



NY TURNUSTJENESTE FOR LEGER

En studie om implementering og samstyring

Nasjonalt senter for distriktsmedisin /
Boaittobealmedisinna našunála guovddás
UiT Norges arktiske universitet

Birgit Abelsen og Margrete Gaski

2017



FORORD

Denne undersøkelse er initiert og gjennomført av Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Den handler om implementeringen og samstyringen av den nye turnusordningen for leger. Undersøkelsen legger særlig vekt på å få fram kommunenes stilling i den nye ordningen og har spesiell oppmerksomhet rettet mot distriktskommuner. Den er ment som et supplement til Helsedirektoratets statusrapporter om turnusordningen som i all hovedsak har hatt oppmerksomheten rettet mot helseforetakene.

Undertegnede har vært prosjektleder. Seniorforsker Margrete Gaski og lege Martin Hotvedt har vært prosjektmedarbeidere. Hotvedts involvering var avgrenset til gjennomføring og transkribering av en del av intervjuene med turnusleger.

Vi vil takke Karin Straume og Randi Moen Forfang i Helsedirektoratet samt Maren Berner i WebCruiter for at de har bidratt til å gjøre datamaterialet fra turnusportalen tilgjengelig for oss. Takk også til Thorgeir Berre ved orakeltjenesten ved UiT Norges arktiske universitet som hjalp oss med å tilrettelegge dette datamaterialet for analyse. Den største takken går til alle informantene som bidro med sin tid, samt sin kunnskap om og erfaringer med både den gamle og den nye turnusordningen.

De feil og mangler som rapporten måtte inneholde, kan ingen andre enn forfatterne lastes for.

Alta, 10.03.2017

Birgit Abelsen
forskningsleder

INNHold

| | |
|---|----|
| Sammendrag | 7 |
| 1 Innledning | 13 |
| 1.1 Fra gammel til ny turnustjeneste | 13 |
| 1.2 Stillingsutlysning og tilsettingsprosess | 14 |
| 1.3 Veileder for den nye turnusordningen | 16 |
| 1.4 Helsedirektoratets følge-med-ansvar | 16 |
| 1.5 Utlysningspuljer | 17 |
| 1.6 Erfaringer med turnustjenesten | 18 |
| 1.7 Teoretisk innfallsvinkel til studien | 20 |
| 1.7.1 Implementering og implementeringsforskning | 20 |
| 1.7.2 Samstyring | 21 |
| 1.8 Problemstillinger | 22 |
| 2 DELSTUDIE 1: En analyse av stillingsutlysninger på turnusportalen | 23 |
| 2.1 Datamateriale og metoder | 23 |
| 2.2 Utlyste stillinger i undersøkelsesperioden | 25 |
| 2.3 Reststillinger i helseforetak | 26 |
| 2.4 Reststillinger i kommuner | 28 |
| 2.4.1 Reststillinger og kommunens sentralitet | 29 |
| 2.4.2 Reststillinger og kommunens folketall | 30 |
| 2.5 Type kobling mellom helseforetak og kommune | 31 |
| 2.6 Er kommunen synlig i utlysningsteksten? | 32 |
| 2.7 Utlysninger uten kobling til kommunestilling | 33 |
| 2.8 Ordinære turnusstillinger lyses i hovedsak ut av helseforetak | 34 |
| 2.9 Oppsummering | 35 |
| 3 DELSTUDIE 2: En Intervjuundersøkelse i tre fylker | 37 |
| 3.1 Datamateriale og analysemetode | 37 |
| 3.2 Etableringen av ny turnusordning | 39 |
| 3.2.1 Samarbeidsavtaler | 40 |

| | |
|---|----|
| 3.2.2 Valg av kobling | 41 |
| 3.2.3 Behov for koordinering | 41 |
| 3.3 Turnustjenestens faser og frister | 44 |
| 3.3.1 Utlysingsfasen – ordinære stillinger | 44 |
| 3.3.2 Fjerning av utlysingspuljen for rekrutteringssvake stillinger | 45 |
| 3.3.3 Utlysning av reststillinger i helseforetak | 46 |
| 3.3.4 Utlysning av reststillinger i kommunen | 46 |
| 3.3.5 Søknadsfasen fra turnuslegens perspektiv | 47 |
| 3.3.6 Tilsettingsfasen fra turnuslegenes perspektiv | 49 |
| 3.3.7 Tilsettingsfasen fra helseforetakenes perspektiv | 51 |
| 3.3.8 Tilsetting i kommunen | 53 |
| 3.3.9 Tilsetting i reststillinger i kommunen | 54 |
| 3.3.10 Gjennomføringsfasen | 55 |
| 3.4 Rekrutteringsvirkninger | 56 |
| 4 Diskusjon | 59 |
| 4.1 Den tidkrevende implementeringen | 60 |
| 4.2 Den utfordrende samstyringen | 62 |
| 4.3 Den nye turnusordningen - en hybrid med paradokser | 64 |
| Referanser | 66 |
| Vedlegg | 69 |

SAMMENDRAG

Ny turnustjeneste for leger – En studie om implementering og samstyring
Birgit Abelsen og Margrete Gaski
NSDM-rapport 2017

Denne rapporten dokumenterer en undersøkelse om hvordan den nye turnusordningen for leger (innført fra høsten 2013) er implementert og hvordan helseforetak og kommuner samstyrer ordningen. Mer spesifikke spørsmål som belyses i rapporten er:

- Hvordan kobles turnuslegestillingene i helseforetak og kommune sammen?
- Hvor ofte utlyses reststillinger og hva er årsakene til slike utlysninger?
- Hvordan foregår det praktiske arbeidet med utlysning og tilsetning i turnuslegestillingene?
 - I hvilken grad er det likeverdighet mellom helseforetak og kommuner i dette arbeidet?
- Hvilke erfaringer har ulike interessenter med utlysning, søkning, tilsetning og gjennomføring i den nye turnusordningen?
- Hvilke effekter oppfattes den nye turnusordningen å ha på legefördeling og rekruttering av leger til distrikt?

Undersøkelsen legger særlig vekt på å få fram kommunenes stilling i den nye ordningen og har spesiell oppmerksomhet rettet mot distriktskommuner.

