse av de eksisterende stillinger gi en reduksjon i utgifter for staten. Det er vanskelig å angi konkret hvor mange stillinger det vil utgjøre og hva reduksjonen i kostnader kan bli.

Det er mulig noen leger vil unngå å søke på reststillinger hvis det kan føre til at de senere ikke blir tilbudt et fullt 18 måneders løp. For noen andre vil tiltaket om bare å tilby det legen mangler, føre til lenger opphold mellom ansettelsene med økonomiske konsekvenser for den enkelte. Hyppigere flyttinger vil også utgjøre en utgift og være en begrensende faktor. En slik regulering vil kreve økt administrativt arbeid hos arbeidsgiver, eventuelt i Helsedirektoratet.

### **3.3 Benytte ledig kommunestilling i annet fylke**

*Når det er flere LIS1-leger som skal ut i kommunetjenesten enn det er ledige stillinger, kan dette by på utfordringer og behov for opprettelse av midlertidige stillinger for LIS1. Hvis det er ledige kommunestilling i annet fylke, anbefaler vi at åpnes for å benytte ledig kommunestilling i annet fylke før det gis pålegg om å opprette ny stilling.*

I utgangspunktet er det like mange LIS1-stillinger i kommunehelsetjenesten som i spesialisthelsetjenesten. Hvis flere LIS1-leger kommer tilbake fra permisjon samtidig, og det ikke er nye som skal ut i permisjon, kan det oppstå mangel på stillinger i kommunehelsetjenesten. I de tilfeller hvor ingen kommuner er villige til å opprette en midlertidig/ny LIS1-stilling, anbefaler vi at det åpnes for å låne ledig kommunestilling i annet fylke før man benytter den hjemmelen direktoratet har til å kunne gi pålegg om å opprette ny stilling.

I det store og hele fungerer permisjonsavvikling: Det skal holdes igjen stillinger for leger som kommer tilbake etter permisjon. Disse legene har fortrinnsrett til stillingene. Ledige deler av stillingen utlyses som reststillinger. I de tilfellene der en stilling ikke reserveres til LIS1 som kommer tilbake etter permisjon kan det bli for få stillinger og det må opprettes en ny, midlertidig, stilling på toppen av de andre stillingene. Som oftest er det en av kommunene i fylket som oppretter en stilling frivillig etter forespørsel fra Statsforvalteren. Hvis ingen kommuner frivillige oppretter en stilling, melder Statsforvalteren inn et behov for pålegg av stilling til Helsedirektoratet.

En annen utfordring er at kommunestillinger kan blir trukket tilbake av ulike grunner. Da blir det også for få stillinger i kommunehelsetjenesten i forhold til antall LIS1. Kommuner som blir bedt om å opprette nye midlertidige stilling argumenterer ofte med at det er mye ekstra arbeid med å tilrettelegge en ny praksis for en lege som kun skal være der i seks måneder. Også i slike tilfeller, anbefaler vi at det åpnes for å låne ledig kommunestilling i annet fylke før man benytter hjemmelen for å gi pålegg.

Tiltaket vil kun gjelde kommunestillinger, og kun i de tilfellene det er for få kommunestillinger i forhold til antall LIS1 som skal ut i kommunehelsetjenesten. I disse tilfellene kan det være et bedre alternativ for

---

<sup>44</sup> Helsedirektoratet 2019: 46.



LIS1 å få en ledig stilling i et annet fylke, enn å ansettes i en kommune eller ved et legekantor hvor de ikke er motivert og positivt innstilt til å ta imot en ekstra LIS1.

I henhold til denne modellen inngår kommunen et midlertidig samarbeid med et annet helseforetak/sykehus enn det helseforetaket kommunen vanligvis mottar LIS1 fra. Stillingen skal ikke lyses ut som restplass. Kommunen tildeles LIS1 på ordinær måte fra det nye helseforetaket/sykehuset. Det tilstrebes å finne en stilling i et nærliggende fylke. Det legges til grunn at en slik løsning må annonseres i stillingsutlysningen for at det skal være en plikt for LIS1 å ta imot tilbudet.

Tiltaket kan ses på som et supplement til dagens hjemmel om Helsedirektoratet kan pålegge sykehus og kommuner opprettelse av plass. Siden 1. desember 2012 har Helsedirektoratet benyttet hjemmelen om pålegg om opprettelse av stillinger 16 ganger. Dette skyldes hovedsakelig tilfeller hvor det ikke var ledig stilling til turnusleger/LIS1 som kom tilbake etter permisjon grunnet sykdom eller foreldreperiode. Kort om økonomiske og administrative konsekvenser

### **Kort om økonomiske og administrative konsekvenser**

En slik ordning vil kreve at det innføres hjemmel i spesialistforskriften og omtales i Rundskriv I-2/2019 at kommuner som ikke mottar LIS1 fra samarbeidende helseforetak/kommune, kan inngå et midlertidigsamarbeidende med et annet helseforetak/sykehus og motta LIS1 fra dette helseforetaket/sykehuset.

Ved å utnytte stillinger som står ledige i stedet for å pålegge kommuner å opprette nye stillinger, vil tiltaket føre til en mer hensiktsmessig utnyttelse av ressurser.

### **3.4 Forlenge merkingen i stillingsportalen**

*Merkingen i helseforetak/sykehus bør beholdes under hele sykehustjenesten. I henhold til dette tiltaket blir LIS1 deretter merkes som ansatt i kommunen når det er inngått avtale med en kommune, og merkingen beholdes under hele kommunetjenesten. Forlenget merking av søkere i sykehustjenesten bidrar til arbeidsgivere kan se hvem som er ansatt og hvem som er aktuelle kandidater for reststillinger. Merking i kommunetjenesten skal bidra til at arbeidsgivere ikke rekrutterer aktivt fra rekrutteringssvake kommuner.*

Av hensyn til en effektiv utnyttelse av LIS1-stillingene er det ønskelig at færre leger sier opp sin koblede stilling til kommunehelsetjenesten. Mange kommuner opplever at leger sier opp stillingen kort tid før oppstart fordi de har blitt ansatt i en reststilling i en annen kommune. At oppsigelsen skjer på kort varsel henger sammen med at reststillingene utlyses kort tid før oppstart. I tillegg er det bare en måned oppsigelsesfrist for stillingene i kommunehelsetjenesten. For mange kommuner er det vanskelig, nær umulig, å skaffe en kvalifisert søker som har gjennomført sykehusdelen av LIS1 på kort varsel. Stillingene i disse kommunene står da ledige i kortere eller lengre perioder, og i noen tilfeller hele perioden på 6 måneder. Resultatet er at LIS1-stillingen i kommunen ikke blir benyttet.

LIS1-stillinger lyses ut med en kobling mellom helseforetak og kommune. Det er svært få stillinger som lyses ut med direkte kobling mellom sykehus og én bestemt kommune (§ 13 a), så å si alle stillingene lyses ut med kobling mellom sykehus og en gruppe av kommuner (§ 13 b). Ofte vet ikke legen hvilken kommune legen skal arbeide i før tiden på sykehus nærmer seg slutten. I den trekningsbaserte turnusordningen var det ikke mulig å si opp og bytte til annen kommunestilling, men det er mulig i ny søknadsbasert ordning. For kommunehelsetjenesten har dette skapt en utfordring hvor flere kommuner erfarer at LIS1 sier opp stillingen kort tid før oppstart. Helsedirektoratets utredning fra 2019 viste at det er flere reststillinger i kommunene enn i sykehusene<sup>45</sup>. Abelsen og Gaski<sup>46</sup> viser til vekst i utlyste kommunale reststillinger, samt en tendens til et systematisk bortvalg av stillinger i de minst sentrale og i de minst folkerike kommunene. Studiens funn tydet på en sterkere sentralisering av turnusleger enn tidligere. Mindre attraktive arbeidsgivere blir tapere i dette markedet, og det gjelder både sykehus og kommuner.

Når en søker takker ja til en koblet LIS1-stilling i dag, skal arbeidsgiveren registrere dette i stillingsportalen og gjøre informasjonen tilgjengelig for andre arbeidsgivere jf. spesialistforskriftens § 12. Det fremgår av § 10 at andre arbeidsgivere ikke kan gi tilbud til en som allerede har takket ja til stilling i samme utlysingsrunde. Formålet er å gjøre rekrutteringsprosessen mer forutsigbar ved å forhindre at søkere får tilbud i senere tilbudsrunder og sier opp stillingen slik at helseforetaket må igangsette nye intervjurunder og rekruttering. Dette kan betegnes som en mild form for "karantene". Denne merkingen i portalen blir imidlertid tatt bort en uke før tiltredelsesdato i sykehus, og den gjelder ikke for reststillinger eller ved ansettelse i kommunen. Det er med andre ord ikke en generell karantenetid.

Hensikten med § 10 i spesialistforskriften er begrunnet slik i rundskrivet: "En lege som har akseptert et stillingstilbud, skal ikke kunne gå fra tilbudet dersom legen får et annet tilbud som legen foretrekker. Dette er begrunnet i at søkere som takker ja til et tilbud, skal være bundet av dette. I motsatt fall kan det lett bli slik at stillinger på sykehus og i regioner med rekrutteringsproblemer, på kort varsel kan få vanskeligheter med å fylle stillinger."

Siden merkingen i dag ikke har noen konsekvenser for stillingene i kommunen, er det nettopp regioner med rekrutteringsproblemer som opplever vanskeligheter med å fylle stillinger på kort varsel. Helsedirektoratet vurderer at bestemmelsene om merking bør endres, slik at merkingen også påvirker stillingene i kommunen.

Å beholde merkingen gjennom hele del 1 kan oppleves som begrensende for muligheten for å bli ansatt i andre stillinger. Vi ønsker ikke å hindre LIS1 i å bytte stilling. Det kan være mange gode grunner for å søke en ny jobb. Vi ønsker derfor å beholde regelen i § 10 som sier at det kun er i den ordinære tilsettingsrunden at det ikke skal være mulig å få tilbud om en annen stilling etter at man har takket ja til et tilbud.

Vi hører fra flere arbeidsgivere at søkere til reststillinger ofte ikke oppgir at de allerede er ansatt i en LIS1-stilling. Det kan være visse fordeler for en arbeidsgiver som skal ansette i en reststilling, å kunne se i

---

<sup>45</sup> Helsedirektoratet 2019. Vurdering av antall LIS1-stillinger.

<sup>46</sup> Abelsen og Gaski 2017.

portalen om søkeren allerede er ansatt et annet sted. Da kan for eksempel spørsmål om motivasjon for å bytte stilling bli en del av jobbintervjuet.

Å forlenge merkingen i stillingsportalen ble ikke omtalt som et anbefalt tiltak i høringen, og de fleste høringsinstansene har derfor ikke tatt konkret stilling til tiltaket. Siden det vil kreve forskriftsendringer å gjennomføre, vil imidlertid relevante aktører få anledning til å uttale seg i den anledning. Det var dessuten flere respondenter (ca. 40 %) i høringen som var positive til de mer inngripende tiltakene karantenetid og bundet stilling (se nedenfor). Vi antar derfor at en relativt stor andel av respondentene vil støtte tiltaket om å forlenge merkingen i stillingsportalen.

### **Kort om økonomiske og administrative konsekvenser**

Tiltaket kan føre til mer effektiv rekruttering til reststillinger i helseforetak/sykehus, og bidra til at arbeidsgivere ikke rekrutter aktivt LIS som allerede har stilling i en rekrutteringssvak kommune. Iverksetting av tiltaket vil kreve endringer i forskrift og rundskriv.

### **3.5 Lyse ut reststillinger sammen med de ordinære stillingene hvert halvår**

*I dag lyses de ordinære stillingene ut i egne annonser to ganger per år og reststillinger lyses ut etter behov. Ved å lyse ut reststillinger i sykehus sammen med de ordinære stillingene vår og høst, vil det bli færre stillingsutlysninger og mindre administrativt arbeid.*

Siden oppstart av søknadsbasert turnus har det ved hver utlysingsrunde blitt holdt tilbake noen stillinger til leger som forventes å komme tilbake etter permisjon<sup>47</sup>. Oftest gjenstår deler av tjenestetiden i sykehus, og den del av stillingen som ikke benyttes utlyses som reststilling. Noen av disse stillingene ender med å stå helt eller delvis ledige, enten fordi de ikke blir besatt eller fordi de er av så kort varighet at det ikke er hensikt i å utlyse stillingen.

Arbeidsgiver skal planlegge og tilrettelegge stillingene slik at det blir minst mulig avbrudd for LIS1. Koblingen til kommunehelsetjenesten er spesielt utfordrende. Kommuneplassen vil som hovedregel være besatt når lege kommer tilbake fra permisjon, og det må opprettes nye stillinger enten frivillig eller gjennom pålegg. Av likestillings- og diskrimineringshensyn vil legene som kommer tilbake etter foreldreperiode ha forrang til stilling når de kommer tilbake. Det samme gjelder leger som har hatt permisjon grunnet sykdom. Samtidig vil leger som har blitt ansatt i en koblet plass etter legen som gikk ut i permisjon ha rett til videre ansettelse i koblet stilling, men ikke ha forrang til stilling. De seneste årene har Helsedirektoratet måtte pålegge flere kommuner å ta imot LIS1, da det ikke har vært mulig, på frivillig basis, å opprette stillinger til LIS1 som kommer tilbake etter permisjon.

Hovedargumentet mot å ta imot LIS1 i kommunene har vært økonomi. Kommunene har utgifter til LIS1 på gjennomsnittlig 750 000 kroner pr år<sup>48</sup>. Selv om mange kommuner har mulighet for å ta imot LIS1, oppgir de at de ikke har budsjettmidler til dette. Videre er det utfordringer med opprettelse av stillinger i

<sup>47</sup> Tall fra Helsedirektoratets statusrapporter for turnusstillinger og LIS1. Det ble utlyst mellom 438 og 463 stillinger av 475 mulige hvert halvår i perioden våren 2013 til våren 2019.

<sup>48</sup> Helsedirektoratet 2019. Vurdering av antall LIS1-stillinger.

kommunehelsetjenesten på kort varsel, hovedsakelig på grunn av mangel på kontorlokaler hos fastlege. Kommunene vil løpe en risiko ved å opprette ny kontorplass til LIS1, uten å vite om kontoret vil være i bruk etter endt LIS1-periode. I større kommuner er det bedre muligheter for en mer fleksibel bruk av halvåret i kommunehelsetjenesten med økt bruk av flere læringsarenaer som sykehjem, KAD og legevakt, mens mulighetene i mindre kommuner er begrenset. I tilfellene det ikke er mulig å opprette en stilling innen samarbeidende kommuner, vil det være nyttig å kunne tilby stilling i annet fylke.

Et tiltak for å utnytte kapasiteten i LIS1-ordningen bedre vil være å lyse ut alle stillingene hvert halvår, og at det opprettes ekstra stillinger til leger som kommer tilbake etter permisjon. Dette er en løsning som blant annet Legeforeningen har gitt støtte til, så fremt det ikke hindrer utdanningsløpene til dem som kommer tilbake fra lovfestede permisjoner. Ved å utlyse alle LIS1-stillingene unngår vi at stillinger står ledige i påvente av at LIS1 kommer tilbake etter permisjon. Den største utfordringen ved å besette alle stillinger hvert halvår og opprette stillinger for leger som kommer tilbake etter lovfestet permisjon, er forutsigbarhet og planlegging av gode utdanningsløp. Dersom alle stillinger er benyttet til enhver tid, må det opprettes nye stillinger av ulik lengde for de legene som kommer tilbake etter permisjon eller til legene som kommer etter.

Et litt høyere antall kommuneplasser utgjør en viss "buffer" som reduserer behovet for å opprette nye kommuneplasser. Dersom det ble opprettet et enda høyere antall kommuneplasser uten kobling til stillinger i sykehus, vil dette tiltaket lettere kunne innføres. Det vil uansett være utfordringer med kobling til kommuneplasser i og med at antall permisjoner varierer fra år til år og fra sted til sted. Det er Helsedirektoratets vurdering at fordelene ved å utlyse alle stillingene hvert halvår ikke oppveier for ulempene med en slik løsning.

Et mindre omfattende tiltak som kan lette noe av det administrative arbeidet for foretak og sykehus, er hvis arbeidsgivere gis mulighet til å lyse ut reststillinger samtidig som de koblede 18 måneders stillingene. I praksis vil da arbeidsgivere lyse ut koblede 18 måneders stillinger og ikke-koblede stillinger av kortere varighet samtidig, til forskjell fra i dag hvor de først lyser ut 18 måneders stillinger, ansetter leger og så må lyse ut reststillinger med kortere varighet. Hensikten er med andre ord å spare arbeidsgivere for en utlysningsrunde. I utlysningsteksten må det fremgå hvilke stillinger som er koblede 18 måneders stillinger og hvilke som er reststillinger av kortere varighet, og leger må kunne velge om de vil søke på begge typer stillinger. Hvis arbeidsgiver ikke får ansatt i stillingene med kortere varighet gjennom denne utlysningen, kan de lyses ut som reststillinger etter at de ordinære stillingene er besatt.

I høringen var et flertall av respondentene positive til at alle stillinger ble lyst ut, og at det kunne opprettes ekstra stillinger til dem som kom tilbake fra permisjon. Det ble anført at det var viktig for å få flest mulig leger gjennom del 1, og fordi LIS1 er viktig for kapasitet og kontinuitet i legetjenestene, særlig i mindre kommuner. Noen av respondentene mener imidlertid at det administrativt sett ikke vil være mulig å få til. Vi tror det vil skape en rekke utfordringer for tjenestene dersom samtlige koblede stillinger ble lyst ut hvert halvår. Vi anbefaler imidlertid at arbeidsgivere kan lyse ut de ordinære stillingene samtidig med reststillinger.

### **Kort om økonomiske og administrative konsekvenser**

Tiltaket vil lette mye av det administrative arbeidet for arbeidsgiver ved utlysning av reststillinger i helseforetak/sykehus. Iverksetting av tiltaket vil kreve endring i rundskriv.

### **3.6 Tiltak som Helsedirektoratet ikke anbefaler**

*Tiltak som hindrer reststillinger i kommuner i å oppstå kan være effektive, men vi anser karantenetid og krav om bundet stilling som for inngripende til at de kan bli anbefalt. Vi skriver også om hvordan noen LIS1-stillinger ikke lyses ut fordi leger er forventet tilbake etter permisjon, og muligheten for å reservere reststillinger til leger som ønsker å gjennomføre hele del 1 i reststillinger.*

## **Karantene og bundet stilling**

To tiltak som ville være å gå enda et skritt lenger enn å forlenge merkingen i stillingsportalen, er å innføre en karantenetid eller en bestemmelse om bundet plass i koblet stilling hvor det ikke er mulig å søke stilling annet sted.

Å innføre en karantenetid ved ansettelse i kommune vil kunne anses som et kraftig virkemiddel. Når lege har signert arbeidsavtale med kommune, kan den ikke ansettes i reststilling i en annen kommune før det har gått en viss tid. Arbeidsgiver måtte blitt forpliktet til å sjekke i stillingsportalen om søkere til reststillinger allerede er ansatt i koblet stilling eller i annen reststilling.

Formålet med karantene vil være at LIS1 ikke skal kunne si opp avtalen slik at kommunen plutselig står uten LIS1. Siden de fleste reststillinger i kommune utlyses rundt oppstart, vil tre måneders karantene etter oppstart ivareta hensynet til kommunen og til LIS1 og minske sannsynligheten for oppsigelse. Legen vil fortsatt ha mulighet for å si opp stillingen, men må da belage seg på oppstart i kommunen de har inngått avtale med og vil først kunne starte i reststilling et annet sted etter tre måneder. Dette vil gjøre det mindre attraktivt å si opp stillingen i kommunen. Reststillingene som oppstår pga. sykdom og foreldreperiode kan i stedet benyttes av LIS1 som gjennomfører i reststillinger og ikke de som allerede har en ansettelse.

En bestemmelse om karantenetid kan enten innføres nasjonalt, som en prøveordning eller en midlertidig ordning for de kommuner som ønsker en slik karantene. I dagens ordning skjer fordelingen til kommune plasser ulikt, både ved søknad og fordeling. Det kan innføres en ordning der LIS1 i de koblede stillingene søker om kommune plass i løpet av sykehusåret og merkes ved ansettelsen. Det vil i tillegg være enklere å knytte motiverte søkere til kommuner som vedkommende kunne tenke seg å jobbe i også etter LIS1. I annonsen til stillingen kan det fremgå at søker binder seg til å gjennomføre stillingen i kommunehelsetjenesten ved ansettelse. Det vil være forutsigbart for søkere, og kun de leger som er motivert for binding vil bli ansatt.

## **Bundet stilling**

Forslag om binding til den koblede stillingen innebærer at det, på samme måte som i den gamle turnusordningen, ikke er mulig å si opp og søke på en annen stilling. Forslaget vil bidra til at også de minst folkerike og minst sentrale kommunene er sikret LIS1. Dette vil være et enda kraftigere virkemiddel enn karantenetid.

Et alternativ til å innføre dette tiltaket for alle stillinger, er å begrense det til kun å gjelde områder der det ofte skjer at LIS1 sier opp kommuneplasser og hvor stillingene blir stående ledig etter utlysning. Et slikt unntak vil kunne gis etter søknad til Helsedirektoratet. Ved en slik ordning vil søkere som ønsker bundet stilling innen regionen kunne ansettes og dersom ikke alle stillingene besettes, vil de kunne utlyses enten uten binding eller som reststilling i god tid før oppstart. Dette vil kunne bidra til bedre forutsigbarhet for de rekrutteringssvake kommunene. Kommunene vil være sikret LIS1 med unntak av de tilfellene legen blir syk eller skal ut i foreldrepermisjon. Det kan være at stillingene med binding til hele løpet ville få lite søkere fordi leger ville være skeptiske til å forplikte seg til arbeidsgiver uten at det var noen spesiell "gulrot".