To delstudier

Undersøkelsen bygger empirisk på to delstudier. Delstudie 1 er en analyse av et datamateriale som er ekstrahert fra all tekst i 718 stillingsannonser om ledige turnuslegestillinger – både ordinære stillinger og reststillinger – som ble publisert på Helsedirektoratets turnusportal, i løpet av de tre første årene (fra ordinær søknadsfrist i mars 2013 til ordinær søknadsfrist i mars 2016) med ny turnusordning. Datamaterialet er i hovedsak analysert ved hjelp av frekvenstallinger og krysstabeller.

Delstudie 2 bygger på 39 intervju med et utvalg turnusleger og relevante representanter for helseforetak, kommuner, fylkeslegen og KS i tre utvalgte fylker; Finnmark, Nord-Trøndelag og Sogn og Fjordane. Intervjuene ble gjennomført våren 2016. I presentasjonen av våre funn og fortolkning har vi vektlagt å få frem relevante likhetstrekk og variasjoner mellom de ulike interessentene.

Svak samstyring

Vi har tatt utgangspunkt i at det ligger tre viktige forutsetninger til grunn for å få til ønsket samstyring av den nye turnuslegeordningen mellom helseforetak og kommuner: 1) styring gjennom felles mål, dialog og forhandling, 2) gjensidig avhengighet mellom partene og 3) koordinering av aktiviteter. Vi finner at disse tre forutsetningene i liten grad har vært til stede i de tre fylkene vi har undersøkt. Dette bidrar til å forklare en del av funnene i undersøkelsen.

Indirekte kobling mellom helseforetak og kommune vanligst

I følge forskriften som regulerer turnustjenesten for leger, skal kommuner og helseforetak samarbeide om å lyse ut turnuslegestillinger. Intensjonen sett fra helsemyndighetenes side er at partene skal samstyre ordningen. Turnustjenesten består av 12 måneder i en stilling i et helseforetak og 6 måneder i en stilling i en kommune. Stillingene skal kobles sammen slik at den som tilsettes får anledning til å gjennomføre turnustjenesten samlet.

I den perioden vi har undersøkt, ble det lyst ut til sammen 3 118 slike koblede stillinger. I rapporten omtales disse som ordinære turnusstillinger. Det store flertallet av disse (91,4 prosent) var lyst ut uten en direkte kobling mellom helseforetak og kommune (§12b). Dette innebærer at det blir bestemt etter tilsetning i helseforetak nøyaktig hvilken kommune legen skal til. I en del tilfeller skjer dette ganske lang tid etter tilsetningen. Det er ikke noe enhetlig nasjonalt system for kommunetilsetningen slik det er ved tilsetningen i helseforetak, men variasjoner fylkene imellom.

Den indirekte kobling gjør kommunen usynlig

For kun drøyt halvparten av de ordinære turnusstillingene (54 prosent) gikk det klart fram av utlysningsteksten hvilke kommuner stillingen i helseforetaket kunne bli koblet sammen med. Typiske formuleringer i utlysningsteksten for disse stillingene var at kommunestillingen er i *et geografisk område/en region* som omfatter en ikke spesifisert gruppe kommuner, at *helseforetaket vil inngå avtale med kommuner etter hvert*, eller at kommunestillingen vil være i *en av kommunene som helseforetaket samarbeider med* uten at noen kommuner var spesifikt nevnt. I praksis var kommunen «usynlig» for turnuslegen til langt ut i gjennomføringen av turnustjenesten. Stillingen i helseforetaket var til sammenlikning tydelig beskrevet i utlysningsteksten.

Samarbeidsavtaler

Våre funn tyder på at det i liten grad er inngått formelle avtaler om samstyringen av den nye turnusordningen mellom helseforetak og den enkelte kommune slik Helsedirektoratets veileder for ny turnusordning anbefaler. I de fylkene vi har undersøkt, har man satset på å få til felles avtaler som er likelydende for alle kommuner. Men man har i liten grad kommet i mål og signert slike avtaler, så dette har så langt derfor ikke bidratt til å skape den forpliktelsen til samstyring som det i utgangspunktet var tenkt.

Koblingen gir kommunen mindre innflytelse og skaper koordineringsbehov

Valget av §12b-kobling synes å gi kommunene mindre ansvar og innflytelse i utvelgelsen av turnusleger enn det de kunne hatt. Kommuneinformantene vi har snakket med, syntes i all hovedsak å være komfortable med det. Hovedbegrunnelsen for en §12b-kobling var at den gir økt fleksibilitet, spesielt i en situasjon med mange fødselspermisjoner blant turnuslegene, noe som innebærer forsinkelser. Valget av §12b-kobling, gir imidlertid et koordineringsbehov, særlig på kommunal side, som det foreløpig er lagt liten vekt på å beskrive og gi råd om i det nasjonale veiledningsmateriellet om den nye turnustjenesten. Koordineringsjobben innebærer blant annet å holde oversikt over tre aktive kull med turnusleger samtidig, med tilhørende utsettelse og forsinkelser. Koordineringsoppgaven ivaretas ulikt fra fylke til fylke. Ordningen har i praksis utviklet seg uten noe gjensidig avhengighetsforhold mellom helseforetakene og kommuner. Kommunene er avhengig av helseforetakene, men helseforetakene er i liten grad avhengig av kommunene.

Flere utlyste reststillinger i kommunene og tegn til systematisk bortvalg

Delstudie 1 avdekket at det i undersøkelsesperioden ble lyst ut 235 reststillinger i helseforetak og 238 reststillinger i kommuner. Disse utgjorde henholdsvis 7,5 og 7,6 prosent av det totale antallet utlyste ordinære turnusstillinger. Reststillingsandelene er imidlertid ikke direkte sammenliknbare. De første reststillingsutlysningene i helseforetakene hadde søknadsfrist drøyt sju måneder før de første reststillingene i kommunene hadde det. Hvis man legger til en drøyt sju måneder lengre opptelling av reststillinger i kommunene, vil tallene være sammenliknbare. Det er da grunn til å anta at den relative andelen kommunale reststillinger vil ligge en del høyere enn reststillingsandelen for helseforetakene.

Våre funn tyder på at fødselspermisjoner er hovedårsaken til utlysning av reststillinger. Vi fant imidlertid også tegn til et visst systematisk bortvalg av kommunale turnusstillinger i de minst sentrale og i de minst folkerike kommunene.