## **For inngripende tiltak**

Til tross for at tiltakene kunne være effektive for å sikre LIS1-stilling i de mest sårbare kommunene, vurderer Helsedirektoratet at forslagene om karantenetid og bundet stilling ikke er ønskelige å gjennomføre. Tiltakene vil føre LIS1-ordningen lenger vekk fra formålet om at ansettelser skal være mest mulig i tråd med arbeidslivets normale regler. Det kan være flere grunner enn ønske om stilling i en annen kommune som gjør at en lege sier opp stillingen sin, og tiltakene kan bli oppfattet som uforholdsmessige. Spesielt tiltaket om bundet plass kunne vært problematisk med tanke på arbeidsmiljølovens bestemmelse om at det ikke kan avtales bestemmelser til ugunst for arbeidstaker. Binding av alle stillinger ville ført LIS1 mer i retning av den trekningsbaserte turnusordningen, noe som kunne bli i strid med oppføringen av spesialistutdanningen del 1-3 som en helhet i yrkeskvalifikasjonsdirektivet. Det er lite ved tiltakene som gir den enkelte lege noe igjen for å frasi seg retten til å si opp stillingen.

I høringen fikk tiltakene om karantenetid og bundet plass delvis støtte. Flere kommuner argumenterer for at tiltaket kan bidra til å stabilisere tjenestene i mindre (distrikts)kommuner. NSDM argumenterer for at bindingstid er noe som brukes i arbeidslivet, og at de positive konsekvensene for kommuner ville overveie de negative konsekvensene for legene. Et flertall mener imidlertid at tiltakene er for inngripende og at en heller må se til alternative løsninger. Nmf skriver at fokus heller bør være på at legene tidlig må få vite hvilken kommune de skal ha tjeneste i, og andre anfører at merkingen i stillingsportalen kan beholdes i lenger tid (til oppstart i kommune eller i hele LIS1-løpet). Flere innvender at det burde være mulig å se på LIS1 som én ansettelse på 18 måneder, og at det derfor burde være 3 måneders oppsigelsestid for kommunetjenesten.

## **Reservere reststillinger til de som gjennomfører LIS1 i reststillinger**

I dag er det mange leger som gjennomfører deler av LIS1 i reststilling før de går inn i et ordinært LIS1-løp. Dersom det ble reservert noen stillinger for LIS1 kun til dem som allerede har gjennomført tjeneste i reststilling, vil færre ha behov å starte i et ordinært LIS1-løp og kapasiteten blir utnyttet bedre. I henhold

til modellen vil leger som ønsker å gjennomføre del 1 i reststillinger, bare kunne søke på reststillinger og må belage seg på opphold i tjeneste og at de sannsynligvis må flytte underveis i del 1.

Det kan bli utfordringer med delvis overlapp mellom ulike resttjenester med mindre arbeidsgivere kun tilbyr den tjenesten som LIS1 mangler. Det kan også bli utfordringer knyttet til forutsigbarhet i utdanningsløpet og begrensede muligheter for å komme videre i LIS1-løpet dersom det er flere som baserer seg på gjennomføring av del 1 i reststillinger enn det er stillinger. Et begrenset antall reststillinger blir da en flaskehals. Dersom arbeidsgivere gis anledning til å ansette fra søkerlisten til de koblede stillingene for LIS1 vil utvalget av reststillinger være begrenset og til hinder for innføring av denne løsningen. Det er dessuten ulike årsaker til at leger sier opp en stilling og har behov for å søke reststilling senere, og for flere vil tiltaket være en ulempe.

Et underskudd av reststillinger i forhold til antall leger som gjennomfører del 1 i reststillinger vil kunne bidra til bedre utnyttelse av ledige stillinger. Vi antar at et overskudd av leger vil føre til at flest mulig ønsker også de mindre attraktive stillingene. Med dette tiltaket er det en fare for at for få leger ønsker å gjennomføre del 1 i reststillinger av bekymring for å måtte vente lenge på neste stilling. Skulle det bli innført en bestemmelse om at en andel reststillinger forbeholdes de som gjennomfører del 1 i reststillinger, vil det være behov for sterkere statlig regulering og styring av reststillingene. Det er mulig å se for seg at helseforetak på tvers av RHF og kommuner kan samarbeide om å tilby "reststillingspakker" med tjeneste forskjellige steder i landet. Eventuelt at det utlyses "reststillingspakker" fra sentralt hold.

Etter en helhetlig vurdering anbefaler vi ikke at tiltaket gjennomføres. Det er flere ulemper forbundet med tiltaket og det er usikkert hva effekten ville bli. Det ville medført økt administrativt arbeid. Tiltaket kunne skapt utfordringer for leger som av ulike årsaker har måttet si opp en koblet stilling tidligere, og som trenger å finne en reststilling for å fullføre del 1. I høringen var et klart flertall mot forslaget.

## 4. Forbedringer av søknads- og ansettelsesprosessen for LIS1

I dette kapitlet drøftes i hovedsak tiltak for å forbedre søknads- og ansettelsesprosessen for LIS1. Vi har vurdert muligheter for å lette det administrative arbeidet i søknads- og ansettelsesprosessen av LIS1. Både arbeidsgivere og søkere bruker mye tid på prosessen.

Helsedirektoratet anbefaler gjennomføring av tre tiltak. For å sikre rekruttering til kommuner som stadig opplever at LIS1 sier opp stillingen, anbefaler vi at det innføres en hjemmel til å lyse ut stillingene i helseforetak og kommune hver for seg. Kommunene kan da rekruttere motiverte søkere direkte til stillingene. I tillegg anbefaler vi at arbeidsgiver kan ansette direkte fra søkerlisten fra siste LIS1-opptak når det oppstår en ledig LIS1-stilling i spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet ønsker videre å invitere tjenestene med erfaringsdeling, blant annet i form av erfaringsseminarer, for å drøfte tema som ansettelseskriterier, hvordan stillinger lyses ut og hvordan LIS1 kan brukes til videre rekruttering av personell.

I siste del av kapitlet har vi samlet andre mulige tiltak som vi ikke anbefaler. Dette omfatter følgende tiltak:

- Puljevis ansettelse
- Regionaliserte eller samordnede ansettelser
- Begrensing av antall søknader per person
- Løpende ansettelser i stedet for utlysninger to ganger i året
- Inkludere LIS1 i spesialistløpet uten egen, separat ansettelsesprosess



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

*I spesialistforskriftens § 13 stilles det krav til at LIS1-stillinger skal lyses ut koblet. Dette skaper noen utfordringer i dagens LIS1-ordning, spesielt for kommunene. Det går lang tid (minst 15 måneder) fra søker takker ja til en stilling til vedkommende starter som LIS1 i kommunen. Permisjonsavviklinger og sykdom fører ofte til at oppstartstidspunktet i kommunehelsetjenesten blir endret. I tillegg sier noen leger opp stillingen før oppstart i kommune.*

*I områder med dokumenterte rekrutteringsutfordringer, anbefaler Helsedirektoratet at det blir åpnet for at de helseforetak og kommuner som ønsker det kan lyse ut separate LIS1-stillinger. Det kan føre til færre reststillinger, og gjøre det enklere for kommunen å ansette en kandidat som er interessert i arbeide i kommunehelsetjenesten.*

Fordeler og ulemper med koblede stillinger ble drøftet før omleggingen til søknadsbasert ordning<sup>49</sup>. Forutsigbarhet for søkere og arbeidsgivere ble fremhevet som en stor fordel ved koblede stillinger. En fordel med separate søknader ville være at arbeidstakere får større valgfrihet, og i større grad kunne søke enkeltsteder ut fra ønske og motivasjon. Arbeidsgivere ville i en slik situasjon ha større innflytelse og kontroll over hvem de tilsetter. Flere kommuner med lavt folketall og lav sentralitet opplever ofte at LIS1 sier opp kort tid før oppstart fordi de har fått en reststilling et annet sted. Oppsigelse kort tid før oppstart gir kommunene problemer med å finne kvalifiserte søkere til LIS1-stillingene, oftest med svært kort frist. For disse kommunene gir ikke ordningen med koblede stillinger forutsigbarhet, snarere tvert imot.

Å la helseforetak og kommuner lyse ut stillinger hver for seg, kan ses i sammenheng med flere andre deler av rapporten. Det kan ses på som et tiltak for å sørge for at det oppstår færre reststillinger, siden vi antar at leger som søker seg til separate kommuneplasser i mindre grad vil si dem opp. Det ville dessuten føre til at de kommuner som skal ansette alene må være aktivt med i ansettelsesprosessen, noe mange kommuner ikke er i dag. Spesielt hvis koblingen mellom LIS1 og ALIS- eller introduksjonsavtale skal prøves ut i kommunen vil det kunne være en fordel at kommunen lyser ut LIS1-stillingen alene. Det vil da bli lettere å finne en kandidat som er motivert for stillingen. I tillegg kan dette tiltaket knyttes til at ALIS-kontorenes mandat kan utvides til å også omfatte LIS1.

En ordning der stillinger utlyses separat for helseforetak og kommune, kan gi kommunene bedre mulighet for å rekruttere direkte og forhindre frafall da ansettelsen vil skje i god tid før oppstart. Med en slik løsning vil det være bedre tid til å ansette motiverte og kvalifisert søkere. I de tilfellene kommunene ikke får tak i en kvalifisert søker, vil de ha bedre tid til å utlyse stillingen på nytt eller skaffe en vikarlege.

Tiltaket kan implementeres alle steder i landet der det oppleves problemer med at LIS1 sier opp stillingene med kort varsel og kommunen ønsker å lyse ut stillingen selv. Det må fremgå av utlysningen av LIS1-stillingene i helseforetaket hvor mange stillinger som er uten kobling til kommunehelsetjenesten og det må være mulig for søker å velge kun koblet stilling. For å unngå uhensiktsmessig bruk av en slik

<sup>49</sup> Se blant annet HODs høringsnotat om ny turnusordning fra 2012.

særordning vil det være hensiktsmessig at dette reguleres i spesialistforskriften. Der hvor stillinger utlyses separat vil det være viktig å følge med på hvilke effekter det får for rekrutteringen.

I helseforetak der mange LIS1 går ut i foreldrepermisjon, er det særskilte utfordringer knyttet til tilbakevending etter permisjon. Spesielt ved ulik lengde av permisjoner og antall leger som går ut i permisjon fra halvår til halvår kan det oppstå problemer med at skaffe et tilstrekkelig antall kommuneplasser, selv ved pålegg. Dette bidrar til at de ledige stillinger ikke utnyttes fullt ut. En ordning der Helsedirektoratet kan gi dispensasjon fra spesialistforskriftens krav om koblede stillinger for enkelte stillinger, kan disse stedene bidra til en bedre utnyttelse av stillingene. Kommunestillingen holdes tilbake i tilfelle det er en lege som kommer tilbake etter permisjon. Er dette ikke tilfellet utlyses stillingen i kommunen som en reststilling, alternativt at denne stillingen tilfaller LIS1 som ble ansatt i stillingen uten kobling. Helsedirektoratet anbefaler imidlertid at det i første omgang blir åpnet for at områder med rekrutteringsutfordringer kan søke om å lyse ut separate stillinger.

I høringen støttet et klart flertall av respondentene tiltaket. Mange fremhever at kommunene i større grad vil kunne bruke LIS1-stillingen som et rekrutteringsverktøy og ansette en lege som er motivert for å arbeide i kommunen. Flere viser imidlertid til at det kan svekke samarbeidet mellom foretak og kommuner, og at separate utlysninger vil kreve mer administrativt arbeid. Koblede 18 måneders stillinger er viktig for forutsigbarheten, og separate utlysninger må derfor være et unntak fra regelen. Enkelte mener at separate utlysninger kun bør komme i tillegg til de eksisterende, koblede stillingene. Noen mener også at kommuner som lyser ut separat vil motta få søknader, og at det i verste fall ender med at kommunen på sikt ikke ønsker å ha en LIS1-stilling i det hele tatt.

### **Kort om økonomiske og administrative konsekvenser**

Tiltaket krever endring i spesialistforskriften og tilhørende rundskriv.

Ved separate søknader vil kommunene måtte påregne å bruke noe mer tid på ansettelsesprosessen. Arbeidsbelastningen avhenger imidlertid av hvor mange som vil søke på ikke-koblede stillinger. En økt arbeidsbelastning på kort sikt kan dessuten føre til bedre rekruttering på lang sikt. Fordelene med å kunne rekruttere den søkeren kommunen selv ønsker og forutsigbarheten i at LIS1 ikke sier opp stillingen kort tid innen oppstart, vurderes å veie opp for de ulempene. Tiltaket har størst potensial for rekruttering hvis det kombineres med å koble LIS1 til ALIS- eller introduksjonsavtale. For helseforetak vurderes arbeidet med å vurdere søknader å være omtrent det samme. I noen tilfeller kan det dessuten være en fordel for helseforetakene å rekruttere uten å ta hensyn til kommunenes ønsker.

For noen leger vil tiltaket føre til mer uforutsigbarhet fordi LIS1-løpet blir mer oppstykket. Noen vil kunne stå uten kommuneplasse direkte etter sykehus, og vil risikere å måtte søke annet arbeid i en periode før de får en LIS1-stilling i kommune. Ikke-koblede stillinger kan gi den enkelte lege økte utgifter til flytting.

En konsekvens av tiltaket vil være at LIS1-stillinger bør lyses ut på flere tidspunkter enn i dag. I dag lyses koblede stillinger ut med søknadsfrist i februar med oppstart i september, og i september med oppstart i mars påfølgende år. Det vil være logisk at ikke-koblede sykehusstillinger lyses ut til de samme tidspunktene. Ikke-koblede kommunestillinger kan lyses ut for eksempel tre måneder før LIS1-leger er

ferdig med sykehustjenesten, det vil si før sommerferien og rundt nyttår. Flere søknadstidspunkter vil medføre noe administrativt merarbeid for Helsedirektoratet.

I utgangspunktet vil ikke tiltaket ha store økonomiske konsekvenser for staten eller helseforetak. For kommuner kan tiltaket på lang sikt føre med seg en økonomisk innsparing hvis kommunen kan rekruttere en LIS1 som ser for seg å bli i kommunen på lang sikt.

#### **4.2 Ansette direkte fra søkerlisten til fra siste LIS1-opptak når det oppstår en ledig LIS1-stilling i spesialisthelsetjenesten**

*Spesialistforskriften stiller i dag krav til at alle ledige stillinger må utlyses. Dette inkluderer tidligere utlyste stillinger som blir ledige, såkalte reststillinger. Det er jevnlig kandidater som sier opp stillingen før oppstart, enten fordi de stryker til eksamen eller har blitt ansatt i en reststilling i et annet helseforetak. Andre slutter i løpet av tiden i helseforetak av ulike grunner.*

*Et forslag som kom opp i dialogen med aktørene var at helseforetak kunne ansette direkte fra søkerlisten til de ordinære stillingene når det oppstår reststillinger. Hvis kandidater fra søkerlisten til de ordinære stillingene kan ansettes i reststilling uten utlysning, vil helseforetakene spares for mye arbeid med å vurdere nye søkere. I tillegg vil LIS1 kunne starte opp raskere i stillingen og få mer tellende tjeneste enn når stillingene må lyses ut.*

Forslaget går ut på at helseforetaket kan bruke kandidater fra søkerlisten til de ordinære stillingene til å ansette i reststillinger. Dersom helseforetaket ikke får ansatt lege på bakgrunn av søkerlisten eller ikke ønsker å bruke søkerlisten, kan reststillingen lyses ut slik som det blir gjort i dag.

For reststillinger i kommunen som har oppstart 12 måneder etter oppstart av LIS1 i sykehus vil det ikke være aktuelt å benytte søkerlisten til ordinære stillinger. Det er et krav om at sykehustjenesten må gjennomføres før kommunetjenesten, så av de gjenværende søkere på søkerlisten til det ordinære opptaket vil de aller fleste ikke være kvalifisert for å arbeide i kommunen som LIS1, jf. spesialistforskriftens § 2 andre ledd.

Tjenestene angir at utlysning av reststillinger er tidskrevende og at kandidatene som søker på stillingene er mindre kvalifiserte enn de som søkte på de koblede stillingene. Prinsipielt sett har legen på søkerlisten allerede søkt på stillingen, men ikke fått den. Spesialistforskriftens bestemmelse om at ledige stillinger skal lyses ut er innført for å sikre at stillinger ikke står tomme, og for at det skal være mulig å gjennomføre LIS1 via reststillinger. Det kan innføres en begrensning på hvor lenge etter oppstart av LIS1 den 1. mars og 1. september det skal være mulig å plukke kandidater fra søkerlisten.

Tiltaket må vurderes nærmere opp mot kvalifikasjonsprinsippet. For å sikre at tilbud om reststilling gis til den best kvalifiserte av de som ikke fikk tilbud om ordinær LIS1-stilling, kunne arbeidsgivere bli begrenset til å kun benytte innstillingslisten til å ansette i reststillinger. Dette vil imidlertid gjøre at tiltaket får liten effekt, da mange på innstillingslisten vil ha fått tilbud om stilling et annet sted. Vi anbefaler derfor at arbeidsgiver kan benytte hele søkerlisten fra siste LIS1-opptak.

I høringen fikk forslaget støtte fra et stort flertall av respondentene. Mange anfører at tiltaket vil være ressursbesparende for foretak/sykehus, og at dagens bestemmelse om at alle reststillinger må lyses ut er unødvendig rigid. Flere legger også til at tiltaket kan føre til at lege får startet opp raskere og dermed få mer tellende tjeneste. Det er imidlertid ikke alle som er sikre på at tiltaket vil være ressursbesparende, siden det tar lang tid å gå gjennom den opprinnelige søkerlisten for å fylle reststillinger. Tiltaket vil få best effekt om merkingen av kandidater ikke fjernes fra stillingsportalen. Den viktigste prinsipielle innvendingen er at tiltaket kan gjøre det vanskeligere for leger som allerede har gjennomført store deler av LIS1 og som ønsker å fullføre i en reststilling.

#### **Kort om økonomiske og administrative konsekvenser**

Tiltaket krever endring av spesialistforskriftens § 12 og tilhørende rundskriv. Tiltaket vil føre til at helseforetakene må bruke mindre administrative ressurser på å fylle opp reststillinger.

Vi vurderer at tiltaket vil være tidsbesparende for arbeidsgivere, men vil gi mindre mulighet for LIS1 til å søke på ulike reststillinger. For kandidater som allerede har gjennomført deler av LIS1 i reststilling(er) og kunne tenke seg å fullføre i reststilling(er), kan det bli mer utfordrende å finne stillinger i sykehus.

Hvis tiltaket skal innføres bør det være en begrensning på hvor lenge etter oppstart av LIS1 det skal være mulig å plukke kandidater fra søkerlisten. En begrensning frem til neste ordinære oppstart av LIS1 anses å ivareta hensyn til arbeidsgiver og muligheten for å kunne gjennomføre LIS1 i reststillinger.

#### **4.3 Økt brukermedvirkning ved å invitere til erfaringsseminarer m.m.**

*Erfaringsseminarer kan være et nyttig verktøy for å diskutere ansettelseskriterier, utlysning av stillinger og rekruttering av personell.*

I forbindelse med implementeringen av søknadsbasert turnusordning ble det gjennomført såkalte erfaringsseminarer med representanter fra tjenestene. Disse ble opplevd som nyttige, og Helsedirektoratet ser at det nå kan være hensiktsmessig å invitere tjenestene sammen på nytt for å dele erfaringer. Vi tror det er et potensial til å gjøre ansettelsesprosessene bedre og at foretak og kommuner kan bli enda bedre til å samarbeide. Blant konkrete tema som kan drøftes er ansettelseskriterier, hvordan stillinger lyses ut og hvordan LIS1 kan brukes til videre rekruttering av personell.

Erfaringsdeling kan også gjøres på andre vis, for eksempel gjennom et brukerforum. Erfaringsdeling vil også være nyttig for å følge med på effektene av tiltakene foreslått i denne rapporten.

Et stort flertall av høringsuttalelsene var positive til forslaget om erfaringsseminarer. Et argument som ble fremmet er at slike seminarer kan bidra til at de som administrerer ordningen får en mer lik tilnærming. Det vil igjen være positivt med tanke på likebehandling av fremtidige og nåværende leger som arbeider i del 1.

## Kort om økonomiske og administrative konsekvenser

Tiltaket krever ikke forskriftsendringer og har ingen spesielle administrative konsekvenser. Seminarer kan gjennomføres digitalt, med minimalt av påfølgende kostnader.

### 4.4 Tiltak som Helsedirektoratet ikke anbefaler

*I det følgende beskrives fem tiltak som Helsedirektoratet av ulike grunner ikke anbefaler. Noen av tiltakene kan bli mer aktuelle på sikt, som det å gjeninnføre puljevis ansettelse.*

## Puljevis ansettelse for å sikre nok søkere til alle helseforetak

Frem til og med våren 2015 ble turnusstillinger lyst ut to ganger per år og besatt i to puljer. Områder med rekrutteringsutfordringer (pulje 1) ble utlyst og besatt før de antatt rekrutteringssterke områdene (pulje 2). Formålet var å sikre at alle helseforetak fikk tilstrekkelig antall søkere til sine stillinger. Ordningen med utlysning og ansettelse i to puljer ble avviklet som en følge av god rekruttering til stillingene over hele landet<sup>50</sup>. Avviklingen har blitt kritisert for å stride imot råd fra implementeringsforskning<sup>51</sup>. Det er usikkert i hvilken grad den puljevise søknadsordningen bidro til bedre rekruttering av turnusleger og til at leger ble værende etter endt turnus. Rekrutteringseffekten av den puljebaserte ordningen vil imidlertid være vanskelig å analysere i et samfunn med stigende grad av sentralisering og fraflytting fra distrikt over tid.

Da den puljevise ordningen ble avviklet var det ulike meninger om hva det ville føre til. Flere mente det ville bli vanskeligere å bruke LIS1 til å rekruttere til videre spesialisering. I dag får vi tilbakemeldinger fra aktørene om at det er et tilstrekkelig søkertall til de mindre helseforetakene. Den vedtatte innføringen av flere LIS1-stillinger og bedre balanse mellom antall stillinger og søkere, kan føre til at søkertallet til antatt rekrutteringssvake områder på sikt blir lavere. Helsedirektoratet vil følge med på søkertallet og vurdere relevante tiltak dersom det oppstår svikt i rekruttering.