Turnusportalen

Alle turnuslegestillinger skal lyses ut i Helsedirektoratets turnusportal. I de tre fylkene vi har undersøkt, var det i all hovedsak helseforetakene som skrev utlysningstekstene, holdt oversikt over antall ledige stillinger og la ut de ordinære stillingsutlysningene i turnusportalen. Helseforetak, kommuner og fylkeslegen ble stort sett enige om kriteriene for tilsetning i de ordinære turnusstillingene i en tidlig fase. Mange av kriteriene var like i de tre fylkene, men ble vektlagt ulikt – særlig gjaldt dette legens tilhørighet. I de fylkene vi har undersøkt, var helseforetaket ansvarlig for utlysning av reststillinger i helseforetakene, mens den enkelte kommune var ansvarlig for utlysning av egne kommunale reststillinger.

Turnusportalen er etablert med det digitale systemet WebCruiter. Legene søker på stillingene i det samme systemet. Våre informanter fra helseforetak og blant turnusleger

var fornøyd med funksjonaliteten i WebCruiter. Helseforetakene hadde brukt WebCruiter, eller verktøy som likner, til øvrige stillinger i foretaket.

Utlysning og tilsetting i kommunale reststillinger en utfordring for kommunene

I de kommunene vi har undersøkt, var WebCruiter i liten grad kjent fra før. Utlysning av egne kommunale reststillinger opplevdes derfor arbeidskrevende og byråkratisk av de som hadde slik erfaring. Turnuslegestillingene var den eneste i kommunen som de *måtte* lyse ut i dette systemet. Siden utlysning av turnuslegestillinger er en sjelden hendelse for den enkelte kommune, opparbeider de lite erfaring med bruk av WebCruiter. I tillegg har de opplevd det uklart hvor de kunne henvende seg for å få råd om hvordan de praktisk skulle gå fram ved utlysninger. Enkelte kommuner opplevde i tillegg utfordringer med å vurdere om søkere, som i stor grad er utenlandske og gjerne ikke har gjennomført turnustjeneste i sykehus i Norge, er kompetent for reststillinger i kommunen. Her virker det å være et udekket veiledningsbehov.

Større valgmuligheter men også større usikkerhet for turnuslegene

Den nye turnusordninger har gitt turnuslegene større muligheter enn før til å velge arbeidsgiver og arbeidssted. Dette setter de stor pris på. Samtidig er de ikke lenger sikret turnustjeneste. Våre funn tyder på at legene påvirkes av konkurransen og usikkerheten om å få innpass i turnusordningen, noe som styrer valg og fokus allerede i grunnutdanningen. Mens legestudentene før i tiden forberedte seg på en mulig distriktsturnus langt fra sykehus, er fokuset nå å få innpass i helseforetakene. Legene avdekker ikke nødvendigvis sine sanne preferanser når de søker på de ordinære turnusstillingene. Turnustjenesten gjennomføres i hovedsak som planlagt. Enkelte av turnuslegene bryter imidlertid koblinger til kommuner og bidrar med dette til mer administrativt arbeid. Når det gjelder innholdet i turnustjenesten er det vårt hovedinntrykk at turnuslegene, i særdeleshet de som hadde studert i utlandet, opplevde at de har lært mye av turnustjenesten. Veiledningen underveis syntes imidlertid å variere mye både innad i helseforetak, mellom helseforetak og mellom kommuner.

Helseforetakene verdsetter rekrutteringsmuligheten høyt

Den nye turnusordningen har gitt helseforetakene en ny mulighet for å rekruttere leger som er motivert for jobb hos dem. Dette verdsettes høyt. Samtidig har ordningen gitt helseforetakene mer administrativt arbeid. I de helseforetakene vi har undersøkt, ble det administrative arbeidet med utlysning og søknadshåndteringen ivaretatt av noen svært få personer i hvert helseforetak, som har hatt et intenst arbeid i tilsettingsperiodene. Helseforetakene har påvirket turnusordningen ved at de i hovedsak har vært opptatt av å få jobben gjort med å ansette turnusleger i eget foretak, men de har i liten grad vektlagt samstyring med kommunene.

Kommunene lite på banen

Kommunene oppfattes av andre interessenter å ha vært lite på banen både i etableringen av den nye turnusordningen og i den videre driften av den. I alle de tre fylkene som vi har undersøkt, har Fylkeslegen i stor grad talt kommunenes sak og i noen grad spilt deres rolle i etableringsfasen. Kommunene synes å ha engasjert seg lite for å gjøre seg attraktiv for turnusleger. De har brukt lite eller ingen ressurser på samstyring med helseforetakene. Dette kan forklares med at kommunene i liten grad påvirkes av den nye turnusordningen så lenge ting fungerer etter planen (les: turnuslegene kommer). Men enkeltkommuner har opplevd økt administrativt arbeid og i noen grad vært i villrede om hva som er riktig framgangsmåte, når turnuslegene ikke kommer og de selv må lyse ut reststillinger. De påvirkes også negativt av at enkelte av dem bevisst velges bort og ikke framstår som attraktive.

Rekrutteringsvirkninger

Inkorporeringen av markedsmodellen i den nye turnusordningen gir store muligheter for de populære arbeidsgiverne og arbeidstakerne til å velge henholdsvis de turnusleger og arbeidssteder som de ønsker. I dette nye markedet blir bortvalg av turnustjeneste i distriktskommuner legitimt. Dette merkes i alle de tre fylkene vi har undersøkt. Enkelte kommuner har enten gått til det skritt, eller vurderer, å avskaffe turnusstillingen og heller opprette en ekstra fastlegestilling. Dette begrunnes dels med rekrutteringsutfordringer, og dels med økonomi.

Ønsker utlysningsspuljen for rekrutteringssvake stillinger tilbake

I Finnmark var det et tydelig ønske om å få tilbake til ordningen med egen utlysningsspulje for de rekrutteringssvake stillingene som ble fjernet i 2015. Informantene vi snakket med, opplevde at de bruker betydelig mer tid på tilsettingsarbeidet enn før og i mindre grad får tak i de legene de ønsker seg etter at puljeordningen ble fjernet. De fryktet rekrutteringsvirkningene av dette på sikt. Fjerning av puljeordningen strider mot klare råd som implementeringsforskningen tidligere har konkludert med, om å ikke gjøre endringer før en ordning er fullt ut implementert og evaluert.