På evalueringskonferansen i 2019 kom det innspill om en omvendt puljevis ansettelse, der store helseforetak kunne ansette sine kandidater først. Begrunnelsen var at de mest attraktive søkerne oftest velger de større sykehusene i byene dersom de får tilbud. De mindre helseforetakene vil med dette tiltaket slippe å bruke tid på å behandle søknader fra søkere som uansett blir ansatt på et større sykehus. En slik løsning vil imidlertid favorisere de store sykehusene, og vil kunne bidra til en uheldig skjevfordeling av hvilke leger som ansettes ulike steder i landet og anbefales ikke.

I høringen var et stort flertall mot å innføre puljevis ansettelse. Det blir ikke ansett som et hensiktsmessig tiltak. Flere viste imidlertid til at det kan være aktuelt hvis det blir færre søknader til stillingene. NSDM viste til at puljevis ansettelse ser ut til å gi noe bedre rekruttering til distriktskommuner.

<sup>50</sup> Helsedirektoratet 2019. Vurdering av antall LIS1-stillinger.

<sup>51</sup> Abelsen og Gaski 2017: 17.

## Regionaliserte eller samordnede ansettelse

Det store antallet søknader gjør det vanskelig for arbeidsgivere å sikre ansettelse etter kvalifikasjonsprinsippet. I dialogen med aktørene ble det fremhevet at det ikke er samfunnsøkonomisk lønnsomt at så mange ulike personer i helseforetak og kommuner vurderer de samme søknadene. En måte å lette det administrative arbeidet kan være å innføre regionaliserte eller samordnede ansettelse.

I møte med aktørene kom det innspill om at begrepet "regionalisert" var uklart. Noen så på helseregionene som naturlige opptaksområder, mens andre mente det ville være et for stort område og at en heller kunne bruke helsefelleskapene. Et innspill var at legevaktområde kunne være et logisk opptaksområde for kommunehelsetjenesten.

Forslaget om samordnede ansettelse er inspirert av samordnet opptak (SO), tjenesten for opptak av nye studenter til norske universiteter og høyskoler<sup>52</sup>. Hovedprinsippet i en SO-modell er én søknad per person. Den som søker kan liste opp flere alternativer i en prioritert rekkefølge, og får tilbud om plass på sitt høyest prioriterte ønske som vedkommende er kvalifisert til. Det kan innføres et poengsystem der søker kan rangere ønsket om å arbeide ved et visst helseforetak, eksempelvis med 1-5 poeng avhengig av ønsket.

Før samordnet opptak stod utdanningssektoren ovenfor en rekke av de samme utfordringene som LIS1-ordningen gjør i dag. Søkerne måtte søkerne sende en søknad til hvert lærested de var interessert i. Lærestedene var ikke omforent i hvordan de skulle rangere kandidater, alle søknader ble saksbehandlet på alle steder og de best kvalifiserte søkerne fikk flere tilbud. Mye arbeid gikk med til etterfylling av studieplasser som stod tomme.

En hovedutfordring ved å benytte regionaliserte eller samordnede ansettelse er kriterier for ansettelse. I dialogen med aktørene fikk vi tilbakemeldinger om at det er vanskelig å selektere blant søkerne. Det er ikke mulig å selektere på karakterer slik som SO-modellen baserer seg på, og mange av kandidatene har noenlunde samme kvalifikasjoner. I tillegg er det forskjell på hvilke kvalifikasjoner som universitets- og lokalsykehusene setter høyest. Flere mindre sykehus utlyser i dagens ordning stillingene kun med de obligatoriske screenings spørsmålene som Helsedirektoratet skal ha for statistikkformål. For at det skal være mulig å benytte automatisk poenggivning, må kriteriene være objektive og kvantifiserbare. I tillegg må det sikres at søkere oppgir korrekt informasjon.

Det er variasjon i hvilke kriterier arbeidsgivere legger til grunn. Ved en mer sentralisert ordning må kriterier for seleksjon være entydige. Flere av aktørene var enige i at det bør være mulig å bli enige om ansettelseskriterier som kan brukes på regionalt eller nasjonalt nivå. Å løfte ansettelse til et høyere nivå kan føre til en mer objektiv saksbehandling ved at det motvirker nepotisme og forfordeling av leger som er kjent ved helseforetaket.

En ulempe med regionaliserte eller samordnede ansettelse er at helseforetakene og kommunene vil kunne få mindre medbestemmelse i ansettelsesprosessen. Det går imot ønsket om at flere kommuner skal bli aktive i ansettelsen av LIS1 (se kapittel 6). I møte med aktørene kom det innspill om at

---

<sup>52</sup> <https://www.samordnaopptak.no/info/om/>

rekrutteringsprosessen bør være nær der hvor læringen skal skje. Lokalt skjønn og intervju av kandidater kan bli begrenset ved sentralisering av søknader. Vi fikk innspill om at tiltaket vil frata både arbeidsgivere og søkere muligheter.

Helsedirektoratet mottok i 2017 et notat fra en privatperson som argumenterte for hvordan ordningen med LIS1-stillinger kunne forbedres. Forslaget beskriver ulike tiltak for å matche preferansene til arbeidsgivere og leger. Basert på metode som likner på samordnet opptak og for hvordan medisinstudenter i USA får tildelt residency i slutten av studiet, kunne dataalgoritmer bli benyttet for å fordele stillingene<sup>53</sup>. Det ble foreslått at kandidater kan fordele et begrenset antall stjerner i jobbportalen på de stillingene de ønsker seg mest, for på den måten å gjøre det lettere for arbeidsgivere å finne interesserte kandidater. Videre ble det foreslått at helseforetakene kunne gjennomføre intervjumesser ved studiestedene. På den måten kunne arbeidsgivere få intervjuet flere kandidater, noe som kan gi bedre matching. Et sentralt poeng i forslaget er at matcheprosessen skjer automatisk og at kandidater som allerede har takket ja til en stilling, kan ombestemme seg og gå for en annen stilling hvis de får tilbud om det i en senere runde. En fordel med modellen er at matching av søkere og arbeidsgiver skjer automatisk, og på en måte som i større grad enn dagens modell tar hensyn til å koble søkere til ønsket arbeidsplass.

Et klart flertall av respondentene i høringen var imot tiltaket. Mindre valgfrihet for legen og mindre medbestemmelse for arbeidsgivere blir fremhevet som negative aspekter. Flere tror også at tiltaket vil ha en negativ effekt på langsiktig rekruttering etter endt LIS1. Mange respondenter er imidlertid delte i synet og ser både fordeler og ulemper. Flere tror tiltaket kunne ført til en mer objektiv og effektiv ansettelsesprosess. Enkelte fremhever at arbeidet med å gjennomgå søknadene kan samordnes, men at avgjørelsen må ligge til de lokale foretak og kommuner.

Helsedirektoratet kan ikke i dag anbefale tiltaket som en nasjonal ordning, men det kunne vært prøvd ut som en "pilot" dersom en av helseregionene ønsket å gjøre det. I så fall måtte det blitt sikret at det ble gjennomført i henhold til bestemmelser i forskriften og i henhold til personvernlovgivning.

## Begrensning av antall søknader per person

Høsten 2020 ble det lyst ut 474 LIS1-stillinger fordelt på 31 annonser. De legene som søkte på stillinger, sendte i snitt inn 17 søknader hver. Det var mellom 404 og 663 søkere per annonse<sup>54</sup>. Arbeidet med å vurdere søknadene blir naturligvis krevende for arbeidsgivere. Flere arbeidsgivere tok på evalueringskonferansen i 2019 til orde for å begrense antallet søknader hver LIS kan sende. I et forsøk på å begrense søknadmengden og det administrative arbeidet, kunne det i en tidsavgrenset periode bli satt et tak der hver lege maksimalt kunne søke på et begrenset antall annonser, for eksempel 10.

Søkertallet har med noen unntak gått opp for hvert år. Det kan argumenteres for at en begrensning av antall søknader samlet sett er hensiktsmessig med henblikk på å sikre gode ansettelsesprosesser. En løsning der legen kun kan søke på et begrenset antall stillinger vil kunne bidra til å lette det administrative

---

<sup>53</sup> Canada: <https://www.carms.ca/the-match/> og USA: <https://students-residents.aamc.org/applying-residency/apply-smart-residency/> "Residency" har forskjellig varighet ut i fra hvilken spesialitet legen spesialiserte seg i. Legen må godkjennes hvert år før han/hun går videre til neste "residency"-år.

<sup>54</sup> Tall fra foreløpig upublisert statusrapport for høsten 2020.

arbeidet for helseforetakene. I den trekningsbaserte turnusordningen fikk leger et begrenset antall steder de kunne velge utfra sitt trekningsnummer. Mange endte med å arbeide steder i landet de i utgangspunktet ikke hadde tenkt seg, med de fordelene og ulempene som det fører med seg. Mange endte opp med å trives, dannet nettverk og ble værende.

Begrensninger i antall stillinger den enkelte søkeren kan søke på vil være i strid med prinsippet om et fritt, søknadsbasert arbeidsmarked. I dagens søknadsbaserte ordning finner vi ikke grunnlag for at anbefale en slik begrensning.

Et flertall av respondentene i høringen ønsket heller ikke å innføre tiltaket. Nmf viser til at retten til stilling ble fratatt legene ved omlegging til søknadsbasert ordning, og at en innskrenkning i antall søknader legen kan sende ikke er akseptabelt. Flere viser til at legene selv må få velge hvor de vil søke, men at prosessen med å vurdere søknadene kan bli mer effektiv. Enkelte ser forslaget i sammenheng med det foregående punktet om regionaliserte eller samordnede ansettelse, og at en form for prioritering av søknader er ønskelig. Blant de som er positive til forslaget viser flere til administrative besparelser, samt at en begrensning i antall søknader kunne ført til at leger bare søkte de stillingene de var reelt interessert i.

## Løpende ansettelse i LIS1-stillinger

Søknadsbasert ordning har ansettelse to ganger årlig. Dette skiller seg fra ansettelse ellers i arbeidslivet, der personell ansettes kontinuerlig når det er behov og ledige stillinger. Det er mulig å se for seg at også ansettelse i LIS1-stillinger kunne foregå fortløpende etter hvert som stillinger blir ledige og behovet oppstår.

På møte med aktørene og i høringen fikk forslaget om løpende opptak liten støtte. En overordnet tilbakemelding var at det trolig vil bli vanskeligere å få til en helhetlig LIS1-tjeneste med løpende opptak, og at mindre struktur og forutsigbarhet vil gå utover kvaliteten på utdanningen. Når LIS1 skiftes ut på ulike tidspunkt vil det bli vanskeligere å planlegge utdanningsløp, veiledningsgrupper, opplæring, kurs, m.m. Løpende ansettelse blir vurdert å være veldig ressurskrevende, og hyppigere opplæring vil i større grad legge beslag på kjernepersonell i sykehus og kommune.

Ved å ansette fortløpende vil arbeidet med søknader fordeles over hele året og arbeidsbelastningen med tilsetninger vil bli jevnere fordelt. Arbeidet med behandling av søknader vil imidlertid ikke gå ned. Helseforetakene og kommunene vil fortsatt måtte behandle store antall søknader løpende hele året. Det vil sannsynligvis bli opphopning av søkere til de stillingene som lyses ut kort tid etter at eksamen er overstått.

Andre utfordringer med en løpende utlysning er koordinering av bytte til kommunehelsetjenesten, der det kan oppstå både overlapp og perioder uten LIS1 dersom det ikke legges et betydelig arbeid ned i koordineringen av stillinger. Kommuner har ofte få kontorplasser, og det er behov for forutsigbarhet da mulighetene for å ta inn en ekstra LIS1 kun i liten grad er til stede.



## Inkludere LIS1 i spesialistløpet uten egen, separat ansettelsesprosess

Dersom del 1 ble integrert i resten av spesialistutdanningen ville legen kunne ansettes direkte i hovedspesialiteten uten separat del 1. Kandidater som er sikre på hvilken spesialitet de ønsker å gå videre med, kunne starte tidligere i hovedspesialiteten og fått mer forutsigbare rammer for sitt yrkesliv gjennom fast ansettelse. LIS kan enten bli ansatt i et definert spesialisingsløp, eller foreta det spesifikke valget etter litt tid.

Rammene med 6,5 år i spesialistutdanningen beholdes og alle læringsmål, også for LIS1 må oppnås for å bli spesialist. Det vil ikke være krav til at en bestemt tjenestetid og læringsmålene for LIS1 måtte være oppnådd først. Ved å fordele tidspunktene for oppnåelse av læringsmålene for LIS1 ville flaskehalsen blitt mindre, og det ville være bedre tilgang til stillinger for LIS2/LIS3.

I møte med aktørene og i høringen var det enighet om at dagens system med en separat LIS1 som første del av spesialiseringen bør opprettholdes. Det er blant annet frykt for at tiltaket vil svekke kvaliteten på spesialistutdanningen. Del 1 er med på å sikre bredere kompetanse hos leger før videre spesialistutdanning, noe som er hensiktsmessig i et langstrakt land med relativt spredte helsetjenester. Det ble fremhevet at praktisk tjeneste som LIS1 tidlig i spesialistutdanningen er spesielt viktig for leger som skal arbeide innen ikke-kliniske fag senere i sin spesialisering.

Dersom ordningen skulle kunne fungere, ville ulike rotasjonsordninger måtte utredes, spesielt med tanke på hvordan læringsmålene for LIS1 skal kunne oppnås i kommunehelsetjenesten for leger i sykehusspesialiteter og hvordan læringsmålene for LIS1 i sykehus skal kunne oppnås for allmennleger i spesialisering. Med tanke på dagens rekrutteringsvansker til allmennmedisin er det særskilt viktig ikke å redusere antall leger som arbeider i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Vi har fått innspill om at tiltaket kan gå utover rekrutteringssvake spesialiteter og regioner, og at det vil kunne favorisere større aktører i spesialisthelsetjenesten. Studentene måtte allerede i løpet av medisinstudiet ha en formening om hvilken spesialitet eller retning de ønsker å arbeide i. Tiltaket ville antagelig ført til at flere enn i dag byttet spesialisingsløp, med de ulemper det medfører for lege og tjenestene.

# 5. Endringer i innhold og gjennomføring av del 1

Forskriftsendringer har ført til at flere leger må gjennom del 1. Det er nødvendig å vurdere tiltak som kan føre til flere leger kommer raskere gjennom del 1. I tillegg er det behov for å se på alternative ordninger for leger med lang klinisk erfaring fra utlandet. Det vil være samfunnsøkonomisk lønnsomt, og tjenestene vil i høyere grad kunne nyttiggjøre seg av kompetansen til legene.

Alternative ordninger for leger med klinisk erfaring ville redusert behovet for å opprette flere LIS1-stillinger. Innenfor rammene av oppdraget har det ikke vært mulig å utrede alternative ordninger i tilstrekkelig grad. Vi anbefaler at alternative ordninger utredes gjennom en bredere prosess og i tett dialog med tjenestene.

Fordelene med endring av innhold i del 1 må veies opp mot ulemper. Spesielt gjelder det hensynet til læring, kvalitet, pasientsikkerhet og tjenestenes kapasitet til å imøtekomme nye endringer. Læringsmålene i del 1 ble revidert i 2018/2019, med forskriftsfesting i september 2019. Sektoren var godt representert i arbeidet, og det var bred enighet om at læringsmålene beskrev kompetansen som LIS skal oppnå i første del av spesialistutdanningen.

Å redusere tiden i del 1 kan bidra til økt gjennomstrømning og dermed mindre behov for opprettelse av stillinger for LIS1. I tillegg kan det å gå bort fra rekkefølgekravet om at sykehustjenesten må gjennomføres først, føre til en mer effektiv utnyttelse av stillingene. Av hensyn til kvalitet på utdanningen og pasientsikkerhet anbefaler vi likevel ikke tiltakene. Et annet tiltak vi ikke anbefaler er å gjøre endringer i fraværsregler og kravene til oppnådde læringsmål for å kunne gå videre i spesialiseringsløpet.

## 5.1 Vurdere egne ordninger for leger med lang klinisk erfaring fra utlandet

*Alternative ordninger for leger med lang klinisk erfaring vil føre til en mer hensiktsmessig utnyttelse av LIS1-ordningen. Helsedirektoratet anbefaler at tiltaket utredes videre i samråd med tjenestene.*

Siden del 1 er starten på alle spesialistutdanninger, er det alt fra nyutdannede leger til mangeårige spesialister fra utlandet som søker på stillingene. I dialogen med aktørene var det et tydelig ønske om egne løp for leger med lang klinisk erfaring fra utlandet slik at ikke alle måtte gjennom (hele) del 1. En av hovedinnvendingene er at den faglige kvalifiseringen i del 1 hovedsakelig er rettet mot nyutdannede leger. Mange av de som søker i dag har allerede lang erfaring som lege og har ikke behov for (hele) del 1 med tanke på den kompetansen de allerede har. Blir disse legene ivaretatt gjennom andre ordninger, vil det være flere LIS1-stillinger tilgjengelig for de nyutdannede. Dette kan bidra til en mer hensiktsmessig utnyttelse av ordningen. Samtidig er del 1 en felles kompetanseplattform, og det er uheldig hvis det gjøres unntak som går ut over kompetansen, spesielt forståelsen av samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Det kan også være administrativt krevende og potensielt kostbart å innføre tilpassede løsninger for mange ulike grupper av leger. I det følgende vil det redegjøres for dagens ordning og mulige justeringer i denne.

### **Gjeldende regelverk**

Dagens spesialistforskrift stiller krav til at spesialistutdanningen begynner med del 1. Formålet med del 1 er å sikre en felles grunnkompetanse for alle leger, uavhengig av kjennskap til det norske helsevesen. De legene som har gjennomført deler av en spesialistutdanning eller har annen praktisk tjeneste fra utlandet, kan søke Helsedirektoratet om vurdering av oppnådde læringsmål i del 1. Det er gjort unntak fra kravet om at spesialistutdanningen starter med del 1 for leger som bare mangler en mindre del av læringsmålene:

*Før tiltredelse i stilling i utdanningens andre eller tredje del skal arbeidsgiveren sjekke at legen har oppnådd alle læringsmålene i utdanningens første del. Dette gjelder ikke for leger som har gjennomført over halvparten av en spesialistutdanning i utlandet og som bare har en mindre del av læringsmålene i utdanningens første del som ikke er oppnådd. Læringsmål i utdanningens første del som ikke er oppnådd ved tiltredelsen må i disse tilfellene likevel oppnås i løpet av spesialistutdanningen<sup>55</sup>.*

Denne bestemmelsen er hovedsakelig rettet mot leger som har oppnådd alle læringsmålene og tid i del 1 i sykehus, men som mangler læringsmål og tid i allmenntilleggsmedisin. Leger som søker<sup>56</sup> om godkjenning av læringsmål i del 1 vil få en bekreftelse fra Helsedirektoratet om hvilke læringsmål som kan anses oppnådd gjennom utenlandsk utdanning, og som kan legges til grunn av arbeidsgiver ved ansettelse av legen i del 2/3. Det er arbeidsgiver som vurderer om legen har gjennomført mer enn halvparten av tjenestetiden i en spesialistutdanning, og om de ønsker å gjøre unntak for rekkefølgebestemmelsen i §18.

<sup>55</sup> Spesialistforskriftens § 18 første ledd.

<sup>56</sup> Spesialistforskriftens § 32.

Arbeidsgiver vil ha samme ansvar for å sikre læringsaktiviteter og legge til rette for måloppnåelse, både for læringsmålene i del 2/3 og de resterende læringsmålene i del 1.

I den gamle spesialistutdanningen var det krav til turnus for alle leger med unntak av leger med autorisasjon på bakgrunn av utdanning fra andre EU/EØS-land. Disse kunne følgelig gå direkte i spesialiseringstillinger uten turnus. I perioden 2014-2017 var det i gjennomsnitt 136 leger med autorisasjon på bakgrunn av utdanning i annet EU/EØS-land som hvert år startet i stilling som LIS eller som allmennlege med rett til trygderefusjon uten å ha gjennomført turnus. Dette tallet var høyest i 2014 med 214 leger. Antall leger som gikk direkte i spesialisering har vært nedadgående i hele perioden. Disse legene var både nyutdannede leger og leger med kortere og lengre klinisk erfaring fra utlandet. Innføring av krav til LIS1 for alle leger med et begrenset antall stillinger har dermed blitt en flaskehals for videre spesialisering og medført et behov for flere LIS1-stillinger.

Tabell 2. Antall leger ansatt som fastleger eller sykehusleger i perioden 2014 til 2017 som er tilsatt under overgangsordninger som bortfalt 1.3.2019.

	2014	2015	2016	2017	Totalsum	Gj.snitt
<b>Ansatt fastlege</b>	45	34	14	6	<b>99</b>	<b>25</b>
<b>Ansatt sykehuslege</b>	169	114	92	68	<b>443</b>	<b>111</b>
<b>Totalsum</b>	<b>214</b>	<b>148</b>	<b>106</b>	<b>74</b>	<b>542</b>	<b>136</b>

Kilde: Helsedirektoratet, LSR uttrekk juni 2018, Fastlegeregisteret uttrekk oktober 2018 og HPR uttrekk i desember 2018.

### Mulige ordninger for leger med lang klinisk erfaring

Det er et begrenset antall LIS1-stillinger og krav til oppnådde læringsmål i del 1 for alle leger i spesialisering. Tilpassede løp for leger med kliniske erfaring fra utlandet vil kunne bidra til en bedre utnyttelse av de tilgjengelige stillingene for LIS1, og kompetansen til leger som allerede har startet spesialistutdanning i utlandet.