1 INNLEDNING

Denne rapporten dokumenterer en undersøkelse initiert og gjennomført av Nasjonalt senter for distriktsmedisin om den nye søknadsbaserte turnusordningen for leger som trådte i kraft høsten 2013. Vi ønsker å få fram hvordan den nye turnusordningen så langt er implementert og hvordan helseforetak og kommuner samstyrer ordningen. Undersøkelsen legger særlig vekt på å få fram kommunenes stilling i den nye ordningen og har spesiell oppmerksomhet rettet mot distriktskommuner.

For å finne ut hvordan turnuslegestillingene i den nye ordningen utformes/kobles og hvordan det rekrutteres til turnustjeneste i sykehus og kommuner, har vi gjennomført to delstudier. I den ene har vi analysert tekstinnholdet i utlysninger av turnuslegestillinger som ble lagt ut på Helsedirektoratets turnusportal (WebCruiter), i løpet av de første tre årene med ny turnusordning. I den andre har vi gjennomført, analysert og fortolket intervju med ulike interessenter i tre fylker. Vi har valgt Finnmark, Nord-Trøndelag og Sogn og Fjordane siden dette er fylker som tradisjonelt har hatt legerekrutteringsutfordringer. Vi antar derfor at eventuelle positive og/eller negative aspekter ved den nye turnusordninger vil fanges opp på et tidlig tidspunkt i disse fylkene.

Videre i denne innledningen beskriver vi endringer fra gammel til ny turnusordning, noen sentrale trekk ved den nye søknadsbaserte ordningen, Helsedirektoratets veiledning og følge-med-ansvar for turnusordningen, noen foreløpige erfaringen med ordningen, den teoretiske innfallsvinkelen til denne studien samt studiens problemstillinger. Kapittel 2 er viet delstudien om stillingsutlysningene i turnusportalen. Kapittel 3 presenterer intervjuundersøkelsen gjennomført i de tre utvalgte fylkene. I kapittel 4 diskuterer vi resultatene med utgangspunkt i studiens teoretiske innfallsvinkel.

1.1 Fra gammel til ny turnustjeneste

Turnustjenesten for leger ble opprettet i 1955. De 18 månedene med obligatorisk turnustjeneste etter avlagt medisinsk embetseksamen (12 måneder i sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjenesten), ga kandidatene praktisk erfaring før de ble autorisert som leger (Haave 2011). Alle som meldte seg på hadde rett på en turnusplass og plassene ble fordelt ved loddrekning. Fylkeslegen i Oslo utarbeidet en liste over alle tilgjengelige turnusplasser. Legene valgte turnusplass på bakgrunn av et trekkningsnummer; jo lavere nummer – jo større valgmuligheter. En turnusplass besto av et navngitt sykehus, samt et tilhørende fylke hvor turnus i kommunehelsetjenesten skulle utføres. Valget av kommune i det tilhørende fylket ble gjort med utgangspunkt i trekkningsnummeret. I tillegg til å spre leger utover landet, hadde turnustjenesten også som funksjon å fremme rekruttering til ulike medisinske fagområder (Turnustjeneste for leger. I-1004 B).

I 2012 vedtok Helse- og omsorgsdepartementet nye forskrifter som regulerer turnus for leger. Vilåret om gjennomført turnustjeneste for å få rett til autorisasjon som lege ble med dette opphevet. Autorisasjon kan nå søkes etter gjennomført og bestått profesjonsstudium i medisin. Retten til en turnusplass ble fjernet, og tildeling av turnusplass ble også endret fra loddtrekning til et søknadsbasert system med turnusstillinger. Endringen trådte i kraft 1. september 2013¹.

Endringene kom på grunn av at det over år hadde vært mye større påmelding enn antallet tilgjengelige turnusplasser. Dette førte til lang ventetid for enkelte for å få gjennomført turnus. Foreslåtte tiltak for å bedre denne situasjonen som f.eks. strengere krav til norskkunnskaper, ble ikke innført (Omland og Reiter, 2011). Andre begrunnelser for endringen var det felles europeiske arbeidsmarkedet som fordrer felles regler, store norske studentkull i utlandet, påstått stor søkning til ordningene fra utenlandske statsborgere og at det ikke er noe underskudd på leger i Norge (Helsedirektoratet 2015b). Det var også et mål at turnusordning skulle bli mer lik det øvrige arbeidslivet, med stillinger, arbeidssøkere og arbeidsgivere.

Hovedmålet med den nye turnustjenesten er, som med den gamle, at turnuslegen gjennom arbeid som lege under særskilt veiledning og opplæring skal få nødvendig grunnleggende erfaring og praktisk rutine for å kunne utføre sin legevirkosomhet på en forsvarlig måte (Helsedirektoratet 2015a). I tillegg understreker Helsedirektoratet (2015b) viktigheten av å videreføre målsettinger om en geografisk fordeling av turnusstillinger og en statlig forvaltning av deler av turnusordningen.

Antallet turnusstillinger skal på årsbasis være ca. 950 (Helsedirektoratet 2015b). Oppstartstidspunkt for ordinære turnusstillinger er 1. mars og 1. september hvert år, og er gjeldende for både helseforetak og kommune.

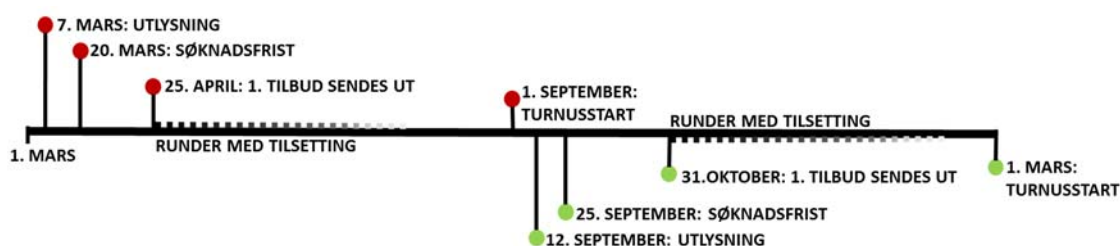
1.2 Stillingsutlysning og tilsettingsprosess

I den nye turnusordningen ble det bestemt at alle turnusstillinger skal lyses ut og søkes på i Helsedirektoratets turnusportal (WebCruiter). De ordinære turnusstillingene (ett år i sykehus og et halvt år i kommune) skal lyses ut og tilsettes i en samlet og ensartet prosess to ganger årlig. Figur 1 viser hvordan syklusen for utlysning og tilsettingen i den første delen av en ordinær turnuslegestilling, tilsettingen i helseforetak, foregår. Eksempelet som er valgt, er for stillinger som oppstart henholdsvis 1. september 2016

¹ Ny spesialistutdanning for leger trer i kraft høsten 2017. Utdanningen vil ha tre deler og del 1 vil være felles for alle. Del 1 tilsvarer turnusordningen i den forstand at den vil bestå av ett år med praktisk tjeneste på sykehus og et halvt år i kommunehelsetjenesten. Den nye spesialistutdanningen skal baseres på læringsmål og ikke tjenestetid som tidligere. Arbeidsgiver får ansvaret for å tilrettelegge for læringsaktiviteter og sørge for veiledning, vurdering og dokumentasjon av oppnådde læringsmål.