I det følgende skisser vi tiltak som kan være relevante for leger med klinisk erfaring fra utlandet. Listen er ikke ment å være uttømmende:

- Redusere kravene for å gå videre i spesialiseringsløpet uten å ha gjennomført del 1
- Leger som har en norsk spesialistgodkjenning på bakgrunn av spesialistgodkjenning fra et EØS-land, unntas fra del 1 dersom de ønsker å starte på et nytt spesialiseringsløp i Norge
- Leger som kun mangler mindre deler av læringsmål i sykehus kan starte som LIS1 i kommunen
- Egne ordninger for leger med spesialistgodkjenning fra land utenfor EU/EØS
- Særordninger for leger uten papirer (f.eks. flyktninger)

Innenfor rammene for dette oppdraget har det ikke vært mulig å utrede alle modeller i tilstrekkelig grad til å komme med anbefalinger. Helsedirektoratet vurderer at tiltakene krever en bredere utredning og forankring i tjenestene, og anbefaler at alle tiltakene utredes videre. Det er blant annet uklart hvor stor effekt de ulike modellene vil ha, med hensyn til å få flere leger videre i spesialiseringsløp. Det er ulemper

forbundet med å innføre for mange alternative løsninger, og det er nødvendig å se helhetlig på tiltakene. Flere av modellene vil kreve endringer i spesialistforskriften og forskrift om trygderefusjon.

Det vil også være nødvendig å se nærmere på hvem som skal foreta vurderinger av legens kompetanse. I dag kan Helsedirektoratet etter søknad bekrefte at ett eller flere læringsmål for del 1 skal anses som oppnådd. Det er vanskelig å gjøre en kvalitativt god kompetansevurdering opp mot læringsmålene i del 1 på bakgrunn av dokumenter. For noen av tiltakene kan det være mer hensiktsmessig at vurderingen av kompetanse skjer av tjenestene. En løsning kan være innføring av evalueringstillinger av 6-12 måneders varighet<sup>57</sup>.

Leger fra utlandet med praktisk tjeneste som er en del av grunnutdanningen som lege, f.eks. dansk KBU eller svensk AT-tjeneste, kan ikke få godskrevet læringsmål i del 1 som er oppnådd i slik tjeneste. Disse må derfor gjennomføre hele del 1 i Norge. Dette fordi yrkeskvalifikasjonsdirektivet forstås slik at det kun er læringsmål og tjeneste gjennomført etter grunnutdanning i hjemlandet som kan telle i den norske spesialistutdanningen.

### **Redusere kravene for å gå videre i spesialiseringløpet uten å ha gjennomført del 1**

Et mulig tiltak er å redusere kravene i spesialistforskriftens § 18 om hvor mye tjeneste og læringsmål som må være oppnådd for å kunne gå videre i spesialiseringen. Bestemmelsen i § 18, første ledd henger sammen med § 32, om at Helsedirektoratet etter søknad kan bekrefte oppnådde læringsmål i del 1 som er oppnådd gjennom tjeneste og andre læringsaktiviteter i utlandet. Erfaringen fra Helsedirektoratets saksbehandling, er at det er få leger som oppfyller kravet om at de aller fleste læringsmålene i del 1 skal være oppnådd. De som får vurdert en vesentlig del av læringsmålene i del 1 som oppnådd, har hovedsakelig vært leger som har spesialisert seg innen allmenntidmedisin i Danmark, Sverige og Storbritannia.

Ved å redusere på kravet til hvor mye tjeneste og læringsmål som må være oppnådd, vil flere leger med spesialistutdanning fra andre land kunne gå rett inn i en LIS2/LIS3-stilling. Det er som ellers i arbeidslivet arbeidsgivers ansvar å sikre at legene som ansettes er egnet til å gå direkte inn i LIS2/3-stilling selv om det gjenstår læringsmål for LIS1.

En mulighet er å kun vurdere tjenestetid og ikke se på oppnådde læringsmål, og la legen oppnå læringsmål for del 1 i løpet av spesialiseringen. To alternative løsninger kunne være å stille krav om at legen må ha halvparten av en spesialistutdanning, eller at legen har gjennomført minst 1,5 års klinisk tjeneste etter cand. med. Arbeidsgiver vil være ansvarlig for å sikre rotasjon til stillinger som kan bidra til måloppnåelse for del 1. Det pålegges med dette forslaget større ansvar for arbeidsgiver å sikre måloppnåelse i løpet av spesialistutdanningen.

---

<sup>57</sup> Evalueringstillinger kan for eksempel legges opp som Klinisk introduksjonstjenst (KIT) i Sverige, se <https://www.akademiska.se/forskning-och-utbildning/utbildning/kliniskt-traningscentrum-ktc/kua-kit-och-grund-us/>

### **Leger som har en norsk spesialistgodkjenning på bakgrunn av spesialistgodkjenning fra et EØS-land, unntas fra del 1 dersom de ønsker å starte på et nytt spesialiseringløp i Norge**

Helsedirektoratet forstår spesialistforskriften slik at leger som har fått norsk spesialistgodkjenning etter å ha "konvertert" spesialistgodkjenning fra et EØS-land, i dag må gjennomføre del 1 hvis de ønsker å starte et nytt spesialiseringløp i Norge.

Det er Helsedirektoratets vurdering at disse legene bør unntas fra kravet til del 1. Det gjelder særlig i de tilfellene der de også kan vise til klinisk erfaring fra Norge. For at unngå at en slik bestemmelse blir et "smutthull" kan det stilles krav til at legen må ha arbeidet en minstetid i Norge, eksempelvis ett eller to år, for å kunne få et slikt unntak.

### **Leger som kun mangler mindre deler av læringsmål i sykehus kan starte som LIS1 i kommunen**

I ny spesialistutdanning er det krav til at sykehusdelen av LIS1 skal gjennomføres før kommunedelen. Alle læringsmålene i sykehus må også være oppnådd for å kunne utløse trygderefusjoner som LIS1 i kommunehelsetjenesten<sup>58</sup>.

Hensikten med dette alternativet er at flere leger vil kunne komme videre i sin spesialistutdanning. Tanken er at leger som er vurdert av Helsedirektoratet til å oppfylle de aller fleste læringsmålene i sykehus, men som mangler flere eller alle læringsmål i allmennmedisin, kan ansettes i reststillinger i kommune selv om de ikke har gjennomført del 1 på sykehus. Det vil bidra til større fleksibilitet med henblikk på oppnåelse av læringsmål i del 1, og at flere reststillinger i kommunen vil kunne besettes.

Modellen er imidlertid ikke helt uten ulemper. Oppstart som LIS1 i kommune før alle læringsmålene i sykehus er oppnådd, vil kunne by på problemer med å oppnå læringsmål innen felles kompetansemøduler. Det vil også være mer utfordrende å sikre at LIS1 har tilstrekkelig faglig bredde til å kunne arbeide selvstendig i kommunen.

### **Egne ordninger for leger med spesialistgodkjenning fra land utenfor EØS**

I land utenfor EØS er legestudier, spesialistutdanning og helsetjenestene ofte nokså forskjellige fra den norske modellen. Eksempelvis er allmennmedisin ulikt organisert i Norge sammenliknet med de fleste land utenfor EØS. Selv innen EØS organiseres spesialistutdanningene svært forskjellig, og det er spesialiteter som ikke finnes i Norge og omvendt. I dialogen med tjenestene kom det særlig frem et behov for å se på alternative ordninger til del 1 for leger som har oppnådd spesialistgodkjenning i et "tredjeland".

### **Særordninger for leger uten papirer (f.eks. flyktninger)**

Mange leger fra tredjeland har høy kompetanse, men får ikke anledning til å bruke denne da de ikke blir ansatt som LIS1. En vurdering av kompetansen til disse legene i tjenestene vil bidra til å sikre kvalitet og pasientsikkerhet. Det vises her til avsnittet over om mulige evalueringstillinger. Slike stillinger må antas å redusere behovet for å sluse disse legene inn i et LIS1-løp, samtidig som kompetansen til legene ivaretas i høyere grad.

---

<sup>58</sup> Forskrift om trygderefusjon § 1.6

I høringen var et klart flertall av respondentene for å nærmere utrede alternative ordninger. Det vil kunne føre til en mer hensiktsmessig utnyttelse av LIS1-ordningen. De som har gitt positive tilbakemeldinger inkluderer både de som fokuserer på leger med lang klinisk erfaring fra andre land (f.eks. lang utdanning utenfor EØS), og de som argumenterer for at nyutdannede fra hhv. Danmark og Sverige bør få deler eller hele av sin KBU/AT-tjeneste godkjent som norsk del 1. Flere skriver at det vil være viktig få på plass et godt system for vurdering av kompetanse og for hvordan komplementerende utdanning skal gjennomføres. De som er skeptiske til forslaget argumenterer blant annet med at LIS1 skal gi leger grunnleggende kjennskap til hvordan den norske helsetjenesten er bygget opp.

### **Kort om økonomiske og administrative konsekvenser**

Arbeidet med å utrede alternativer modeller for leger med kliniske erfaring vurderes innenfor rammene for tilsvarende utredninger, både for tjenestene og for Helsedirektoratet og vil ikke kreve ekstraordinære ressurser. Helsedirektoratet vil trenge minimum 2 måneder for å utrede hjemmel for å unnta fra kravet til del 1 for leger som har en norsk spesialistgodkjenning på bakgrunn av spesialistutdanning i utlandet, og som påbegynner en ny spesialistutdanning i Norge. Alternativt til å utrede dette separat er å inkludere arbeidet i prosessen med å utrede alternative modeller for leger med lang klinisk erfaring.

## **5.2 Tiltak som Helsedirektoratet ikke anbefaler**

*Av hensyn til kvalitet på utdanning og pasientsikkerhet anbefaler vi ikke å redusere varigheten på del 1, eller å gå bort fra rekkefølgekravet om at sykehustjenesten av del 1 må gjennomføres først. Vi anbefaler heller ikke å gjøre endringer i kravene til oppnådde læringsmål eller fraværeregler for å kunne gå videre til neste del av spesialistutdanningen.*

## **Redusere varigheten av del 1 av spesialistutdanningen**

Spesialistutdanningen for leger omfatter i dag praktisk tjeneste, teoretisk undervisning og andre læringsaktiviteter i minst seks og et halvt år etter tildelt autorisasjon eller lisens. Det fremgår av spesialistforskriftens § 2 at del 1 har en samlet varighet på 18 måneder, der LIS1 først gjennomfører 12 måneder i sykehus, deretter seks måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Ved å korte ned tiden i del 1 vil flere leger kunne gjennomføre på kortere tid. I dialogen med aktørene og i høringen ble det uttrykt tydelig motstand mot å korte ned tiden i del 1. Flere forhold som taler imot kortere LIS1-løp ble belyst. Den vesentligste innvendingen var at en redusert varighet vil gå utover læring, kvalitet og pasientsikkerhet. Det var bred enighet om at dagens ordning med 12 måneder i sykehus og 6 måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er helt nødvendig for å sikre tilstrekkelig faglig utvikling og modning tidlig i spesialistløpet. Kortere tid i del 1 vil også gå ut over selvstendigheten til LIS1 og kvalitet i utdanningen. Flere av aktørene påpekte at LIS1 først oppnår tilstrekkelig selvstendighet og faglig progresjon mot slutten av perioden i sykehus og kommune.

Det ble fra det allmenne medisinske miljøet og NSDM lagt vekt på at kortere LIS1-løp vil kunne bidra til svekket rekruttering til fastlegeordningen dersom LIS1 ikke oppnår tilstrekkelig mestring mens de arbeider i kommunehelsetjenesten. Det ble også påpekt at kortere tid i sykehus kan føre til behov for

styrket supervisjon og veiledning i kommunehelsetjenesten. Resultatet vil være økt arbeid for andre leger i kommunen, og en økt belastning på en allerede presset fastlegetjeneste.

I dialogen med tjenestene fikk Helsedirektoratet tilbakemelding om at fire måneder innen medisin og kirurgi er et minimum for å oppnå tilstrekkelig faglig trygghet og kompetanse, og bli tilstrekkelig forberedt til mer selvstendig arbeid i kommunehelsetjenesten. En nedkorting av tiden i sykehus vil dermed kunne få konsekvenser for hvor LIS1 kan oppnå læringsmålene. Tidligere utredninger og kartlegginger av modeller for nedkorting av tiden i turnus, viser blant annet at både arbeidsgivere og turnusleger opplever et redusert læringsutbytte av kortere tid enn 6 måneder innen indremedisin og kirurgi. Det antas at dette også vil kunne gjøre seg gjeldende for LIS1. Jo kortere tid i tjeneste på den enkelte avdeling, desto mindre læringsutbytte vil det kunne forventes.

Reduseres tiden i sykehus til for eksempel 10 måneder, vil det bli vanskeligere å beholde en tredeling av tjenesten og oppnåelse av læringsmål innen andre arenaer. Om lag 30 % av LIS1-stillingene har tredelt sykehustjeneste, og de fleste med tredelt tjeneste har tjeneste i psykiatri i tillegg til kirurgi og indremedisin. Reduseres varigheten av LIS1, vil færre få tjeneste i psykiatri. Se vedlegg 3 for muligheten til å benytte ulike læringsarenaer for LIS1.

I tillegg ble det påpekt at det kan bli utfordrende å få satt inn ekstra tiltak (som økt veiledning) for de LIS1 som har vanskeligheter med å oppnå læringsmål i tide i sykehus og/eller kommune. Det ble påpekt at det for mange er vanskelig nok å oppnå læringsmål i løpet av 18 måneder og leger som er usikre trenger styrket supervisjon og veiledning i en periode for å oppnå tilstrekkelig kompetanse. Det vil være uheldig dersom flere LIS1 må supplere med reststillinger for å oppnå tilstrekkelig kompetanse og læringsmålene. Dette vil sette reststillingene under press og virke mot sin hensikt.

Selv om redusert tid i del 1 kan være et effektivt tiltak for å øke gjennomstrømningen og dermed redusere behovet for å opprette flere LIS1-stillinger, anbefaler Helsedirektoratet ikke tiltaket. Fordelene ved kortere tid i del 1 vurderes ikke å veie opp for ulempene og negative konsekvenser for kvalitet på spesialistutdanningen og pasientsikkerhet. Vesentlig elementer i vurderingen er også negativ innvirkning på rekruttering, belastning på en allerede presset fastlegetjeneste og økte kostnader til veiledning og supervisjon i kommunene.

## Rekkefølgen av tjenesten i del 1

Det fremgår av spesialistforskriftens § 2 at LIS1 først må gjennomføre tolv måneder i spesialisthelsetjenesten og deretter seks måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Gis leger mulighet for å gjennomføre kommunedelen først, kan dette føre til en mer fleksibel ordning og dermed økt gjennomstrømning i LIS1.

Hovedformålet med del 1 er å gi nyutdannede leger en felles faglig plattform og gi trygghet i det videre legearbeidet. Del 1 er lagt opp slik at leger får praktisk erfaring innen et bredt spekter av tilstander i sykehus, herunder akuttarbeid, slik at de kan jobbe mer selvstendig i kommunen, på fastlegekontor og legevakt. Klinisk erfaring og opplæring fra sykehus ble i dialogen med aktørene angitt som viktig for å kunne arbeide i legevakt, der pasientene ofte har akutte medisinske og kirurgiske tilstander. Erfaring fra



sykehus vil kunne hjelpe LIS1 til bedre å kunne avgjøre hvem som må innlegges eller henvises til sykehus, og hvem som kan observeres hjemme og dermed unngå unødvendige innleggelse eller henvisninger. Spesielt i distrikt med lang avstand til sykehus er denne vurderingskompetansen svært viktig.

Flere av de felles kompetansemålene i kommunen bygger på opplæring som skjer i sykehus. For noen læringsmål blir læringsaktiviteter påbegynt i sykehus, og fullført, kompetansevurdert og godkjent i kommunen. I alt 24 felles kompetansemål godkjennes i sykehus og 26 godkjennes i kommunen. En kan se for seg at LIS1 kan delta på noe av opplæringen i sykehus mens de er i kommunehelsetjenesten, men det vil kreve mer tilrettelegging av arbeidshverdagen og kan gi tapte inntekter til kommunen. En endring i kravet om rekkefølgen i LIS1 vil medføre at innretningen på de felles kompetansemålene må vurderes.

I dialogen med tjenestene var det stor enighet om at endret rekkefølge på tjenesten i LIS1 ikke var å anbefale. Det ble imidlertid fremmet forslag om at leger med lang erfaring i visse tilfeller kanskje kan gå direkte til LIS1 i kommunehelsetjenesten. Mange leger med utenlandsk utdanning vil imidlertid ha liten kjennskap til det norske helsevesenet, og året på sykehus er viktig for å forstå samarbeidet og samhandlingen mellom sykehus og kommune.

Oppsummert var tilbakemeldingen fra dialogen med aktørene og i høringen at det ikke er ønskelig å gjøre endringer i rekkefølgekravet for del 1 av spesialistutdanningen. Helsedirektoratet deler vurderingen og finner at tiltaket vil ha for negative konsekvenser for kvalitet på utdanningen og pasientsikkerhet. Praktisk erfaring fra sykehus sikrer en faglig plattform som er viktig for arbeid i kommunehelsetjenesten. Ulempene som tiltaket innebærer oppveier ikke fordelene ved at ordningen ville blitt mer fleksibel. Helsedirektoratet anbefaler imidlertid å se nærmere på hvorvidt enkelte leger med lang klinisk erfaring kan gjennomføre del 1 i kommunehelsetjenesten først (se kapittel 5.1).

## Endre krav for å gå videre i spesialiseringen

Spesialistforskriften stiller krav om at alle læringsmål i del 1 skal være oppnådd før lege kan gå videre til den spesialisertspesifikke delen av utdanningen. I spesialistforskriftens § 31 er det en egen bestemmelse om fravær i del 1. Kravene i §§ 18 og 31 om at alle læringsmål må være oppnådd og beregning av fravær, gjør at mange leger må få forlenget tjenesten for å oppnå læringsmål eller få nok tellende tjeneste.

Grunnet covid-19 ble det innført midlertidige unntak i §§ 18 og 31. Hvis læringsaktiviteter var falt bort eller blitt endret på grunn av covid-19, kunne leger gå videre til del 2/3 selv om ikke alle læringsmålene i del 1 var oppnådd. Videre gikk ikke fravær som følge av covid-19-utbruddet til fratrekk i tjenestetiden.

I dialogen med tjenesten ble det diskutert to tiltak som kunne bidra til å gjøre LIS1-ordningen mer fleksibel. Det første var å la LIS1 fortsette i spesialistløpet hvis alle læringsmål var oppnådd, men LIS1 hadde fravær litt over tillatt grense. Det ville fortsatt være krav om at legen dokumenterer minimum 6,5 år samlet tjenestetid for å bli spesialist. Det andre forslaget var at LIS1 kan fortsette i spesialistløpet selv om det mangler en mindre del av læringsmålene for LIS1. I dette tiltaket vil det være krav om at de resterende læringsmålene blir oppnådd senere i spesialistløpet. Alle læringsmålene må altså være oppnådd og godkjent til slutt, men rekkefølgen kan være mer fleksibel enn i dag.

Tiltakene fikk liten støtte i dialogen med aktørene og i høringen. En tilbakemelding var at tiltakene kan egne seg i ekstraordinære situasjoner, men ikke som permanente endringer. Det ble fremhevet at tiltakene kan skape mer administrativt arbeid: i dag er krav om alle læringsmål og fraværsregler tydelige, men med tiltakene åpnes det for vurderinger. Det ble fremhevet at tiltakene fremstår som unødvendige fordi det i normale omstendigheter ikke er slik at kravene skaper store problemer.

Ulike aktører kommenterte at muligheten til å gå videre fra LIS1 uten å ha oppnådd alle læringsmål innebærer en underminering av LIS1, at det kan bli praktisk vanskelig å ta igjen læringsmål senere og at det ville innebære en risiko for pro forma signering senere i spesialiseringen. Det kan bli vanskelig å avgrense hvor mange og hvilke læringsmål det ville være i orden at LIS1 kan ta senere i spesialiseringen. Tiltaket kan føre til at arbeidsgivere ikke legger til rette for at LIS1 skal oppnå alle læringsmål, og med det skyver ansvaret for læring over på andre senere i spesialiseringen.

Helsedirektoratet anbefaler ikke at kravene for å gå videre i spesialiseringen blir endret. Det er vår vurdering at tiltaket har flere ulemper enn fordeler.

# 6. Bedre rekruttering til allmenmedisin

I Helsedirektoratets utredning av antall LIS1-stillinger fra 2019 ble det fremhevet ulike tiltak som kunne bidra til bedre rekruttering til allmenmedisin. I dette kapitlet beskriver vi hvordan LIS1-stillinger kan benyttes for å øke rekruttering til allmenmedisin.

For å innhente erfaringer med om LIS1-stillinger kan bidra til rekruttering til allmenmedisin gjennom å knytte ansettelsene opp mot ALIS- og/eller introduksjonsavtaler, anbefaler Helsedirektoratet at det innføres et pilotprosjekt hvor en andel nye LIS1-stillinger knyttes til de nevnte avtalene. Koblingen innebærer forutsigbarhet for legene og for kommunene, kommunene vil bli mer engasjert i ansettelsen av LIS1 og tiltaket kan bidra til at legen fortsetter et spesialisingsløp i allmenmedisin. Det anbefales at LIS1 først knyttes til avtalene ved ansettelse i del 1 i kommunehelsetjenesten, alternativt mens de arbeider som LIS1 i kommunehelsetjenesten.

Helsedirektoratet anbefaler videre at ALIS-kontorenes mandat utvides til å også omfatte LIS1. Styrket supervisjon og veiledning samt det å få flere kommuner engasjert i ansettelsesprosessen av LIS1 vil også bidra til økt rekruttering. Mot slutten av kapitlet beskrives kort to tiltak som ikke er anbefalt: redusere tiden det tar å bli spesialist i allmenmedisin, og tilbringe mer av LIS1-tjenesten i kommune.