(og 1. mars 2017) og viser perioden mars 2016 til mars 2017. En drøy måned etter søknadsfristen sendes 1. tilbud ut. De som får tilbud om turnuslegestilling har kort tid på seg til å svare på om de takker ja til tilbudet eller ikke. De legene som takker ja til en stilling, merkes i turnusportalen slik at de ikke kan bli tilbudt flere stillinger. Etter førstegangstilbudet blir det sendt ut supplerende tilbud til alle stillingene er fylt med turnusleger. Hvor mange runder med suppleringsstilbud som må sendes ut, varierer mellom de ulike helseforetakene.

Figur 1 viser ikke hvordan tilsetning i stillingene i kommunehelsetjenesten foregår. Dette er slik fordi det ikke er noe stringent eller ensartet opplegg knyttet til tilsetningen i disse stillingene, men stor variasjon i hvordan tilsetningen foregår i praksis rundt omkring i landet.



Figur 1: Syklus for utlysning og tilsetning i ordinære (koblede) turnusstillinger i perioden mars-mars 2016/17.

Tidligere utlyste, ubesatte turnusstillinger og deler av turnusstillinger som blir ledige (såkalte reststillinger), skal fortløpende lyses ut på portalen.

Spesialistgodkjenningforskriften² (§ 12) pålegger helseforetak og kommuner å lyse ut koblede turnuslegestillinger, slik at legen som tilsettes får anledning til å gjennomføre en samlet turnustjeneste. En ordinær turnuslegestilling innebærer dermed to ulike tilsetningsforhold; ett i et helseforetak og ett i en kommune. Stillingene kan kobles på en av følgende måter (se illustrasjon i figur 2):

² FOR-2000-12-21-1384. Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger.

- Søkeren tilsettes samtidig i en stilling i et helseforetak og i en stilling i en bestemt kommune (§12a).
- Søkeren tilsettes i en stilling i et helseforetak og gis samtidig rett til ansettelse i én av de kommunene som sykehuset eller helseforetaket samarbeider med (§12b). Søkeren skal tilsettes i en kommune i rimelig tid før tjenesten der er planlagt å begynne.



Figur 2: Mulige koblinger av turnusstillinger mellom helseforetak og kommune.

1.3 Veileder for den nye turnusordningen

Rundskriv og veileder for turnusordning for leger (Helsedirektoratet 2015a) fortolker relevante forskrifter for turnus (jfr. Spesialistgodkjenningsforskriften), og den inneholder tips og anbefalinger knyttet til ansettelser av turnusleger og samarbeidet mellom helseforetak og kommune(r). Helseforetaket anbefales å opplyse hvilke kommuner de samarbeider med ved utlysning av turnusstilling. På denne måten synliggjøres det hvordan turnusstillingen i helseforetaket er koblet sammen med kommunetjenesten. Veilederen framholder at signering av kontrakt med helseforetaket gjør at legen har forpliktet seg til et arbeidsforhold i både helseforetak og kommune. Oppsigelse av arbeidsforholdet i et helseforetak innebærer også oppsigelse av arbeidsforholdet i kommunen. Veilederen anbefaler dessuten kommunen å sende ansettelseskontrakt til turnuslegen raskest mulig etter fordeling av turnusstillingene til kommunene. For å sikre et godt samarbeid mellom helseforetak og kommune om utlysning, ansettelse og kobling av turnusstillingene anbefales partene å utarbeide en samarbeidsavtale.

1.4 Helsedirektoratets følge-med-ansvar

Helsedirektoratet har et kontinuerlig følge-med-ansvar for ordningen og har hvert halvår siden innføring av den nye turnusordningen rapportert status for søknadsrundene (se for eksempel Helsedirektoratet 2015b). Rapportene er basert på opplysninger i turnusportalen om utlyste ordinære turnusstillinger, om den enkelte søker, antallet

søkere, deres nasjonalitet, land hvor utdanningen er gjennomført, årstall for fullført utdanning og søkere som ikke ble tilsatt. Helsedirektoratets rapporter handler kun om utlysning og tilsetting i de ordinære turnusstillingene som starter med tilsetting i et helseforetak. De gir dermed ingen opplysninger om tilsetting i kommunene, gjennomføringen av selve turnustjenesten eller utlysning og tilsetting i reststillinger.

1.5 Utlysningpuljer

De to første årene med ny turnustjeneste, ble turnusstillingene utlyst i to puljer, med formål å sikre at alle helseforetak fikk tilstrekkelig antall søkere til sine stillinger. Rekrutteringssvake stillinger (pulje 1) ble lyst ut før andre stillinger (pulje 2). Med rekrutteringssvake stillinger menes stillinger som erfaringsmessig får vesentlig færre søknader enn gjennomsnittet³.

Tabell 1 viser antall stillinger, annonser, søkere og involverte helseforetak i de seks første søknadsrundene med ny turnusordning. Søkningen til distriktene ble i 2015 ansett som «god», og derfor bestemte Helsedirektoratet å avvikle utlysninger av turnusstillinger i to puljer fra og med søknadsrunden våren 2015. Tabellen viser at det i perioden 2013-2015 var betydelig flere unike søkere til stillinger lyst ut på våren enn på høsten. Dette samsvarer med at flertallet av aktuelle søkere uteksamineres i vårsemesteret. I perioden med to utlysningpuljer, søkte over halvparten av det totale antall unike søkere (mellom 54 og 62 prosent) på stillingene i både pulje 1 og pulje 2. Så lenge puljeordningen varte var det langt flere søkere per stilling i pulje 1 (mellom 4,6 og 6,9) sammenliknet med pulje 2 (mellom 1,6 og 2,3). Totalt sett varierte antall søkere per stilling om våren mellom 2,1 og 2,2 og om høsten mellom 1,4 og 1,7 i perioden 2013-2015.