## 6.1 Utfordringer med rekruttering til kommunene

Både tidligere studier og tilbakemeldinger fra tjenestene bekrefter at LIS1-tjenesten er en viktig kilde for legerekuttering. Representanter for tjenesten ser på LIS1 som en av de viktigste rekrutteringsarenaene inn i allmenmedisin. Studier viser at introduksjon til allmenmedisin gjennom strukturerte opphold underveis i utdanningen kan bidra til å bedre studenters holdninger til faget allmenmedisin<sup>59</sup> og positive

---

<sup>59</sup> Musham og Chessman 1994.

erfaringer fra allmennpraksis i eller etter grunnutdanning er viktig for rekruttering til videre arbeid i kommunehelsetjenesten<sup>60</sup>.

Som en del av Kommunesektorens arbeidsgivermonitor gjennomførte KS i 2019 en undersøkelse av hvor utfordrende det er for kommuner å rekruttere ulike yrkesgrupper, herunder leger<sup>61</sup>. Antall og andeler av kommuner som har beskrevet rekrutteringsutfordringer har variert noe fra år til år, og det var ikke noe klart utviklingsmønster i perioden 2012 til 2017. Tallene viser imidlertid at det har blitt mer utfordrende for kommunene å rekruttere leger i perioden etter 2017<sup>62</sup>.

Evalueringen av fastlegeordningen fra 2019<sup>63</sup> viser at rekrutteringsutfordringer og lav stabilitet i legestanden som over tid har vært tilstede 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.

Mens den største utfordringen i distriktskommuner har vært å få fastleger til å bosette seg over tid i kommunen, er utfordringen i mer sentrale kommuner å få yngre leger til å etablere seg. Forhold ved fastlegeyrket gjør at potensielle 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. 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 regjeringens handlingsplan for allmennlegetjenesten<sup>64</sup>.

### **Erfaring fra distrikt virker rekrutterende**

For rekruttering til distrikt er det to dominerende hypoteser om hva som bidrar til å rekruttere leger til arbeid i distrikt<sup>65</sup>. Det ene er "rural origin": Å ha oppveksterfaringer fra distrikt øker sjansen for 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 distrikt<sup>66</sup>. Halvparten av legene som i dag tilsettes i en LIS1-stilling har gjennomført utdanningen sin utenfor Norge<sup>67</sup>. En økning av studieplasser i Norge i tråd med Grimstadutvalgets anbefalinger<sup>68</sup> om at Norge innen 2027 skal utdanne 80 % av våre egne leger, ville bidra til at flere nyutdannede leger eksponeres for tjeneste i distrikt.

---

<sup>60</sup> Seppola-Edvardsen og Brandstorp 2018: 16.

<sup>61</sup> Kommunesektorens organisasjon 2019.

<sup>62</sup> Helsedirektoratet 2019. Leger kommune- og spesialisthelsetjenesten.

<sup>63</sup> EY og Vista Analyse 2019.

<sup>64</sup> HOD 2020. Handlingsplan for allmennlegetjenesten.

<sup>65</sup> Abelsen, Gaski og Fosse 2020.

<sup>66</sup> Straume og Shaw 2010, Gaski og Abelsen 2014: 7.

<sup>67</sup> 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.

<sup>68</sup> Oslo Economics (2019)

En studie av jobbpreferanser blant siste års legestudenter og turnusleger<sup>69</sup> viste at nesten 20 % foretrakk jobb som fastlege i distrikt fremfor i en større by, dersom de kunne være trygge på å:

- 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 distrikt<sup>70</sup>. 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 SSBs viser eksempelvis at 22 % av alle fastleger i Norge i 2017 var innvandrere. I de minst sentrale kommunene var denne andelen 33 %<sup>71</sup>. Noen av faktorene kan påvirkes sentralt gjennom tilrettelegging av grunnutdanningen og spesialistutdanning, men tiltak som bidrar til rekruttering, må ofte gjøres på lokalt nivå<sup>72</sup>.

### **Vekst i legestillinger**

Siden opphevelsen av kvotefordelingssystemet 2013 har det vært en betydelig vekst i legestillinger<sup>73</sup>. Veksten i spesialisthelsetjenesten har vært på omkring 23 prosent mot 15 prosent i kommunene og 80 prosent av de nye årsverkene har vært i spesialisthelsetjenesten. For kommunene har det blitt vanskeligere å rekruttere allmennleger de siste par årene, og utviklingstrekk i fastlegeordningen gir grunn til bekymring<sup>74</sup>.

### **Tilskudd for å rekruttere leger til kommunene**

I 2012 ble det etablert to tilskuddsordninger for å rekruttere leger til kommunene. Den ene tilskuddsordningen var til opprettelse av fastlegehjemler, den andre var tilskudd til spesialistutdanning i allmenntilleggsmedisin. I tilskuddsordningen til fastlegehjemler ble det gitt tilskudd på omtrent 300.000 kroner per nyetablerte hjemmel. Det ble i 2012 og 2013 utbetalt henholdsvis 14 MNOK og 75 MNOK til opprettelse av hjemler. For tilskuddsordningen til spesialistutdanning i allmenntilleggsmedisin ble det gitt omtrent 19 MNOK årlig frem til 2017. Formålet med tilskudd til spesialistutdanning var å bidra til å styrke rekrutteringen til og stabiliteten i allmenntilleggsmedisintjenesten i distriktene. I 2017 ble det etablert en ny tilskuddsordning kalt "Rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsvansker". Denne ordningen varte til 2019. Det ble utbetalt 9,8 MNOK i 2017, 25,3 MNOK i 2018 og 63,9 MNOK i 2019. Det er i dag en tilskuddsordning kalt "ALIS-avtaler for næringsdrivende fastleger"<sup>75</sup>. Målet er å øke antall

---

<sup>69</sup> Holte m.fl. 2015.

<sup>70</sup> Abelsen, Gaski og Fosse 2020.

<sup>71</sup> Tabell 07387: "Fastleger, etter innvandringskategori, sentralitet, statistikkvariabel og år", hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/07387/>

<sup>72</sup> Abelsen og Brandstorp 2019: 3.

<sup>73</sup> Frem til 2013 måtte kommuner og sykehus søke departementet om opprettelse av nye legestillinger. Reguleringen ble avvirket i 2013.

<sup>74</sup> Helsedirektoratet. 2019. Leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten

<sup>75</sup> Les mer på Helsedirektoratets nettside: <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/alis-avtaler-for-naeringsdrivende-fastleger>

fastleger i kommunen, redusere antall ledige fastlegeavtaler og øke stabilitet blant allmennleger i spesialisering. Tilskuddet går til tiltak som har økonomiske konsekvenser for kommunen forbindelse med gjennomføring av læringsaktiviteter. For 2020 er det satt av inntil 66 MNOK.

### **ALIS-prosjekter**

Forsøk med ansettelse i øremerkede stillinger som allmennlege i spesialisering (ALIS), er en modell som har blitt fremhevet som et bidrag til å styrke rekrutteringen til allmenntilleggsmedisin gjennom ALIS-ordningen<sup>76</sup>. Siden 2016 har det blitt tildelt midler gjennom statsbudsjettet til å etablere utdanningsstillinger for allmennleger i ALIS-Vest prosjektet<sup>77</sup>. Ordningen ble utvidet med et tilsvarende prøveprosjekt i Nord-Norge i 2018<sup>78</sup>. Utdanningsstillingene i ALIS-prosjektene er i tråd med rammeverket i ny spesialistutdanning og flere av tilbudene til ALIS strekker seg utover minstekravene i spesialistforskriften. Det er opprettet både kommunale stillinger og stillinger knyttet til ulike modeller for næringsdrift.

## **6.2 Knytte LIS1-stillinger opp mot ALIS-avtaler**

*Å knytte en andel LIS1-stillinger til ALIS-avtale er et mulig tiltak som kan bidra til at legen fortsetter spesialistløpet i allmenntilleggsmedisin.*

Stillingene i ALIS-Nord og ALIS-Vest er tilrettelagte stillinger med mulighet for fast lønn, styrket supervisjon og veiledning, kortere listelengde og rom for faglig utvikling i arbeidstiden. Dette angis som viktige forutsetninger for rekruttering og stabilisering. Å knytte LIS1 til ALIS-avtale er et mulig tiltak som kan bidra til at legen fortsetter spesialistløpet i allmenntilleggsmedisin. Tiltaket tar sikte på at en viss andel av eksisterende eller nyopprettede LIS1-stillinger øremerkes til videre arbeid i allmenntilleggsmedisin.

Legen vil etter gjennomføring av LIS1 gå inn i et spesialiseringsløp med ALIS-avtale, og vil ha rett på enten fastlegehjemmel eller fast stilling innen andre kommunale arbeidsoppgaver<sup>79</sup>. På samme måte som i ALIS-Vest prosjektet, kan en gruppe av kommuner samarbeide om å tilby stillinger i en av kommunene. Dette kan organiseres enten som et samarbeid mellom nærliggende kommuner som f.eks. har felles legevaktområde, kommuner som sokner til et helseforetak eller kommuner i et helsefelleskap. Hvilken modell som velges, bør være opp til kommunene som ønsker en slik ordning.

Det er minst to alternativer for tidspunktet hvor koblingen mellom LIS1 og ALIS-avtale kan skje. Det første alternativet er at lege ansettes i LIS1-stilling og ALIS-avtale samtidig. Det forutsettes at ansettelsen skjer i samarbeid mellom kommunen og helseforetaket, men at kommunen får beslutningsmyndighet ved ansettelsen av LIS1. Rent praktisk kan det legges inn i utlysningsteksten til LIS1-stillingene at en eller

<sup>76</sup> Gaski m.fl. 2020.

<sup>77</sup> Hjemmesiden til ALIS-Vest: <https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/alis-vest>

<sup>78</sup> Hjemmesiden til ALIS-Nord: <https://www.alis-nord.no/>

<sup>79</sup> Andre kommunale arbeidsoppgaver for leger inkluderer blant annet stillinger ved legevakt, sykehjem, enhet for kommunalt øyeblikkelig-hjelp døgnoophold (KAD/ØHD), fengselshelsetjeneste, helsestasjon og skolehelsetjeneste.

flere av stillingene er knyttet opp mot ALIS-avtale. Dersom det er ønskelig at tilknytningen til ALIS-avtale skal skje ved inngåelse av LIS1-stilling, kan dette legges inn i søknadsportalen.

Et alternativ til ansettelse i stilling med ALIS-avtale samtidig med LIS1-stillingen, er at LIS1 inngår ALIS-avtale samtidig med ansettelse som LIS1 i kommunen eller mens LIS1 arbeider i kommunen. LIS1 ansettes vanligvis i kommunehelsetjenesten i løpet av det siste halvåret i helseforetaket (HF), enten på bakgrunn av loddtrekning eller ønske i prioritert rekkefølge. I henhold til denne modellen vil LIS1 kunne søke på stilling med ALIS-avtale i en eller flere kommuner som både har LIS1-stilling og som tilbyr videre engasjement i stilling med ALIS-avtale. Kommunen ansetter da den legen de mener er best egnet, samtidig som søkerens ønske ut fra geografi og eventuelt legepraksis kan vektlegges i ansettelsesprosessen. Ved at koblingen til ALIS-avtale skjer etter tilsetting som LIS1 i sykehus/HF, kan løsningen bidra til å utelukke søkere som oppgir at de ønsker å arbeide innen allmenntilleggsmedisin bare for å få en stilling som LIS1. I utlysningsteksten kan det fremgå at det er mulig å søke på en eller flere LIS1-stillinger med påfølgende ALIS-avtale. Alternativt kan det bli benyttet egne stillinger som ikke er koblet til formålet. I kapittel 4.1 beskrives modellen med utlysning av enkelte av stillingene i helseforetak og kommune separat. Ved å utlyse stillingene i kommunehelsetjenesten eksempelvis 3-4 måneder før oppstart vil kommunen kunne utlyse stillingen på nytt dersom det ikke er et tilstrekkelig antall kvalifiserte søkere. I dette tiltaket vil legen inngå en avtale om LIS1 og ALIS-avtalen samtidig og vil være bundet av avtalene knyttet til ALIS-avtalen.

### **Innspill fra aktørene**

I dialogen med aktørene var det støtte til modellen med å knytte LIS1-stillingene opp mot ALIS-avtaler. Det var flere innspill om at ansettelse i ALIS-avtaler bedre egnet i kommuner med fast ansatte leger enn i kommuner med næringsdrift som hovedmodell. ALIS-Nord prosjektet har erfart at det er vanskelig å rekruttere til næringsdriftstillinger<sup>80</sup>. Muligheten for å koble LIS1 til ALIS-avtaler bør imidlertid ikke begrenses til kommuner med fastlønn, det bør også være mulighet for å knytte LIS1-stillinger til ALIS-avtaler med næringsdrift. 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 2 eller 3 år. Ulike modeller kan inngå i piloteringen.

Det har vært ulike utfordringer knyttet til rekruttering og stabilisering i ALIS-prosjektene. Flere av aktørene støttet en prøveordning hvor et begrenset antall LIS1-stillinger kobles opp mot ALIS-avtaler. Flere argumenterte for at disse måtte komme i tillegg til de eksisterende LIS1-stillingene. I etterkant av møtene er det blitt kjent at Regjeringen i statsbudsjettet for 2021 har forslått 100 nye LIS1-stillinger. Det er mulig å bruke noen av disse til å teste ut kobling mot ALIS-avtale. I innspill fra ALIS-Nord, ble det anbefalt et pilotprosjekt med 60 LIS1-stillinger med kobling til ALIS-avtaler. Disse ble anbefalt fordelt på små, mellomstore kommuner og bykommuner.

---

<sup>80</sup> Holte 2020: 6.

### 6.3 Knytte LIS1-stillinger opp mot introduksjonsavtaler

*Å knytte en andel LIS1-stillinger til introduksjonsavtaler er et mulig tiltak som kan bidra til at legen fortsetter spesialistløpet i allmennmedisin.*

Et alternativ til å knytte LIS1-stillinger opp mot ALIS-avtaler, er at noen LIS1-stillinger knyttes opp mot introduksjonsavtaler. En introduksjonsavtale er en avtale som gir leger under spesialisering i allmennmedisin rett til trygdefusjon under visse vilkår når de arbeider på andre fastlegers liste samtidig med fastlegen selv<sup>81</sup>. Introduksjonsavtaler gir leger muligheten til å prøve ut hvordan det er å arbeide som fastlege under trygge rammer uten å ha ansvaret for egen liste. Ett av to hovedformål med introduksjonsavtaler er å øke rekruttering til fastlegeordningen. Det andre hovedformålet er at leger som allerede arbeider i stillinger innen andre kommunale allmennlegeoppgaver, skal få anledning til å arbeide på annen fastleges liste slik at de oppfyller spesialistforskriftens krav til to år i åpen uselektert praksis.

Helsedirektoratet vurderte i 2019 at introduksjonsavtaler egner seg best for store og mellomstore kommuner der hovedregelen er at fastleger har næringsdrift og lange pasientlister. Større byer og kommuner har også leger som arbeider heltid innen andre allmennmedisinske arbeidsområder som for eksempel på legevakt, sykehjem, enhet for øyeblikkelig hjelp døgnopphold og helsestasjon. Mange av disse mangler to år åpen uselektert praksis for å bli spesialist i allmennmedisin. I mindre folkerike kommuner har fastlegene generelt kortere lister og noen av fastlegene arbeider i tillegg med andre kommunale arbeidsoppgaver i mindre stillinger. Introduksjonsavtaler vil derfor ha mindre relevans i disse kommunene. Selv om introduksjonsavtaler har potensiale til å øke rekruttering til allmennmedisin, spesielt i de større byer, er det ikke samme grad av tilrettelegging og oppfølging av legen som i ALIS-avtalene. God oppfølging av veileder har vist seg å være viktig for at leger skal velge et spesialistløp innen allmennmedisin.

Også for leger som skal starte i LIS1 kan det være attraktivt å fortsette i en introduksjonsavtale i kommunen. Det er mulig å knytte søkeren til introduksjonsavtalen samtidig med ansettelse av LIS1 eller når LIS1 arbeider i spesialisthelsetjenesten og kommuneplasser skal fordeles. Yngre leger ønsker seg trygge rammer, det vil si fast lønn, tid til faglig fordypning og styrket supervisjon og veiledning i begynnelsen av karrieren som allmennlege. Dette er tiltak som er viktig for å bli trygg på arbeidet i allmennpraksis. Et forslag som kom opp i dialogen med aktørene, var at kommuner kan tilby stilling med fast lønn i begynnelsen av ALIS-løpet, og at LIS etter å ha opparbeidet seg erfaring i noen år går over i næringsdrift. For de legene som ønsker å begynne med fastlønn før overgang til næringsdrift vil introduksjonsavtale legge godt til rette for dette, med en naturlig overgang til endret avtaleform etter endt avtaleperiode.

---

<sup>81</sup> Les mer i Helsedirektoratets rapport om introduksjonsavtaler i allmennpraksis fra 2019 og Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat fra 2020.



## 6.4 Diskusjon av kobling til ALIS- og introduksjonsavtaler

*Helsedirektoratet anbefaler at en andel LIS1-stillinger kobles opp mot ALIS- og introduksjonsavtaler. For å vurdere gjennomførbarhet og om tiltaket fører til økt rekruttering til allmenntilleggsmedisin, bør det prøves ut i et pilotprosjekt.*

Det er både klare fordeler og ulemper knyttet til koblingen mellom LIS1-stillinger og ALIS-avtaler/introduksjonsavtaler. Hensynet til forutsigbarhet for legen og fordelene ved å ha flere søkere å velge imellom, talar for ansettelse samtidig. Dette krever at kommunen har eller kommer til å få en ledig stilling nesten to år etter ansettelsen av LIS1. Ansettelse av ALIS samtidig med søknad til LIS1 i kommunen vil gi kommunen bedre mulighet for å være sikre på at de kan tilby en ALIS-stilling, og det vil være mulig å få flere kommuner inn i ordningen. Det er knyttet usikkerhet til om noen av disse tiltakene vil virke rekrutterende. Dokumentasjonen på rekrutteringseffekten i ALIS-stillingene med ansettelse etter LIS1 er imidlertid god. Helsedirektoratet vurderer at det er mest hensiktsmessig å lyse ut ALIS-stillinger samtidig med ansettelse som LIS1, eller mens LIS1 arbeider i kommunehelsetjenesten.

### **Knytte LIS1-stillinger opp mot ALIS-avtale**

Modellen med å knytte LIS1 til ALIS-stillinger kan by på praktiske og logistiske utfordringer med hensyn til forutsigbarhet for både kommune og legen som ansettes. Utlyses stillingene innen en gruppe av kommuner, eksempelvis inne et fylke, eller i et helsefelleskap vil dette kreve et større administrativt arbeid å holde oversikt over ledige stillinger. Her kan ALIS-kontorene bidra som rådgiver med sin oversikt over rekrutteringssituasjonen regionalt og lokalt og de kan få en viktig rolle i koordineringen av tilgjengelige stillinger.

### **Ansettelse samtidig som LIS1 eller i løpet av LIS1?**

For å kunne inngå avtale om ansettelse i LIS1 og ALIS-avtale samtidig, må kommunen vite at den har en stilling ledig når legen er ferdig i LIS1, dvs. halvannet år etter oppstart. Siden stillingene for LIS1 utlyses nesten et halvt år før oppstart, vil kandidaten ansettes nesten to år før oppstart i ALIS-stilling.

Dersom lege får tilbud om videre ALIS-avtale allerede ved inngåelse av LIS1-stilling, vil vedkommende få økt forutsigbarhet og anledning til å planlegge sitt liv i en lengre tidshorisont. Spesielt for leger som vet hvor de ønsker å bosette seg, kan en tidlig binding være positivt. Det er imidlertid en risiko for at LIS1 bryter avtalen med kommunen, blir syk eller skal ut i foreldreperiode og kommunen vil da både stå uten LIS1 og ALIS. Omvendt kan kommunen komme i den situasjon at det er leger som er i del 3 i allmenntilleggsmedisin som ønsker seg til kommunen. Ved en binding to år før LIS1 skal fortsette som ALIS kan kommuner gå glipp av potensielle kandidater som ønsker å arbeide i kommunen. Kommuner som har ledig stilling tidligere må da belage seg på vikar.

Det kan være vanskelig å lage en bindende avtale mellom kommunen og søkeren nesten to år før vedkommende skal starte i ALIS-stillingen. En må i så fall lage en "interesseavtale", der LIS1 har mulighet for å trekke seg fra stillingen og kommunen har mulighet for å løse LIS1 fra stillingen dersom de står uten lege og har relevante søkere.

Tiltaket kan fungere der det er en sikker match mellom søker og kommune. Dersom ansettelsen betraktes som en fast ansettelse allerede fra LIS1-tiltredelsen, vil dette være ivaretatt. En for sterk binding mellom LIS1 og ALIS-avtale kan føre til at leger kvier seg for å inngå en slik avtale. Helsedirektoratets vurdering er at vanlig oppsigelsestid vil være den mest hensiktsmessige løsningen.

Senere avtaleinngåelse, når LIS1 jobber i sykehus, kan bidra til å utelukke søkere som oppgir at de ønsker å arbeide innen allmenntidrett bare for å få stilling som LIS1 og som egentlig ikke ønsker ALIS-avtale. Likeledes kan det være flere som oppdager at de ikke ønsker å jobbe i sykehus i løpet av LIS1 og heller ønsker å arbeide i kommunehelsetjenesten.

I tilbakemeldinger fra aktørene og i høringen kom det frem at mange leger ikke har bestemt seg for hvilken spesialitet de ønsker å jobbe i før de begynner i LIS1. Leger bruker gjerne tiden som LIS1 til å finne ut hvilken retning de vil gå, og prøver seg frem innen ulike spesialiteter etterpå. Det er eksempler på at leger som ikke hadde tenkt seg å jobbe innen allmenntidrett fortsetter innen fagfeltet på bakgrunn av positive opplevelser under turnus/LIS1. Ved inngåelse av ALIS-avtale før legen har startet på LIS1-tjeneste i kommunen, går kommuner glipp av kandidater som i løpet av tiden i kommunehelsetjenesten finner ut av at de ønsker videre spesialisering i allmenntidrett. Det kan også være leger som omvendt ønsker å arbeide i sykehus selv om de tidligere hadde interesse for allmenntidrett. Det er mulig at de legene som søker seg til ALIS-koblingen er de som fra før var interessert i en spesialisering i allmenntidrett, i så tilfelle kan tiltaket ha begrenset effekt på rekruttering. Løsningen med å knytte LIS1-stillinger til senere spesialisering i allmenntidrett er også foreslått av Legeforeningen, som viser til at en slik modell har bred støtte blant studenter og ferdige leger.