³ Jfr. merknad til §11 i Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger.

Tabell 1: Antall turnusstillinger, annonser, søkere og utlysende helseforetak. Vår og høst 2013-14, fordelt på utlysningspulje 1 og 2. Kilde: Helsedirektoratets statusrapporter for søknadsrunder 1-6.

| Tidspunkt | Stillinger | Annonser | Unike søkere | Unike søker per stilling | Antall helseforetak |
|------------|------------|----------|--------------|--------------------------|---------------------|
| Vår 2013 | 455 | 60 | 958 | 2,1 | 21 |
| Pulje 1 | 96 | 17 | 546 | 5,7 | 10 |
| Pulje 2 | 359 | 43 | 826 | 2,3 | 18 |
| Høst 2013 | 426 | 49 | 730 | 1,7 | 21 |
| Pulje 1 | 75 | 16 | 456 | 6,1 | 10 |
| Pulje 2 | 351 | 33 | 600 | 1,7 | 18 |
| Vår 2014 | 425 | 45 | 920 | 2,2 | 21 |
| Pulje 1 | 76 | 15 | 521 | 6,9 | 10 |
| Pulje 2 | 349 | 30 | 794 | 2,3 | 18 |
| Høst 2014 | 435 | 44 | 669 | 1,5 | 21 |
| Pulje 1 | 79 | 15 | 363 | 4,6 | 10 |
| Pulje 2 | 356 | 29 | 556 | 1,6 | 18 |
| Vår 2015* | 456 | 42 | 938 | 2,1 | 21 |
| Høst 2015* | 439 | 36 | 597 | 1,4 | 20 |

* Fra femte søknadsrunde (vår 2015) opphørte ordningen med utlysning i to puljer.

1.6 Erfaringer med turnustjenesten

Det finnes generelt lite forskningsbasert kunnskap både om den nye turnusordningen – forståelig nok fordi den har vart såpass kort tid – men også om den gamle.

I tråd med at helsemyndighetenes mål om at turnuslegestillinger skal bli mer lik vanlige stillinger i arbeidslivet, har tilsettingsprosessen i den nye turnusordningen ført med seg bruk av jobbintervju, men ikke som en standard rutine. Legeforskningsinstituttet (Birkeli 2015) har gjennomført en spørreundersøkelse som inkluderer spørsmål om ansettelsesprosessen i den nye turnusordningen. Birkeli (2015) fant at 32 prosent av turnuslegene i helseforetak og 48 prosent av turnuslegene i kommune ikke var blitt intervjuet før tilsetning. De som var blitt intervjuet, var signifikant mer fornøyde med ansettelsesprosessen enn de som ikke var blitt intervjuet. Rundt en av fire, både i helseforetak og i kommune, opplevde ikke ansettelsesprosessen som god. Dette forklarte turnuslegene med uklare ansettelseskriterier, en tilfeldig og rotete ansettelsesprosess, og at det var vanskelig å vite hva de ulike helseforetakene la vekt på. Andre negative faktorer som turnuslegene trakk fram, var at det var mange søkere til samme stilling, at søkers lokale tilhørighet ble vektlagt ved tilsetning, at det ble foretatt ansettelse på bakgrunn av bekjenskaper og manglende intervju før tilsetning. For kommunehelsetjenesten ble det også nevnt at manglende retningslinjer, struktur og plan

for fordeling av stillingene var uheldig. Noen var negative til et system basert på tilfeldig fordeling og loddtrekning av turnuslegestillingene i kommunehelsetjenesten.

Brandstorp (2013) viste til at Helsedirektoratet har anslått at turnuslegene utgjør ca. 10 prosent av legearbeidskraften i sykehus og kommuner med turnusplass, og at turnuslegene er en særlig viktig arbeidskraft i mindre lokalsykehus og utkantkommuner. I tråd med dette fant Birkeli (2015) at turnuslegene i kommunehelsetjenesten i Helse Nord-området (Nordland, Troms og Finnmark) vurderte betydningen av sin egen arbeidsinnsats høyere enn turnusleger i de øvrige regionene. På en skala fra 1 (verdiløs) til 5 (svært god) var det 87 prosent som svarte 4 eller 5 i Nord-Norge, mens tilsvarende andelen var mellom 69 og 77 prosent i de øvrige regionene.

Det antas at den trekningsbaserte ordningen bidro til fordeling av gode leger til hele landet, fordi den blant annet ga distriktserfaring og påfølgende distriktsarbeid for leger som kanskje i utgangspunktet ikke hadde planer om dette (Brandstorp 2013). Men den geografiske legefördelings-effekten av den gamle turnusordningen er som helhet ikke særlig godt dokumentert. Det finnes imidlertid enkeltstående studier fra Finnmark og Sogn og Fjordane (Larsen 2004, Straume og Shaw 2010, Gaski og Abelsen 2014). Studiene viser at turnustjenesten har vært en viktig legerekutteringskilde for de to fylkene. Begge fylker har i perioder praktisert særordninger for turnustjenesten med mål om å bedre legerekutteringen til fylkene og det er til dels virkningen av disse som har vært undersøkt.

Det er foreløpig uklart hvordan den nye søknadsbaserte turnusordningen bidrar til legefördeling. Det er uttrykt bekymring for at den nye ordningen ikke vil ha samme effekt på rekruttering til distrikter, som den gamle ordningen (Dagens Medisin 20.2.2014). Det er pekt på at den søknadsbaserte ordningen kan svekke turnustjenesten som distriktpolitisk virkemiddel, ved at muligheten for geografisk fordeling og rekruttering av turnusleger til utkanten kan bli vanskeligere (Turnustjeneste for leger. I-1004 B). Fra Sverige, som har hatt søknadsbasert ordning i lengre tid, har det lenge vært kjent at mange foretrekker å vente på turnusplass ved de store universitetssykehusene fremfor å ta tjeneste ved sykehus i distriktene til tross for at disse kan ha topp evaluering som læringssted (Sveriges Yngre Läkares Förening, 2013).

1.7 Teoretisk innfallsvinkel til studien

I arbeidet med denne studien har vi funnet det nyttig å søke teoretisk forankring gjennom begrepene implementering og samstyring.