En ulempe med ansettelse i ALIS-stilling i løpet av LIS1, er at kommunen får færre kandidater å velge mellom. På utlysningstidspunktet er det flere som søker bredt og som kan være interessert i ALIS-stilling etter LIS1. Når kandidatene først har blitt ansatt kan utvalget som ønsker seg ALIS-stilling innen kommuner som samarbeider med helseforetaket være mer begrenset. Det kan imidlertid til en viss grad løses ved at kommunen er mer involvert i ansettelsesprosessen av LIS1, og ved at det inngås tverrregionalt samarbeid om ALIS-utlysningene.

### **Ansettelse direkte i en kommune eller i en gruppe av kommuner?**

Samarbeid mellom flere kommuner innen et fylke eller Helsefelleskap vil gjøre det lettere å koordinere ledige stillinger, spesielt dersom samarbeidet utvides til også å være tverrregionalt. Er formålet å rekruttere målrettet til en enkelt kommune vil tilknytning av ALIS-avtale til en gruppe kommuner ikke nødvendigvis sikre at den enkelte kommunen får den legen de ønsker eller at legen blir ansatt i den kommunen vedkommende har som førstevalg. Selv om det i ALIS-prosjektene tilbys fast stilling etter endt spesialistutdanning er dette ikke en garanti for at den som ansettes i ALIS- stilling i en kommune ønsker å fortsette å jobbe der etter endt spesialistutdanning.

Dersom inngåelsen av ALIS-avtale først skjer etter at legen har arbeidet en stund som LIS1 på sykehus, vil planleggingshorisonten være kortere og det vil være bedre oversikt over hvilke kommuner som har ledige stillinger for ALIS omtrent 9 måneder senere. Med kortere tid mellom avtaleinngåelse og oppstart som ALIS er det også mindre sannsynlighet for at permisjon eller sykdom hindrer legen å starte

opp til avtalt tid eller at LIS1 bryter avtalen. Skjer ansettelsen mens LIS1 er i kommunehelsetjeneste vil det være enda kortere planleggingshorisont, og sannsynligvis mindre sannsynlighet for avtalebrudd.

For kommuner som har næringsdrift som hovedmodell eller som konverterer fastlegehjemmel fra næringsdrift til fastlønshjemmel kan tilknytting av LIS1 til ALIS få konsekvenser for hjemmelsovertagelse fra avgående fastlege. Det er ikke noe i veien for at kommunen og fratredende lege blir enig om at en ledig hjemmel omgjøres til en fastansatt stilling, men en slik enighet vil normalt forutsette at kommunen kompenserer legens tap som følge av at vedkommende ikke får solgt praksisen og vil gi utgifter for kommunen. På den andre siden vil utgiftene til vikar fra et vikarbyrå være betydelig høyre dersom kommunen ikke får ansatt ALIS. Noen kommuner betaler allerede i dag ut avgående fastlege og gir den nye fastlegen mulighet til å prøve ut fastlegeyrket i to år før de forplikter seg til å betale for inventar og opparbeidet praksis .

### **Tilskudd til LIS1/ALIS-avtalen**

For å oppmuntre legen til å gjennomføre ALIS-avtalen, kan en mulig løsning være å knytte tilskuddsmidler til koblingen. Tilskuddet kan innrettes slik som det tidligere tilskuddet for spesialistutdanning i allmenntjenestemedisin. Det er kommunen som ansetter som vil søke om tilskuddet, og i søknaden oppgis hvilken lege som skal få tilskudd. Kommunene kan få forhåndstilskudd og gis mulighet til å overføre midler et år hvis pengene ikke blir brukt. Etter to år vil ubrukte midler måtte tilbakebetales. I tilskuddsordningen ALIS-avtaler for næringsdrivende fastleger har det vært få søkere. Departementet kan vurdere om deler av den summen i stedet kan rettes inn mot koblingen mellom LIS1 og ALIS-avtale. På den måten vil det ikke være nødvendig å finne ytterligere finansiering. Eksempelvis kan det gis tilskudd til reise og flytteutgifter eller til boligutgifter for LIS1 som skal fortsette i ALIS-stilling etterpå. Den praktiske utformingen og detaljene i en slik tilskuddsordning må utredes nærmere og kan diskuteres i trepartssamarbeidet mellom HOD, Legeforeningen og KS.

### **Høringsinnspill**

I høringen var det høy grad av støtte til å koble LIS1-stillinger opp mot ALIS-avtaler. Behov for pilotering før implementering ble påpekt av de fleste, bl.a. av ALIS-kontorene som støtter dette tiltaket og påpeker behovet for rask pilotering. Legeforeningen anbefaler pilotering, fortrinnsvis i de helseregionene som har ALIS-avtaler og forutsetter at det opprettes egne stillinger til formålet.

Likeledes fremheves viktigheten av å sikre rekruttering innen allmenntjenestemedisin og at koblede LIS1/ALIS-stillinger ikke må bli en snarvei til en koblet stilling for leger uten reelt ønske om å jobbe som allmennlege. For å unngå dette påpeker flere høringsinstanser at ansettelse de koblede stillinger bør skje enten sent i sykehusdelen av LIS1 eller mens LIS1 arbeider i kommunehelsetjenesten.

Hovedargumentet imot kobling av LIS1 til ALIS-avtale er at det er vanskelig/problematisk å binde både lege og kommune lenge før tiltredelse. Problematiseres at LIS1 kan avbryte når som helst og at kommunen må binde opp stilling lang tid i forveien med de begrensninger dette medfører. En annen innvending til koblede LIS1/ALIS-stillinger som kom frem i høringen er at LIS1 er ferske leger med for lite praktisk erfaring fra klinikk og spesialiteter til å kunne ta et valg om hvilken vei de vil gå i sitt legeliv og at det er nettopp LIS1-tjenesten som skal være med å gjøre dem kompetente for et mer kvalifisert valg av yrkesretning.

## Vurdering

Formålet med ALIS-avtaler er i all hovedsak være rekruttering til fastlegeordningen utenfor de største byene. Helsedirektoratet vurderer at det er mest hensiktsmessig å lyse ut ALIS-stillinger samtidig med ansettelse i kommunehelsetjenesten. Helsedirektoratet vurderer at det er mest hensiktsmessig å prøve ut LIS1-stillinger som knyttes opp mot ALIS-avtaler i et pilotprosjekt før en slik ordning implementeres.

## Knytte LIS1 opp mot introduksjonsavtale

I forhold til logistikk og planlegging av hensiktsmessige løp er det de samme fordelene og ulempene ved ansettelse i introduksjonsavtale samtidig med ansettelse i LIS1-stilling eller i løpet av LIS1, som det er beskrevet for ALIS-avtaler. Å knytte LIS1stillinger opp mot introduksjonsavtale ved ansettelse i LIS1 kan imidlertid bli enda mer utfordrende enn for ALIS-stillinger. For at legen med introduksjonsavtale skal få tilstrekkelig med arbeidsoppgaver, vil det i mindre kommuner hvor listelengden er kort være nødvendig at flere fastleger inngår som avtalepart og avser deler av sine pasientlister til legen i introduksjonsstillingen. Det kan være vanskelig å finne fastleger som går med på en slik avtale nærmere to år før introduksjonslegen har oppstart i stillingen, spesielt gjelder dette fastleger som ønsker å inngå en slik avtale for å redusere arbeidsmengden. Introduksjonsavtale kan da være et alternativ til deleliste. Permisjoner og sykdom kan i tillegg forlenge ventetiden. Helsedirektoratet vurderer det mest hensiktsmessig at introduksjonsavtaler knyttes opp mot LIS1-stillinger når legen arbeider som LIS1 på sykehus. Den største fordelen for alle parter vil selvfølgelig være at LIS1 som arbeider på fastlegekontor med introduksjonsavtale ønsker å fortsette sin spesialistutdanning der.

Ut fra Helsedirektoratets vurdering vil tiltaket med kobling av LIS1 til introduksjonsstillinger være mest hensiktsmessig i mellomstore og store kommuner med mange legestillinger. Introduksjonsavtaler har som hovedformål å rekruttere og beholde leger i andre fulltids allmenntilleggsstillinger ved at de får fullført spesialiseringsløpet. Disse legene vil være ferdig med LIS1. Noen av disse vil trolig likevel etter endt avtaleperiode velge seg videre til fastlegeordningen. Kommuner kan utfra lokale forhold tilby LIS1 med binding til introduksjonsavtale og sette tidspunkt for når dette kan skje. LIS1 som andre arbeidstakere ha vanlig oppsigelsestid ved inngåelse av kontrakt om LIS1 knyttet opp mot en introduksjonsavtale. Fordelen med en introduksjonsavtale med rekruttering fra LIS1 til fastlegeordningen er muligheten for et løp med et naturlig skifte i avtaleform, eksempelvis fra fastlønn til næringsdrift når avtalen opphører.

## Høringsinnspill

I høringen var det høy grad av støtte til å koble LIS1-stillinger opp mot introduksjonsavtaler. Pilotering før implementering ble støttet påpekt av de fleste. En utprøving og evaluering av koblingen til LIS1 støttes fra flere kommuner, som poengterer at løsningen kan egne seg for store kommuner og kan supplere ordningen med deleliste. Oslo kommune oppgir at *"tiltaket er svært viktig for å sikre fleksibilitet og flyt for ALIS mellom stillinger i kommunen (etat) og fastlegepraksis"*. Legeforeningen støtter tiltaket, men støtten er betinget av at det opprettes egne stillinger til formålet og anbefaler pilotering, fortrinnsvis i de helseregionene som har ALIS-avtaler.

En hovedinnvending mot koblede LIS1/introduksjonsavtaler er at LIS1 er ferske leger med for lite praktisk erfaring fra klinikk og spesialiteter til å kunne ta et valg om hvilken vei de vil gå i sitt legeliv og at det er

nettopp LIS1-tjenesten som skal være med å gjøre dem kompetente for et mer kvalifisert valg av yrkesretning.

### **Vurdering**

Introduksjonsavtaler egner seg etter Helsedirektoratets vurdering best til å sikre leger i kommunale stillinger to år i åpen uselektert allmennpraksis og som en introduksjon til arbeidet som fastlege for leger som ikke er klar til å forplikte seg til å overta en fastlegehjemmel. Hvorvidt kobling til LIS1-stillinger vil kunne bidra til bedre rekruttering til allmennmedisin er usikkert. Det vil være behov for å innhente erfaringer om hva som motiverer LIS1 til videre arbeid innen allmennmedisin. Tilbud om arbeid i introduksjonsstilling etter LIS1 kan være en motivasjon for leger til å velge allmennmedisin, og en måte kommuner kan motiveres til opprette LIS1-stillinger og rekruttere gjennom disse. Helsedirektoratet vurderer at det er mest hensiktsmessig å prøve ut LIS1-stillinger som knyttes opp mot introduksjonsavtaler i et pilotprosjekt før en slik ordning implementeres.

### **Kort om økonomiske og administrative konsekvenser av å knytte LIS1 til ALIS- eller introduksjonsavtaler**

ALIS-Vestprosjektet hadde ved oppstart budsjettet 5,0 MNOK for 12 ALIS-stillinger. Av disse utgiftene utgjorde tilskudd til kommunene 200 000 kroner per kandidat og kommunal egenandel 50 000 kroner. Resterende utgifter på kr 3,2 MNOK ble benyttet til prosjektledelse, kontorplass, følgeforskning og konferanser. Tilsvarende utgifter må påregnes ved etablering av nye ALIS-prosjekter med lokale kontorer, mens utvidelse av de eksisterende prosjektene er mindre arbeidskrevende og kreve færre midler.

For introduksjonsavtaler vil kommunen få utgifter knyttet til kontorleie, mer hjelpepersonell grunnet økt aktivitet, supervisjon og veiledning. For LIS1 utgjør ekstra utgifter til kontorleie og mer behov for hjelpepersonell i gjennomsnitt kr 500 000. Normalt kan vi legge til grunn et normtall på 0,8 medarbeider per lege. I praksis varierer dette mye fra kontor til kontor, og vil være høyere enn for kontorer som har LIS1 i og med at legen i introduksjonsstillingen har mer erfaring og har mulighet for å konsultere flere pasienter. Utgifter til kontorleie vil gjennomsnittlig være høyere i de større byene enn i distrikt.

LIS3 i allmennmedisin skal ha 3 timers veiledning per måned i 10,5 av årets måneder. Tid til supervisjon er ikke medregnet. Det er fra Helse- og omsorgsdepartementet foreslått en økning til 4 timers veiledning per måned for LIS3 i allmennmedisin<sup>82</sup>. Kostnadene ved å øke kompensasjon for den foreslåtte endringen i antall timer veiledning kommunene skal tilby og kommunenes for- og etterarbeid er beregnet til 17 300 kroner per lege per år. Totale kostnader per lege for kravet til veiledning og for- og etterarbeid er 63 500 per år. I høringen om introduksjonsstillinger legges det til grunn at en ekstra lege på kontoret forventes å gi økt tilgjengelighet, på grunn av kortere ventetid i perioder. Det antas at dette vil føre til økt etterspørsel, hvert fall i perioder, fordi pasientene går oftere til lege. Dersom økt tilgjengelighet tilsvarer 10 pst. større etterspørsel, utgjør dette økte refusjonsutgifter for folketrygden på 340 000 kroner ved et legekantor med tre leger med gjennomsnittlig listelengde og hvor også listepasientene og deres konsultasjonshyppighet er gjennomsnittlig.

---

<sup>82</sup> HOD 2020. Høring om endringer i spesialistforskriften.

## 6.5 Inkludere del 1 i mandatet til ALIS-kontorene

*ALIS-kontorene skal bidra til rekruttering og tilrettelegging for spesialisering ved å rådggi kommuner. En styrking av ALIS-kontorene kan muliggjøre at del 1 blir inkludert i mandatet.*

For å "bidra til rekruttering og tilrettelegging for spesialisering og til trygghet for legen gjennom spesialisingsløpet" i allmenntmedisin, er det i 2020 opprettet fem ALIS-kontorer fordelt over hele landet<sup>83</sup>. Kontorenes mandat er å bistå kommuner i arbeidet med ALIS-avtaler, og å gi råd og støtte til kommuner i deres arbeid med å tilfredsstille kravene i den nye spesialistforskriften. ALIS-kontorene skal samarbeide seg imellom for å sikre lik utdanning på tvers av regioner. Det kan være aktuelt at ALIS-kontorene får en rolle i del 1 av spesialistutdanningen, for eksempel å bidra til at LIS1 rekrutteres til allmenntmedisin gjennom ALIS- og/eller introduksjonsavtaler. Hvis dette skal være mulig, må kontorenes mandat utvides og bemanningen styrkes.

### **ALIS-kontorenes rolle i spesialistutdanningen i allmenntmedisin**

ALIS-kontorene skal rådggi og bistå kommunene i arbeidet med ALIS-avtaler for kommuner med rekrutteringsutfordringer. ALIS-kontorene skal også gi støtte og rådgivning til kommunene ved implementering av Helsedirektoratets anbefalte utdanningsplan for leger i spesialisering i allmenntmedisin. ALIS-kontorene skal ikke overta kommunenes oppgaver, men bidra med koordinering og rådgivning på tvers av kommunene og i den utstrekning kapasiteten tillater. ALIS-kontorene skal bistå kommuner med å skaffe kvalifiserte veiledere og skaffe oversikt over tilgjengelig veilederkapasitet og formidle dette ved behov, ev. opprette en veilederpool. De skal også bistå ved utdanning/kvalifisering av veiledere for eksempel ved formidling av aktuelle, eksisterende tilbud og/eller ved å gjennomføre egne veiledersamlinger.

Arbeid med rekruttering innen allmenntmedisin bør ses på som et kontinuum helt fra opptaksordninger til medisinstudiet ved universitetene, til ordninger som kan få spesialister i allmenntmedisin til å bli værende i stillingen over mange år. ALIS-kontorene får en unik rolle som rådgiver for kommunene i spesialistutdanningen i allmenntmedisin og vil ha overblikk over rekrutterings- og bemanningssituasjonen lokalt, men også på tvers av regionene gjennom samarbeid.

### **Styrking av ALIS-kontorene**

I Handlingsplan for allmenntlegetjenesten<sup>84</sup> er styrking av ALIS-kontorene fremhevet som ett av 17 tiltak og plassert under målområdet "attraktiv og trygg karrierevei". Regjeringen ønsker at ALIS-kontorene "kan ta en enda mer aktiv rolle og bistå til god rekruttering og opplæring i sin region." Helsedirektoratet vil få i oppgave å utrede hvordan ALIS-kontorene kan styrkes. I den forbindelse må det ses nærmere på muligheten til å utvide mandatet til også å gjelde del 1. En kan tenke seg at ALIS-kontorene for eksempel kan bistå kommuner som ønsker å delta i prosjekter med å koble LIS1 opp mot videre spesialisering for å stimulere ytterligere til rekruttering i allmenntmedisin, jf. kapittel 6.2 og 6.3. På møte med aktørene

<sup>83</sup> Tillegg til tildelingsbrev nr. 69 "Etablering av ALIS-kontor". Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet.

<sup>84</sup> HOD 2020. Handlingsplan for allmenntlegetjenesten.

høsten 2020 var de fleste enige i at det vil være positivt dersom ALIS-kontorene også kunne engasjere seg overfor LIS1, gitt adekvat finansiering av kontorene.

### **Høringsinnspill**

Forslaget fikk i all hovedsak støtte. Motstand mot tiltaket kom i hovedsak fra sykehus, men også fra kommuner som mener dette er for tidlig å implementere. Det fremheves at "utvidet mandat må ikke gå på bekostning av det viktige arbeidet som ALIS-kontorene allerede har". Flere innspill gikk på at kommunene trenger ALIS-kontorenes hjelp for å lykkes med rekruttering og gjennomføring av spesialistutdanning, men det ble ytret bekymring for LIS-kontorenes bemanning og muligheten til å kunne påta seg denne ekstraoppgave per dags dato. Det var entydig tilbakemelding om at ALIS-kontorene måtte styrkes personell- og ressursmessig om de skulle kunne bistå kommunene med LIS1. «Statsforvalteren ser dette som et godt og langt bedre tiltak enn å knytte LIS1-stillinger til ALIS- eller introduksjonsavtaler...ALIS-kontorene bør gi kommunene faglig rådgivning og bistand til å utvikle LIS1-stillingene til et attraktivt og rekrutterende virkemiddel til styrking av legetjenesten i kommunen, i et helhetlig opplegg som faglig binder sammen kommunal LIS1-tjeneste og ALIS-tjeneste".

ALIS-kontor Nord "støtter at de regionale ALIS-kontorene styrkes, og etterhvert får utvidet sitt mandat, men mener det er for tidlig å overføre et stort ansvar for LIS1-ordningen til ALIS-kontorene. ALIS-kontorene er fortsatt under etablering og vil trenge mer tid til å rekruttere nødvendig kompetanse for å utføre de oppgavene som allerede ligger i dagens mandat. For tidlig overføring av ansvar for LIS1-ordningen til vil kunne svekke muligheten til å gi kommuner og sykehus nødvendig veiledning og råd i forhold til ALIS-avtaler og videreutvikling av spesialistutdanning i allmenntjenesten".

### **Kort om økonomiske og administrative konsekvenser**

Mandatet til ALIS-kontorene er allerede i dag omfattende, og kontorene bør styrkes uavhengig av om oppgaver knyttet til LIS1 inkluderes. Styring av ALIS-kontorene er fremhevet som et tiltak i Handlingsplanen for allmennlegetjenesten. Med bakgrunn i Handlingsplanen vil Helsedirektoratet få oppdrag om å utrede hvordan styrking av ALIS-kontorene gjennomføres, herunder endringer i mandat og økonomiske/administrative konsekvenser. Eventuelle arbeidsoppgaver knyttet til for eksempel fagutvikling for del 1 (som kurs og veiledning) og rollefordeling med Statsforvalteren er noe som kan vurderes nærmere i den forbindelse. Hvis ALIS-kontorene bidrar til større fagmiljøer på tvers av kommuner vil det kunne være positivt.

## **6.6 Bedre oppfølging av LIS1 og ALIS i kommunehelsetjenesten**

*Gode rammevilkår er et viktig tiltak for å øke rekruttering til allmenntjenesten. Positive erfaringer og god oppfølging i del 1, bidrar til at flere leger velger å spesialisere seg i allmenntjenesten.*

Gode rammevilkår er et viktig tiltak for å øke rekruttering til allmenntjenesten. I det følgende vil beskrive forhold for både LIS1 og for ALIS.

Erfaring viser at mange leger skifter mening i løpet av LIS1 om hvilken spesialitet de ønsker å gå videre med. Følgforskning fra ALIS-Vest og ALIS-Nord viser at positive erfaringer og god veiledning er viktig for

videre karrierevei innen allmennmedisin<sup>85</sup>. Hvis legen opplever gode arbeidsvilkår og en følelse av trygghet i kommunen som LIS1, er sjansen større for at vedkommende vil satse på en karriere i kommunehelsetjenesten. Struktur og forutsigbarhet er to andre begrep som blir løftet frem. Noen kommuner er gode på å tilrettelegge og gjøre arbeidet attraktivt. Det er viktig for LIS1 å føle seg velkommen.

For å styrke allmennlegetjenesten og få flere spesialister i allmennmedisin, vil det være særlig behov for veiledere. Innføring av kompetanseforskriften 1. mars 2017 med krav til spesialistutdanning i allmennmedisin for alle leger i kommunale stillinger og fastleger, har ført til økt veiledningsbehov. Det samme har kravet i spesialistforskriften til 42 timers veiledning per år for leger i spesialisering i allmennmedisin (økt fra 31,5 til 42 timer høsten 2020<sup>86</sup>). Per mai 2021 er det i kompetanseportalen for ny spesialistutdanning registrert 287 leger som har påstartet utdanningsplan for spesialistutdanning i allmennmedisin. Det er fortsatt mulig å gjennomføre spesialistutdanningen etter gammel ordning, frem til 1. mars 2025, uten krav til annen veiledning enn to år i gruppeveiledning. Foreløpig vurderes behovet for individuelle veiledere moderat, men vil måtte økes i de kommende årene etter hvert som flere ALIS går over i ny ordning.

Veiledningskapasiteten er varierende fra kommune til kommune. Det er ofte for dårlig kapasitet til både styrket supervisjon og veiledning av LIS1 og ALIS i kommunehelsetjenesten, og ofte er det de samme legene som veileder LIS1 og ALIS. Det er utfordrende å få tilgang på nok veiledere som har veiledningskompetanse og det er en utfordring med pedagogisk kompetanse hos supervisører. Tilskuddet kommunene mottar dekker bare en del av deres kostnader, og ikke alle kommuner setter av nok ressurser til å kompensere veileder<sup>87</sup>. Etter innføring av ny spesialistutdanning har kommunene etterlyst økte midler til oppfølging av LIS1. Veiledningstilskuddet til kommunene, som nå også blir styrket, gjør det enklere for kommunene å skaffe veiledere, men vil ikke påvirke rollen som supervisørene har. Ordningene er ikke kommet skikkelig i gang enda, men må forventes få effekt fra og med neste år. Det som ikke er dekket, er gjennomføring av veilederkurs og lønnskompensasjon for å delta på kurs. Dette er viktige tiltak for å forbedre veiledning og bidra til å motivere flere til å bli veiledere.

Veileder av LIS1 må ikke være spesialist i allmennmedisin, men skal inneha "nødvendig erfaring". Det er heller ikke krav om at veileder for LIS1 må være tilknyttet utdanningsvirksomheten. Vi tror det er et stort potensiale når det gjelder å organisere veiledning på tvers av kommuner. Slikt samarbeid kan bidra til større nettverk, bedre kvalitet i utdanningen og en mer robust veiledningstjeneste.

Veileder for ALIS skal være spesialist i allmennmedisin. I særlige tilfeller kan Helsedirektoratet gi tidsavgrenset fritak fra kravet om at veileder for ALIS skal være spesialist i allmennmedisin. Fritak skal bare gis i unntakstilfeller, for eksempel hvis det er i en periode er uforholdsmessig store utfordringer å oppnevne veileder som er spesialist.

Mange leger ser på det som en ekstra belastning å supervisere og veilede, spesielt når honoreringen oppleves som for dårlig. Legeforeningen har spilt inn at tid brukt til veiledning og supervisjon bør

---

<sup>85</sup> Seppola-Edvardsen og Brandstorp 2018: 16, Holte 2020: 49.

<sup>86</sup> HOD 2020. Høringsnotat om endringer i spesialistforskriften.

<sup>87</sup> Abelsen m.fl. 2020 Tilrettelegging for ALIS i bykommuner, Holte 2020: 49.



honoreres tilsvarende øvrig fastlegearbeid. For å kunne bruke mer tid på oppfølging av LIS1 kan det være nødvendig å redusere pasientarbeidet. Eneste mulige løsning som ikke går utover kvaliteten og tilbudet til fastlegenes pasienter, er reduksjon av listestørrelse. Dersom det ikke er trygge rammer og avtaler knyttet til arbeidet med supervisjon og veiledning kan listereduksjon virke lite fristende.

I Handlingsplanen for allmennhelsetjenesten er det tilført flere midler til fastlegeordning gjennom økning av basistilskuddet. Økt basistilskudd skal kunne gjøre det mulig for fastleger å ha litt kortere pasientliste. Mindre arbeidsmengde kan frigi tid til veiledning. For å kunne redusere listelengden må det imidlertid være andre fastleger med åpen liste i kommunen. Siden innføring av fastlegeordningen har antall fastleger med åpen liste har blitt mindre.

En måte å styrke allmennlegetjenesten og samtidig frigi veiledningskapasitet, er gjennom introduksjonsavtaler (se kapittel 6.3) der allmennlege i spesialisering arbeider på listen til en erfaren kollega. Den erfarne kollegaen vil dermed få avlastning i fastlegearbeidet og kan benytte deler av tiden til supervisjon og veiledning av LIS. Dette øker sannsynligheten for at den erfarne kollegaen kan stå lenger i stillingen som fastlege. Det er mange leger som ønsker seg en bedre balanse mellom arbeid og fritid<sup>88</sup>. Tiltak som bidrar til dette, kan både føre til at flere velger å spesialisere seg i allmenntmedisin og de forblir i stillingen lenger.

### **Høringsinnspill**

I høringen støttet et klart flertall av respondentene forslaget. Det var tilbakemeldinger på at det er viktig å styrke lokalt fagmiljø og at veilederopplæring må prioriteres. Forutsatt ressurser støttes forslaget av kommunene, som anser styrket veiledning som et viktig rekrutteringstiltak. Blant annet skriver NSDM: *"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."* Legeforeningen støtter også tiltaket og understreker at *"Fordrer at veileder har satt av tid og at det tilføres tilstrekkelig med ressurser til gjennomføring"*.

### **Kort om økonomiske og administrative konsekvenser**

Tilskuddet til kommunene for LIS1 skal dekke både supervisjon og veiledning. Noen LIS1 vil trenge mer oppfølging enn det som dekkes, blant annet fordi tjeneste i distrikt stiller særskilte krav til hvilke tilstander som håndteres i allmennpraksis. Tilskudd til opplæring av veiledere gis gjennom tilskudd administrert av Statsforvalteren.

I Helsedirektoratets rapport "Allmennleger i spesialisering (ALIS). Del 2 av 2" fra 2018 gjøres det en gjennomgang av de økonomiske og administrative konsekvensene av tilrettelegging for ALIS. Det henvises derfor til denne for kostnader knyttet til supervisjon og veiledning av ALIS.

---

<sup>88</sup> Seppola-Edwardsen og Brandstorp 2018, Holte 2020: 43.

## 6.7 Aktiv deltakelse av kommuner ved ansettelse av LIS1

*Aktiv deltakelse fra kommuner er en forutsetning for at søknadsbasert ordning skal fungere godt. LIS1 er en viktig rekrutteringskilde for kommuner, men mange kommuner kan bli mer involvert.*

LIS1 er en viktig rekrutteringskilde for kommunene. I Helse Nord sin undersøkelse av fastlegetjenesten i Nord-Norge sies det at det er gjennom LIS1 at kommuner har hatt flest vellykkede rekrutteringer av fastleger. Andre svar i undersøkelsen tyder på at mange kommuner ikke har tatt inn over seg at søknadsbasert LIS1 krever en mer aktiv holdning fra kommunen enn tidligere trekningsbasert ordning<sup>89</sup>. Større grad av ansvarliggjøring av kommuner i samarbeidet om utlysning av stillinger og deltakelse i erfaringsseminarer kan bidra til å tydeliggjøre ansvaret for kommunene og kan bidra til mer aktiv deltakelse. I dialog med aktørene kom det frem at det er veldig ulikt hvor engasjert kommunene er i ansettelse av LIS1. Den enkelte kommune bør ta godt imot og vise at de vil satse på de unge legene. Måter de kan gjøre dette på er eksempelvis ved å inngå arbeidsavtaler og veilederavtaler i god tid før oppstart, gi tilbud om bolig av god standard, og eventuelt hjelp til med å finne jobb til samboer/ektefelle og barnehageplass dersom dette er aktuelt.

En forutsetning for å få søknadsbasert ordning til å fungere godt, er at kommuner må bidra aktivt til å rekruttere aktuelle leger. Vi har fått innspill om at det ofte skjer en seleksjon i favør av helseforetakene ved ansettelse av LIS1. Som et resultat av at kommuner ikke er nok engasjerte og involvert i ansettelsesprosessen, blir erfaring fra kommunehelsetjeneste tillagt mindre vekt i vurderingen av hvem som tilbys ansettelse. Studentene og de unge legene kjenner ofte godt til sykehusene og mindre til kommunen. Kommuner må bli bedre til å presentere seg selv og "selge" seg selv for å tiltrekke seg de riktige søkerne til LIS1-stillinger. Dette gjelder kanskje særlig for mindre folkerike kommuner i distrikt<sup>90</sup>.

Det er krav i spesialistforskriftens § 13 om at sykehus og kommuner "skal samarbeide om å lyse ut stillinger koblet". Søkeren ansettes enten samtidig i stilling ved et sykehus og én bestemt kommune, eller først ved et sykehus med rett til ansettelse ved en av kommunene sykehuset samarbeider med. Så å si alle søkere ansettes med sistnevnte alternativ. Det er argumentert for at dette alternativet gir "kommunene mindre ansvar og innflytelse" i utvelgelsen av leger<sup>91</sup>. Noen kommuner har derfor ønsket at stillingene heller skal lyses ut med kobling av stillingen i helseforetaket til én bestemt kommune for å sikre seg LIS1. Ulempen med en slik utlysning er permisjonsavvikling, der lege som kommer tilbake etter permisjon må vente på neste ledige stilling. Det er imidlertid klart at ansettelse i sykehus og en gruppe av kommuner fører til et koordineringsbehov på kommunal side. Dette gjelder spesielt når det kommer til hvem som blir ansatt i de ulike kommunene, og når det skal finnes kommuneplass til lege som har vært i permisjon i sykehus og som starter i kommunen utenfor de ordinære tidspunktene for oppstart. Her kan blant annet ALIS-kontorene med sin kjennskap til kommunene i regionen bidra som rådgiver eller koordinerende instans.

---

<sup>89</sup> Helse Nord 2019: 36.

<sup>90</sup> Helse Nord 2019: 81.

<sup>91</sup> Abelsen og Gaski 2017: 41.

Videre ville det vært mulig å endre ordlyden i spesialistforskriftens § 13 til noe som vil oppfattes som mer forpliktende, som at helseforetak og kommuner skal "samarbeide om å ansette". Det kan også legges inn nærmere bestemmelser om hvordan samarbeidet skal legges opp. Vi tror imidlertid det er mer hensiktsmessig å bruke helsefelleskapene eller andre samarbeidsstrukturer til å øke kommunenes rolle i ansettelsen av LIS1 i stedet for å regulere dette i forskrift. Hvis kobling av LIS1 til ALIS-avtale eller introduksjonsavtale skal prøves ut, må kommunene sikres beslutningsmyndighet ved ansettelse.

Det er gode eksempler på rekruttering også til kommuner ved ansettelse av LIS1 i dag. Statsforvalteren i Vestland beskriver at de over tid har arbeidet aktivt inn mot kommuner og helseforetak for å sikre at kommunene involveres, og at helseforetakene tar hensyn til behovet for rekruttering også til kommunehelsetjenesten. I tillegg til stillinger koblet til lokale kommuner, utlyser Akershus Universitetssykehus (Ahus) 7 stillinger med kommuneplasser i Finnmark. I ansettelsesprosessen grovsorterer helseforetaket søknadene, og CV-en til relevante kandidater leses også av samarbeidende kommuner som gis dobbelt stemme ved ansettelse. Dette er et godt eksempel på hvordan kommunen kan få en større rolle i ansettelsesprosessene. For å få kommuner mer engasjert i ansettelser, kan "Ahus + Finnmark"-modellen også benyttes av andre helseforetak og kommuner.

En løsning for å få kommunene mer engasjert i ansettelsene er å utlyse stillingene i sykehus og kommune separat (se kapittel 4.1). Kommunene ville få et økt administrativt arbeid med å behandle søkere, men det vil kunne øke kommunens engasjement overfor å rekruttere og beholde LIS1.

### **Interkommunalt samarbeid og nettverk**

Mange kommuner trenger en bedre plan for allmennlegetjenesten. Det gjelder både når det gjelder å tenke langsiktig<sup>92</sup>, prioritere og forankre i ledelsen. Kommuner har utfordringer med dette på grunn av lite ressurser og vil ha nytte av å samarbeide mer på tvers enn de gjør i dag. Forskning på ALIS-Vest viser hvordan kommunene bygger opp nettverk og får en følelse av fellesskap hvor de kan løse problemstillinger<sup>93</sup>. Forskning på ALIS-Nord viser at kommuner i nord opplever et "behov for regionalt samarbeid" om å utvikle modeller for spesialistutdanning i allmenntidisin<sup>94</sup>. ALIS-kontorer kan være en viktig bidragsyter til å finne løsninger for kommunene. Vi tenker dessuten at faglige samarbeidsutvalg i helsefelleskapene<sup>95</sup> kan være et egnet forum for å drøfte rekruttering av leger. I forbindelse med innføring av ny turnusordning avholdt Helsedirektoratet "erfaringsseminarer", der tjenestene og andre aktører i turnusordningen ble samlet og delte erfaringer. Dette er en av flere måter å støtte opp under positive og nyttige tiltak.

### **Høringsinnspill**

Tiltaket fikk nesten unison støtte i høringen. Mange kommuner samarbeider godt med helseforetak og er gode eksempler på nyttig samarbeid til fordel for både helseforetak og kommuner. Høringsinstansene var tydelige på at mange kommuner må engasjere seg i ansettelsen av LIS 1 i høyere grad enn i dag. Det kom innspill om Helsefelleskapet kunne melde inn representanter til samarbeidet om utlysning og

---

<sup>92</sup> For eksempel svarer de fleste kommunene "nei" på spørsmål om de har en plan for dimensjonering, rekruttering og stabilisering av leger i Helse Nord sin undersøkelse fra 2019.

<sup>93</sup> Seppola-Edwardsen og Brandstorp 2018: 10, 31.

<sup>94</sup> Holte 2020: 7.

<sup>95</sup> Les mer på <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefelleskap>

tilsetting. Ved at kommunene i høyere grad deltar i prosessen kan det sikres også at arbeidserfaring i kommuner før LIS 1 tjeneste i større grad kan være meritterende for LIS 1 stilling. Kommunene må være aktivt deltakende i ansettelsesprosessen, blant annet for å kunne velge ut kandidater som mer sannsynlig vil bli værende i kommunene. AHUS skiver: *Alle kommuner v/kommuneoverlege må være aktive deltakere i utvelgelse og intervju av LIS1-leger. Dette bør være en forutsetning for en ansettelse i distrikt. Kommunene har ved sin deltakelse påvirkning på hvem som rekrutteres inn til LIS1-stillingene.*

### **Kort om økonomiske og administrative konsekvenser**

En aktiv deltagelse i ansettelse av LIS1 vil innebære å vurdere en stor del søknader to ganger i året. Noen kommuner er allerede aktive i rekrutteringsprosessen, men for andre kommuner vil det kreve økte personalressurser å delta aktivt i ansettelsesprosessen av LIS1. Det er imidlertid en viktig forutsetning for å rekruttere de kandidatene kommunen helst ønsker å tilsette.

## **6.8 Tiltak som Helsedirektoratet ikke anbefaler**

*I dialogen med aktørene ble to andre mulige tiltak diskutert. Felles for de to forslagene er at det var bred enighet om at tiltakene ikke var ønskelige. Det er også usikkert hvilken effekt tiltakene vil ha.*

## **Redusere tiden det tar å bli spesialist**

Det ene mulige tiltaket var å redusere tiden det tar å bli spesialist i allmenntjenestemedisin ved å la kommunedelen av LIS1 inngå i de fem årene med tjenestetid som lege må dokumentere etter LIS1. En tilsvarende ordning finnes i Danmark, der leger som har gjennomført seks måneder av turnus i allmenntjenestemedisin, får avkortet det første obligatoriske året med seks måneder.

Det var enighet om at styrket faglighet og gode rammevilkår er det som sikrer rekruttering. Det ble fremhevet at allmenntjenestemedisin er et modningsfag, og at redusert utdanningstid vil ha konsekvenser for den enkelte kandidats faglige utvikling. Å korte ned tiden i allmenntjenestemedisin vil kunne gi uheldige signaler til nyutdannede leger og få flere til å anse allmenntjenestemedisin som en "annenrangs spesialitet". Å redusere utdanningstiden for allmenntjenestemedisin kan også føre til at andre rekrutteringssvake spesialiteter vil ønske det samme. Det er Helsedirektoratets vurdering at fordelene ikke oppveier ulempene ved kortere spesialistløp.

I dialogen med aktørene og i høringen var det lite tilslutning til forslaget om å redusere tiden det tar å bli spesialist i allmenntjenestemedisin. De viktigste innvendingene er redusert faglig utbytte av spesialistutdanningen og at dette kan ha negative konsekvenser for rekruttering. Både sykehus og kommuner er imot forslaget, og legger vekt på viktigheten av faglig trygge allmenntjenestemedisiner. Likeledes fremholdes argumentet om at dersom det gis åpning for en spesialitet, vil andre spesialiteter fremme tilsvarende krav.

## Tilbringe mer av LIS1-tjenesten i kommunen

Det andre tiltaket var muligheten for at enkelte LIS1-stillinger kunne bestå av 6 måneder tjeneste på sykehus og 12 måneder i kommune. Positive erfaring fra kommunehelsetjenesten i LIS1 er for mange viktig for å velge en videre yrkeskarriere i allmennmedisin. Tanken var derfor at lenger tid i kommunen ville føre til at flere ble igjen for å spesialisere seg i allmennmedisin. Tiltaket kan også ses i sammenheng med endringer i spesialistreglene for allmennmedisin. Tidligere var det krav om 1 års tjeneste ved klinisk sykehusavdeling eller poliklinikk. I ny ordning er det anbefalt minimum 6 måneder tjeneste i godkjent utdanningsvirksomhet eller i kommunal helseinstitusjon som har ansatt overlege i full stilling. Det er mulig at enkelte av læringsmålene i del 1 som skal oppnås på sykehus, også kunne blitt oppnådd i en kommunal enhet som KAD.

I dialogen med aktørene og i høringen var det lite tilslutning til forslaget. Det viktigste argumentet mot tiltaket er at kortere tid i sykehus kan gå på bekostning av faglig kvalitet og forsvarlighet. Tiden i helseforetak er viktig for å gi LIS en plattform og trygghet i rollen som lege. Det var enighet om at 12 måneder i sykehus er svært viktig for å kunne arbeide mer selvstendig som lege i kommunehelsetjenesten, i førstelinje på fastlegekontor og på legevakt. Kortere tid i sykehus vil kreve styrket supervisjon og veiledning i kommunen, hvilket kan bidra negativt til en allerede presset fastlegjetjeneste. Rekrutteringseffekten av kortere tid i sykehus og lengre tid i kommunehelsetjenesten vurderes som usikker. Tiltaket ville krevd endringer i læringsmål for del 1. Forslaget ville fått økonomiske konsekvenser for kommuner, blant annet i form av økte kostnader for kommunen i form av mer tid til opplæring, supervisjon og veiledning. Det er Helsedirektoratets vurdering at fordelene ikke oppveier ulempene ved dette tiltaket.

# 7. Referanser

Abelsen, Birgit m.fl. (2020). Plan, recruit, retain: a framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. Human Resources for Health. Tilgjengelig på <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-020-00502-x>

Abelsen, Birgit m.fl. (2020). Tilrettelegging for ALIS i bykommuner. Fokus og status i innledende arbeid. Fafo-notat 2020:09. Tilgjengelig på <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-notater/item/tilrettelegging-for-alis-i-bykommuner-fokus-og-status-i-innledende-arbeid>

Abelsen, Birgit og Helen Brandstorp (2019). Recruit & Retain – Making it work. Den norske case-studien. Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT. Tilgjengelig på <https://www.nsdm.no/vare-publikasjoner/>

Abelsen, Birgit, Margrete Gaski og Anette Fosse (2020). Rekruttering og stabilisering av helsepersonell til distrikt. Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT. Tilgjengelig på <https://www.nsdm.no/vare-publikasjoner/>

Abelsen, Birgit og Margrete Gaski (2017). Ny turnustjeneste for leger. En studie om implementering og samstyring. Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT. Tilgjengelig på <https://www.nsdm.no/vare-publikasjoner/>

Baugstø, Vilde (2019). Hvilke arbeidsforhold er akseptable for unge leger? Tidsskrift for Den norske legeforening, 24. juni 2019. Tilgjengelig på <https://tidsskriftet.no/2019/06/aktuelt-i-foreningen/hvilke-arbeidsforhold-er-akseptable-unge-leger>

Bergens Tidende (2020). Askøy lokkar fastlegar med garanti. Hannah hadde aldri blitt fastlege utan denne avtalen. Publisert 29. september 2020. Tilgjengelig for kjøp på <https://www.bt.no/nyheter/lokalt/i/pA6y66/askoey-lokkar-fastlegar-med-garanti-hannah-hadde-aldri-blitt-fastlege>

Birkeli, Cecilie Normann (2015). Nasjonal evaluering av turnustjeneste for leger 2015. Rapport fra LEFO – Legeforskningsinstituttet. Tilgjengelig på <https://www.legeforeningen.no/lefo/alle-publikasjoner/Vitenskapelige-publikasjoner/2015/>

Einarson, Louise Hetty (2018). Turnustjenesten - LIS1 - hvor står vi? Skalpellen, 29. oktober 2018. Tilgjengelig på <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/lokal/troms/skalpellen/2018/turnustjenesten-lis1-hvor-star-vi/>

EY og Vista Analyse (2019). Evaluering av fastlegeordningen. Tilgjengelig på <https://www.vista-analyse.no/no/publikasjoner/>

Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (korttittel: Forskrift om kompetansekrav for leger). Ikrafttredelse 1. mars 2017. Tilgjengelig på <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2017-02-17-192>

Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. (korttittel: akuttmedisinforskriften). Ikrafttredelse 1. mai 2015. Tilgjengelig på <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2015-03-20-231>

Forskrift om praktisk tjeneste (turnustjeneste) for leger ved loddtrekning (korttittel: Forskrift om turnustjeneste for leger). Ikrafttredelse 1. januar 2002. Tilgjengelig på <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2001-12-20-1549>

Forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter (korttittel: Forskrift om trygderefusjon for leger m.v.). Ikrafttredelse 1. juli 1998. Tilgjengelig på <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1998-06-18-590>

Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger (korttittel: Forskrift om spesialistgodkjenning og turnusstillinger). Ikrafttredelse 1. januar 2001. Tilgjengelig på <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1384>

Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (korttittel: Spesialistforskriften). Ikrafttredelse 1. mars 2017. Tilgjengelig på <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482/>

Gaski, Margrete og Birgit Abelsen (2014). Turnus i Finnmark. Evaluering av særordning 2009-2013. Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT. Tilgjengelig på <https://www.nsd.m.no/vare-publikasjoner/>

Gaski, Margrete m.fl. (2020). Utdanningsstillinger i allmenntidmedisin: ALIS-Vest. Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT. Tilgjengelig på <https://www.nsd.m.no/vare-publikasjoner/>

Grimstadutvalget (2019). Studieplasser i medisin i Norge. Behov, modeller og muligheter. Publisert 25. september 2019. Tilgjengelig på <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/studieplasser-i-medisin-i-norge/id2670032/>

Heggelund, Geir Åge (2011). Ber landsstyret ta turnusansvar. Dagens medisin, 4. mai 2011. Tilgjengelig på <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2011/05/04/ber-landsstyret-ta-turnusansvar/>

Helsedirektoratet (2019, upublisert rapport). Introduksjonsavtaler i allmennpraksis.