1.7.1 Implementering og implementeringsforskning

I vid forstand handler implementering om å iverksette eller gjennomføre planer og beslutninger i praksis – kort sagt hvordan man får noe nytt til å virke i praksis. Den nye turnusordningen er denne konteksten noe nytt og vi ønsker å finne ut hvordan den foreløpig virker i praksis. Fixsen et al (2005) definerer implementering som et spesifisert sett av aktiviteter for å sette ut i livet en aktivitet eller et program med kjente dimensjoner. I følge Ogden og Fixsen (2014), handler implementering om tre sentrale tema: *Hva skal gjennomføres, hvordan skal det utføres, og hvem som skal gjennomføre arbeidet*. De påpeker at det kreves dyktige folk til å gjøre arbeidet med implementering effektivt i kontekster som gjerne er svært komplekse. Videre, at det vil være feil å betrakte implementeringen som en engangshendelse. Implementering bør betraktes som en pågående prosess fra innledende utforskning til fullt operativ. I tråd med dette skriver Hennestad (2002) at organisatoriske endringer ikke implementeres på en gitt dato. Det er da arbeidet begynner.

Implementeringsforskning handler om å finne ut hva som faktisk skjer når noe implementeres. Den er opptatt av handlinger, prosesser, samhandling og sosiale relasjoner som etableres og er i funksjon i forbindelse med implementering. Forskning på implementering kan fortelle hvorfor noe virker, ikke virker eller virker annerledes enn det var tenkt. Implementeringsforskningen bygger ikke på noen bestemt teori. Den har vært opptatt av kompleksiteten i prosesser som skjer over tid, avstand og som ofte involverer mange og ulike aktører og bygger på ulike metodiske tilnærminger (Hill og Hupe 2014).

I en kunnskapsoppsummering om forskningen på effektiv implementering, fant Durlak og DuPre (2008) at organisatorisk kapasitet hos de som skal gjennomføre implementering og ekstern støtte gjennom opplæring og teknisk assistanse har særlig betydning for resultatet. Videre at tiltak bør være fullt operative og modne før de evalueres, samt at de bør være fullt implementert før endringer blir gjort. Feltet har vært dominert av case-studier, kvalitativ forskning, og retrospektive vurderinger.

I følge Ogden og Fixsen (2014) kan implementering skje som en top-down modell der endring iverksettes/spres fra en sentral kilde (for eksempel statlige myndigheter) til lokalt nivå (for eksempel kommuner). Ulempen med en top-down modell vises blant annet når den ikke klarer å løse lokale behov. Med en bottom-up modell eller en desentralisert tilnærming iverksettes/spres endring fra enkeltpersoner og/eller lokale interesser. Dette kan øke følelsen av eierskap på lokalt nivå, men kan også redusere sjansene for at

løsningen blir i henhold til intensjonene. Budskapet fra forskning er i favør av å kombinere top-down og bottom-up tilnærminger (Hill og Hupe 2014; Fixsen et al 2013; Ogden et al 2009).

Implementering kan videre studeres som en top-down prosess der grad av måloppnåelse vurderes, eller en bottom-up prosess med vekt på hvordan de som skal implementere endringene, har løst oppdraget. En tredje tilnærming er å oppheve skillet mellom ovenfra/nedenfra og i stedet legge vekt på nettverk, samspill og forbindelser mellom aktørene. I vår studie av den nye turnusordningen har vi valgt å nyttiggjøre oss alle disse tre tilnærmingene.

1.7.2 Samstyring

I den nye turnusordningen pålegges helseforetak og kommuner å samarbeide gjennom kobling av turnusstillinger. Dette kan ses som et eksempel hvor intensjonen er samstyring, sett fra helsemyndighetenes side. Samstyring er tidstypisk og moderne, og handler i prinsippet om en ikke-hierarkisk og målrettet aktivitet, hvor deltagerne som kommer fra ulike organisasjoner er gjensidig avhengige av hverandre og avgjørelser er basert på konsensus etter forutgående forhandlinger (Røyseland og Vabo 2008).

Når stat og kommune skal samstyre, innebærer dette en gjennomgripende endring i den tradisjonelle, hierarkiske styringslogikken (Hansen et al 2016). Samhandlingsreformen er et empirisk eksempel på samstyring, hvor samhandlingen mellom helseforetak og kommuner gis en juridisk og formalisert form med et omfattende juridisk avtaleverk som skal forhandles frem, operasjonaliseres i alle ledd og reforhandles ved behov. Hansen et al (2016) påpeker at reell samstyring i dette tilfeller forutsetter at kommuner og helseforetak er noenlunde likeverdige parter og at begge er aktive i forhandlingene. De finner i sin studie grunn til å stille spørsmål ved om kommunene i dag har kompetansen, ressursene og strukturene som skal til for å være gode forhandlere. Røyseland og Vabo (2008) påpeker at når det skal oppnås konsensus eller forhandles er det åpenbart at ressurser og makt ikke nødvendigvis vil være likt fordelt mellom de involverte aktørene. Den som har en mest kapasitet, ressurser og formell autoritet, vil i større grad vinne fram. Men de sosiale prosessene som foregår kan også være sentrale for å forstå utfallet av samstyring.

Den nye turnusordningen er ikke like omfattende og har heller ikke de samme formaliserte juridiske rammene som samhandlingsreformen, men likner fordi det anbefales at helseforetak og kommuner inngår en samarbeidsavtale som de skal styre etter.

Det finnes ingen enkelt avgrensbar teori om samstyring. I følge Røyseland og Vabo (2008) skyldes dette at de empiriske formene som samstyring kommer til uttrykk gjennom, er såpass forskjellige. Holmen (2016) peker imidlertid på tre viktige aspekter for å få til samstyring:

- For det første at aktørene som inngår i samstyringen, er gjensidig avhengige; det de søker å oppnå kan de bare få til i fellesskap.
- For det andre at beslutninger fattes gjennom dialog og forhandlinger.
- For det tredje er samstyring en planlagt og målrettet aktivitet hvor mål fastsettes, virkemidler velges, strategier utformes, og ulike aktiviteter koordineres. Hovedutfordringene ved denne styringsformen, er det økte behovet for koordinering og videre hvem som koordinerer og hvordan.