Helsedirektoratet (2019). Vurdering av antall LIS1-stillinger. Rapport IS-2802. Tilgjengelig på <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/artikler/ansettelseskrav-overgangsregler-ferie-og-fravaer-rapporter#rapporter>

Helsedirektoratet (2019, 30. januar). Foreslår opprettelse av 200 nye LIS1-stillinger. Tilgjengelig på <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/foreslar-opprettelse-av-200-nye-lis1-stillinger>

Helsedirektoratet (2019). Leger i kommunene og spesialisthelsetjeneste. Rapport IS-2870. Tilgjengelig på <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/leger-i-kommune-og-spesialisthelsetjenesten/>

Helsedirektoratet (2018). Allmennleger i spesialisering (ALIS). Del 2 av 2. Tilgjengelig på <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/allmennleger-i-spesialisering-alis/>

Helsedirektoratet (2015). Turnus for leger. Rundskriv og veileder til turnusordning for leger. IS-6/2015. Tilgjengelig på <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/turnus-for-leger/>

Helsedirektoratet (2010). Nybyrjarstilling for legar – praktisk og pedagogisk oppfølging av nyutdanna legar. Rapport IS-1783.

Helsedirektoratet (2008). Turnustjenesten for leger – en helhetlig gjennomgang.

Helse- og omsorgsdepartementet (2020). Høringsnotat. Høring av endring i spesialistforskriften. Tilgjengelig på <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/endringer-i-spesialistforskriften/id2765441>

Helse- og omsorgsdepartementet (2020). Høringsnotat. Høring av endring i trygderefusjonsforskriften. Tilgjengelig på <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/Horing-av-endring-i-trygderefusjonsforskriften/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2020). Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert. 2020-2024. Tilgjengelig på <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten>

Helse- og omsorgsdepartementet (2019). Rundskriv I-2/2019. Spesialistforskriften med kommentarer. Tilgjengelig på <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/rundskriv-i-22019-spesialistforskriften-med-kommentarer/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2016). Høringsnotat. Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) Tilgjengelig på <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/forskrift-om-spesialistutdanning-og-spesialistgodkjenning-for-leger-og-tannleger-spesialistforskriften/id2505746/>

Helse- og omsorgsdepartementet (2012). Høringsnotat. Forslag om forskriftsendringer som innfører ny ordning for legers turnustjeneste.

Helse Nord (2019). Fastlegetjenesten i Nord-Norge. Status, utfordringer og forslag til tiltak. Tilgjengelig på <https://helse-nord.no/helsefaglig/fagplaner-rapporter-og-utredninger/fastlegetjenesten-i-nord-norge>

Holte, Jon Helgheim (2020). Følgestudie: ALIS-Nord. Underveisnotat. Fafo-notat 2020: 10. Tilgjengelig på <https://www.fafo.no/zoo-publikasjoner/fafo-notater/item/folgestudie-alis-nord-underveisnotat>



Holte, Jon Helgheim m.fl. (2015) The impact of pecuniary and non-pecuniary incentives for attracting young doctors to rural general practice. Social Science and Medicine. Tilgjengelig for kjøp på <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953614008302>

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2018). Regionale utviklingstrekk 2018. Tilgjengelig på <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regionale-utviklingstrekk-rut-2018/>

Kommunesektorens organisasjon, KS (2019). Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2019. tilgjengelig på <https://www.ks.no/fagomrader/statistikk-og-analyse/arbeidsgivermonitoren/>

Midtbøen, Arnfinn og Jon Rogstad (2012). Diskrimineringens omfang og årsaker. Etniske minoriteters tilgang til norsk arbeidsliv. Rapport 1/12. Institutt for samfunnsforskning. Tilgjengelig på <https://samfunnsforskning.brage.unit.no/samfunnsforskning-xmlui/handle/11250/177445>

Musham, C. og A. Chessman (1994). Changes in medical students' perceptions of family practice resulting from a required clerkship. Family Medicine. Tilgjengelig på <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7988807/>

NOU 2015: 17 (2015). Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus. Helse- og omsorgsdepartementet.

Omland, Gry Merete og Simone Frizell Reiter (2011). Turnustjenesten er syk og trenger behandling. Tidsskrift for Den norske legeforsening, 20. mai 2011. Tilgjengelig på <https://tidsskriftet.no/2011/05/kommentar/turnustjenesten-er-syk-og-trenger-behandling>

Oslo Economics (2019). Kostnadsvirkninger ved utvidelse av medisinstudiet i Norge. Rapport utarbeidet for Universitetet i Bergen, på vegne av Grimstad-utvalget. Tilgjengelig på <https://osloeconomics.no/publication/kostnadsvirkninger-ved-utvidelse-av-medisinstudiet-i-norge/>

Samordna opptak (2020). Om samordna opptak. Tilgjengelig på <https://www.samordnaopptak.no/info/om/>

Seppola-Edvardsen, Tone og Helen Brandstorp (2018). Utdanningsstillinger i allmenntidmedisin: ALIS-Vest. Fokus på rekruttering og stabilisering. Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT. Tilgjengelig på <https://www.nsdmm.no/vare-publikasjoner/>

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-fram-mot-2035>

SSB (2005). Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2025. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2005. SSB-rapport 2005/38. Tilgjengelig på [https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp\\_200538/rapp\\_200538.pdf](https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_200538/rapp_200538.pdf)

Storvik, Anne Grete (2019). Sterkt kritisk til at ferske leger ansettes som "postleger". Dagens medisin, 4. juni 2019. Tilgjengelig på <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2019/06/04/sterkt-kritisk-til-at-unge-leger-ansettes-som-postleger/>

Straume, Karin og Daniel Shaw (2010) Internship at the ends of the earth - a way to recruit physicians? Rural and Remote Health. Tilgjengelig på <https://www.rrh.org.au/journal/article/1366>

World Health Organization, WHO (2010). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Global policy recommendations. Tilgjengelig på [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44369/9789241564014\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44369/9789241564014_eng.pdf)

# 8. Vedlegg

## Vedlegg 1: Oppdragsbrevet

### Oppdragstekst fra tildelingsbrev av 13. januar 2020:

*I tildelingsbrevet for 2019 fikk direktoratet i oppdrag å gjennomføre en evaluering etter omleggingen fra trekningsbasert til søknadsbasert turnusordning for leger. Departementet viser også til direktoratets rapport IS-2802 Vurdering av antall LIS1-stillinger. Rapporten inneholder forslag til en rekke tiltak som kan øke kapasiteten og gjennomstrømningen i ordningen. Flere av de foreslåtte tiltakene i rapport IS-2802 innebærer endringer i dagens ordning og må etter departementets vurdering utredes nærmere før det er mulig å beslutte om tiltakene skal gjennomføres. Siden gjennomføring av en evaluering også vil kunne være relevant i forhold til disse endringsforslagene, vurderer departementet at det er hensiktsmessig at evalueringen og oppfølgingen av tiltak foreslått i rapport IS-2802 blir gjort samtidig.*

*Som første del av oppdraget ber departementet om at følgende punkter utredes:*

- *Vurdere om omleggingen til søknadsbasert turnusordning har fungert i tråd med formålet*
- *Beskrive effekter og konsekvenser av omleggingen til søknadsbasert turnusordning for ulike deler av tjenestene, arbeidsgivere og søkere*
- *Vurdere hvilke konsekvenser omleggingen har hatt for fordelingen av og tilgangen på leger i ulike deler av landet*

*Som oppfølging av rapport IS-2802 ber departementet direktoratet utrede tiltak som kan føre til forbedringer i LIS1-ordningen slik den er i dag, herunder tydeliggjøre konsekvensene av disse for ulike aktører. Flere tiltak, slik disse er betegnet på side 25 i rapport IS-2802, bør vurderes. Disse tiltakene kan samles og formuleres til følgende problemstillinger:*

- *Bedre utnyttelse av ledige legestillinger og restplasser for LIS1.*
- *Benytte LIS1-stillinger til å øke rekrutteringen til allmennmedisin*
- *Vurdere rekkefølgekravet*
- *Vurdere varigheten av LIS1-løpet*
- *Fjerne kravet til gjennomføring av eget LIS1-løp for leger med lang klinisk erfaring*
- *Vurdere endring av søknadsprosedyren for LIS1*

*Direktoratet må på egnet vis involvere øvrige berørte aktører i arbeidet og kartlegge, vurdere og ta hensyn til kapasiteten i tjenestene til å øke antall LIS1-leger.*

Presisering av deler av oppdraget i revidert tildelingsbrev fra 24. juni 2020:

Direktoratet må gjøre en helhetlig vurdering av ulike tiltak som til sammen kan bidra til at målet om økt rekruttering til spesialisering i allmennmedisin nås. I den forbindelse er det nødvendig at nedenstående spørsmål blir vurdert:

- Finnes det tilstrekkelig kapasitet for veiledning i kommunene, både under LIS1 og LIS2/LIS3?
  - Hvis ikke, hvilke tiltak kan iverksettes for å sikre økt gjennomstrømning i LIS1 og LIS2/LIS3?
- Hvordan sikre at den enkelte kommune som inngår i en avtale om LIS1 med binding til allmennmedisin faktisk har behov for en eller flere fastleger 1,5 år frem i tid etter avtaleinngåelse?
- Skal det være mulig å kombinere LIS1 med binding i allmennmedisin med ALIS-avtale og/eller introduksjonsavtale? Hvordan skal dette i så fall reguleres?
- Hvilken rolle bør/skal ALIS kontorene ha overfor leger og kommuner som inngår i en avtale om LIS1 med binding til allmennmedisin. Hvilke forpliktelser kan inngås mellom LIS og kommune med tiltredelse av LIS1 stilling? Kan det for eksempel være aktuelt å vurdere bindinger knyttet til framtidig arbeidsforhold. Hva om en lege ombestemmer seg?
- Det er behov for å vurdere behovet for juridisk rammeverk og eventuelle forskriftsendringer av modeller for LIS1 med binding til allmennmedisin. Dersom det er behov for forskriftsendringer bes det om både utdypende begrunnelse og forslag.
- Økonomiske og administrative konsekvenser av alle modellene for hvordan dette evt. kan gjennomføres må utredes.

## Vedlegg 2: Utvalgt statistikk fra halvårslige statusrapporter

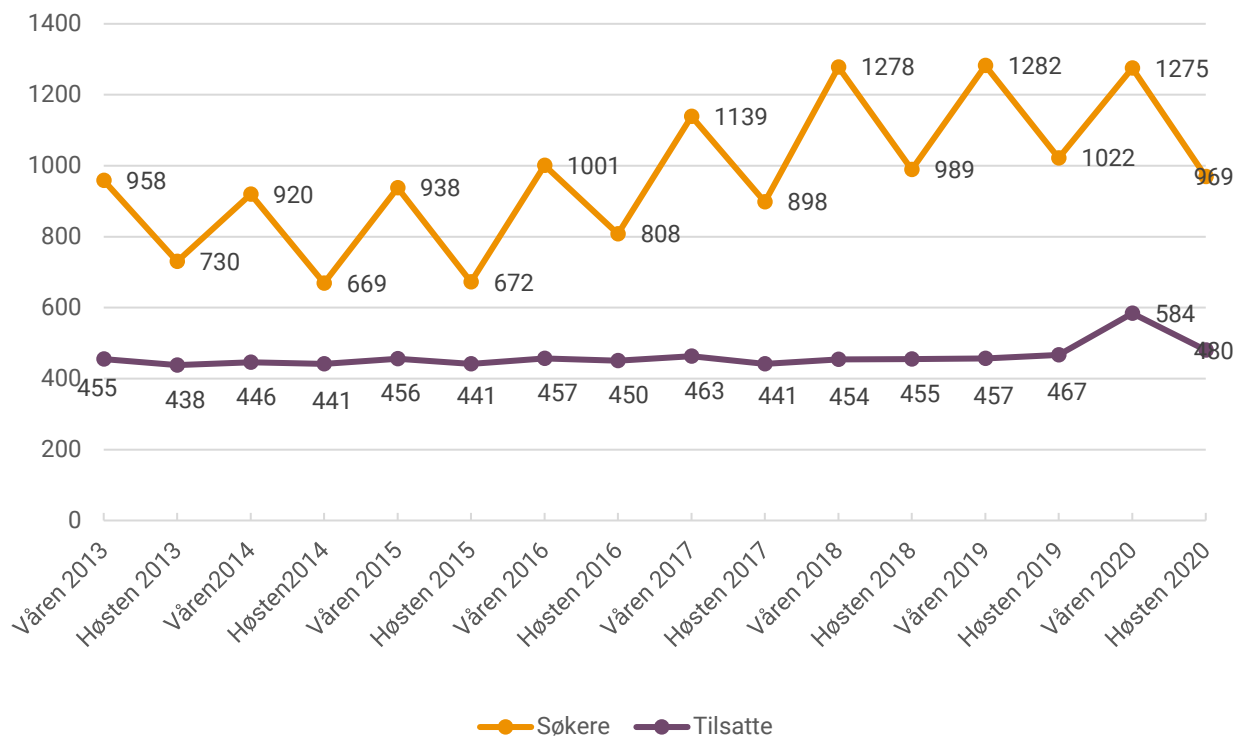
### Søkere og tilsatte i LIS1-stillinger høsten 2020 fordelt på kjønn, nasjonalitet og utdanningsland

		Antall søkere	Antall tilsatte
<b>Kjønn</b>	Menn	352	168
	Kvinner	617	312
<b>Nasjonalitet</b>	Norge	775	426
	EØS	85	31
	Utenfor EØS	109	23
<b>Utdanningsland</b>	Norge	342	244
	EØS	493	210
	Utenfor EØS	134	26

### Søkere fordelt på utdanningssted i årene 2013-2020

Utlysningsrunder	År	Norsk utdanning	EU/EØS	Utenfor EU/EØS
<b>Vår</b>	2020	476	659	140
	2019	435	653	194
	2018	381	647	250
	2017	411	577	151
	2016	372	534	95
	2015	387	475	76
	2014	384	477	59
	2013	422	473	63
<b>Høst</b>	2020	342	493	134
	2019	360	490	172
	2018	320	445	224
	2017	290	392	216
	2016	302	385	121
	2015	258	312	102
	2014	271	337	61
	2013	310	342	78

## Utvikling over søkere og tilsatte i årene 2013-2020



Det ble ansatt færre enn 475 hvert halvår fordi stillinger holdes igjen til leger som er forventet tilbake etter permisjon. Økningen i antall tilsatte i 2020 skyldes opprettelsen av 38 nye stillinger i Nord-Norge, samt 100 midlertidige LIS1-stillinger våren 2020 på grunn av covid-19-pandemien.

### Vedlegg 3: Benytte flere læringsarenaer

Tjenestene oppfordres til å ta i bruk flere læringsarenaer enn tidligere for å gi LIS1 en bredere erfaring og for å bidra til bedre flyt. Dette er en mulighet som ikke så mange har tatt i bruk ennå, men som bør utnyttes i større grad. Flere har i dag tredelt tjeneste med indremedisin, kirurgi og psykiatri. Enkelte LIS1-stillinger har kortere rotasjoner innen gynekologi og anestesi. Andre læringsarenaer som kan være relevante for LIS1 i sykehus er blant annet akutt- og mottaksmedisin der dette finnes, nevrologi, ortopedi og barnesykdommer.

I den tidligere turnusordningen var det mulig å ha 4 måneders tjeneste innen anestesi, barnesykdommer eller fødselshjelp og kvinnesykdommer i stedet for psykiatri. I ny spesialistutdanning er det ikke lagt føringer i forskriften på hvilke arenaer læringsmålene kan oppnås eller hvor lenge LIS1 skal være på de ulike arenaene. Helsedirektoratet har anbefalt at flere læringsarenaer blir tatt i bruk<sup>96</sup>.

Spesialiteten psykiatri har rekrutteringsutfordringer, og på lik linje med allmennmedisin vil introduksjon for spesialiteten gjennom LIS1 kunne bidra til økt rekruttering. Kunnskap om og erfaring fra arbeid med pasienter med psykiske lidelser er også en verdifull kompetanse for alle leger, spesielt de som arbeider innen andre kliniske spesialiteter.

For LIS1 i kommunetjeneste er størstedelen av læringsmålene knyttet opp mot åpen uselektert allmennpraksis med fastlegekontoret som hovedarena. Dette gir ikke den samme fleksibilitet som i sykehus med hensyn til anvendelse av andre læringsarenaer. Økt deltagelse på andre læringsarenaer i kommunen, eksempelvis sykehjem, KAD/ØHD, helsestasjon og legevakt vil kunne bidra til å redusere behovet for kontorplasser på fastlegekontorene. I tillegg vil dette kunne bidra til at LIS1 oppnår variert kompetanse. Anvendelse av flere læringsarenaer kan gjøre det enklere å opprette flere stillinger for LIS1 i kommunene, spesielt i større kommuner med flere LIS1 og flere/større stillinger innen de ulike læringsarenaene. Økt deltakelse i kommunal legevakt er en alternativ læringsaktivitet, men vil gi økt behov for bakvakt i henhold til akuttmedisinforskriftens § 7. LIS1 må uansett få nok tid til å oppnå de forskriftsfestede læringsmålene.

---

<sup>96</sup> Helsedirektoratet 2019: 39. Vurdering av antall LIS1-stillinger.

## Vedlegg 4: Økt behov for legestillinger

Behovet for legestillinger frem mot 2035<sup>97</sup> viser seg også å være større enn antatt i tidligere framskrivninger. I 2011 så det ut til å være behov for færre turnusplasser enn det var etablert. Endringen i tilgangen av utenlandske leger, samfunnsmessige endringer, befolkningsvekst og endringer pasientbehandling har ført til et økt behov for legestillinger. Ifølge framskrivningene fra SSB forventes en økning i legestillinger fra 23 900 i 2017 til over 36 000 i 2035, og det forventes en omtrentlig balanse mellom tilbud og etterspørsel. Tilgangen på nyutdannede leger og tilstrømmingen fra utlandet er langt høyere enn tallet på dem som utvandrer eller går av med pensjon. Den forholdsvis sterke veksten i tilbudet ventes å fortsette i hele perioden fram til 2035, skriver SSB. I alt ventes arbeidstilbudet for leger å vokse til over 36 000 årsverk i 2035, noe som innebærer en økning på 53 prosent sammenlignet med 2017. Etterspørselen etter leger både ved de somatiske institusjonene, i allmennlegetjenesten og i andre deler av helse- og omsorgstjenestene er ventet å tilta når den demografiske utviklingen tilsier at det blir en klar økning i tallet på pasienter etter 2020. I alt er etterspørselen etter leger rettet mot helse- og omsorgstjenestene med forutsetningene fra referansebanen anslått til å komme opp i over 35 000 årsverk i 2035, en økning på 48 prosent fra 2017. Men den store tilgangen gjør at tilbudet vokser enda litt sterkere og sikrer en tilstrekkelig tilgang på leger i Norge.

Samtidig med implementering av spesialistforskriften 1. mars 2017, trådte også Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i kraft. Formålet med forskriften er å bidra til å heve kvaliteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten gjennom krav til spesialisering for alle leger som ansettes. Med forskriften ble det innført krav til godkjent turnus eller oppnådde læringsmål i del 1 for ansettelse i faste stillinger der det ytes helsehjelp i kommunen. Det ble gjort unntak fra kravet til spesialisering ved midlertidig ansettelse i sammenlagt ett år. Kravet til godkjent turnus eller læringsmål for LIS1 for rett til trygderefusjon kom i veien for kommunenes tilgang til vikarer, spesielt fra de nordiske landene, og Forskrift om rett til trygderefusjon ble derfor endret juni 2019, slik at autoriserte leger nå kan arbeide inntil 1 år med rett til trygderefusjon uten godkjent turnus eller oppnådde læringsmål for LIS1.

Før 1.3.2019 kunne leger som hadde fått norsk autorisasjon på bakgrunn av grunnleggende legeutdanning i et EØS-land, gå rett i spesialisering eller arbeide som allmennlege med rett til trygderefusjon uten krav til turnus eller annen praktisk tjeneste. Innføring av ny spesialistutdanning med krav til del 1 for alle leger i spesialisering, og kravet til spesialisering i forskrift om kompetansekrav, har bidratt til økt press på stillingene for LIS1.

---

<sup>97</sup> SSB 2019.



## Spesialistutdanning for leger del 1

### Utgitt

Juni 2021

### Bestillingsnummer

PUBLIKASJONSNUMMER:

IS-3002

### Utgitt av

Helsedirektoratet

Telefon: 47 47 20 20

(fra utlandet: +47 477 06 366)

### Oslo

Helsedirektoratet

### Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

### Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

### Trondheim

### Helsedirektoratet

avd. Helseregistre

avd. Komparativ statistikk og  
styringsinformasjon

Postboks 6173, Torgarden

7435 Trondheim

Besøksadresse

### Design

Itera as

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)