1.8 Problemstillinger

I denne undersøkelsen ønsker vi å finne ut **hvordan den nye turnusordningen så langt er implementert og hvordan samstyringen mellom helseforetak og kommuner har fungert i praksis**. Vi ønsker videre å finne svar på følgende mer spesifikke spørsmål:

- Hvordan kobles turnuslegestillingene sammen?
- Hvor ofte utlyses reststillinger og hva er årsakene til slike utlysninger?
- Hvordan foregår det praktiske arbeidet med utlysning og tilsetning i turnuslegestillingene?
 - I hvilken grad er det likeverdighet mellom helseforetak og kommuner i dette arbeidet?
- Hvilke erfaringer har ulike interessenter med utlysning, søkning, tilsetning og gjennomføring i den nye turnusordningen?
- Hvilke effekter oppfattes den nye turnusordningen å ha på legefördeling og rekruttering av leger til distrikt?

2 DELSTUDIE 1: EN ANALYSE AV STILLINGSUTLYSNINGER PÅ TURNUSPORTALEN

I dette kapitlet presenteres den første delstudien hvor vi har analysert teksten i stillingsutlysningene som ble publisert på HelseDirektoratets turnusportal i løpet av de tre første årene med ny turnusordning. I det videre presenterer vi først datamaterialet og analysemetoder, før vi presenterer resultatene.

2.1 Datamateriale og metoder

Datamaterialet som ligger til grunn for studien, omfattet all tekst fra alle stillingsannonser som ble publisert på turnusportalen i de første sju ordinære rundene med stillingsutlysningene, samt alle reststillinger som ble lyst ut i helseforetak og kommuner mellom disse. Figur 3 illustrerer hvordan åpningssiden i turnusportalen ser ut. Datamaterialet omfatter alle publiserte stillingsannonser i turnusportalen lyst ut fra og med første ordinære søknadsfrist 18.03.2013 i ny turnusordning til og med utlysninger med ordinær søknadsfrist 20.03.2016.

The screenshot shows the 'HelseDirektoratets stillingsporta...' website. At the top, there are navigation links: 'Se ledige stillinger', 'Registrer ny CV / hent CV', and 'Language'. Below this is a search bar with 'Tilbake' and 'Ikke pålogget' options. The main content area is titled 'Finn stilling' and includes a sub-header '(Trykk på I for utfyllende informasjon)'. There are two radio buttons: 'Se alle stillinger' (selected) and 'Søk etter stilling'. Below this are four dropdown menus for filtering: 'Selskap / avdeling', 'Sted', 'Ansettelsesform', and 'Fagfelt'. The 'Selskap / avdeling' dropdown is open, showing a list of institutions including Akershus universitetssykehus HF, Diakonhjemmet Sykehus, and others. Below the filters is a search bar labeled 'Søk i stillingstekstene:' and a 'Søk' button. To the right is a 'Sortering:' dropdown menu set to 'Publiseringsdato'. Below the search area, it says '472 stillinger i 46 annonser funnet'. A table of job openings is displayed with the following columns: 'Stillingbetegnelse', 'Selskap / avdeling', 'Ansettelsesform', 'Fagfelt', and 'Sted'. The table contains four rows of job listings.

| Stillingbetegnelse | Selskap / avdeling | Ansettelsesform | Fagfelt | Sted |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------|---------|----------|
| Lege i spesialisering 1 (turnuslege) | Restplass, Hole kommune, Buskerud | Restplass kommune | Medisin | Buskerud |
| Lege i spesialisering del 1 | Oslo universitetssykehus HF | Restplass sykehus | Medisin | Oslo |
| Turnuslege Øksnes kommune | Øksnes | Restplass kommune | | Nordland |
| LIS 1 (tidligere turnus) | Akershus universitetssykehus HF | LIS del 1, 18 mnd | Medisin | Akershus |

Figur 3: Åpningssiden i HelseDirektoratets turnusportal (03.03.2017).

Etter avtale med Helsedirektoratet, ble datamaterialet stilt til rådighet fra firmaet WebCruiter som er ansvarlig for driften av den nasjonale, elektroniske turnusportalløsningen, som er i bruk. WebCruiter trakk ut xml⁴-er for alle stillingsannonser som ble publisert på turnusportalen i undersøkelsesperioden, hvor all tekst i annonsene ble organisert inn i ulike adskilte kategorier i henhold til de kategoriene som brukes når teksten legges inn. Orakeltjenesten ved UiT Norges arktiske universitet hjalp oss å overføre xml'ene til en Excel-fil. Vi konverterte selv denne Excel-filen til en SPSS-fil som vi brukte som utgangspunkt for våre analyser. Analysene ble gjort med SPSS versjon 24.

Datamaterialet inneholdt følgende kategorier med tekst fra stillingsannonsene:

- Registreringsdato
- Søknadsfrist
- Intern tittel på stillingen (fritekst)
- Arbeidssted (postnummer og poststed)
- Annonseoverskrift (fritekst)
- Stillingsbeskrivelse (fritekst)
- Antall stillinger
- Foretrukne kvalifikasjoner (fritekst)
- Foretrukne personlige egenskaper (fritekst)
- Hvem som har registrert stillingen i portalen (helseforetak eller kommune)
- Goder knyttet til stillingen (fritekst)
- Arbeidsstedfylke (fritekst)

Datamaterialet som ble levert av WebCruiter, inneholdt data om 737 stillingsannonser. Etter flere gjennomganger ble datamaterialet gradvis redusert til 718 stillingsannonser som er det vi videre refererer til som vårt datamateriale. De som ble ekskludert, var stillingsannonser som ikke kvalifiserte for inklusjon i vår valgte undersøkelsesperiode. Det var også noen stillingsannonser som var registrert to ganger hvor kopien ble fjernet.

Basert på informasjonen i dette datamaterialet, ble det til analysen konstruert noen ekstra variabler i datamaterialet. Disse var:

- Type stilling (kategorier: ordinær turnusstilling, restplass i helseforetak, restplass i kommune, koblet restplass (både helseforetak og kommune))
- Type kobling (kategorier: §12a, §12b, begge koblinger, annet)

⁴ Filformatet .xml organiserer data i en hierarkisk struktur. Formatet er et vanlig tekstformat, leselig for mennesker, der merker, eller tagger, gir informasjon om hva innholdet er.

- Navngitt kommune – dvs. om aktuell(e) kommune(r) for gjennomføring av kommuneturnus var navngitt i de ordinære stillingsutlysningene, i utlysningene av reststilling i kommuner og i koblede reststillinger (kategorier: ja, nei)
- For utlysningene av reststilling i kommuner ble følgende variabler lagt inn:
 - Kommunenaavn
 - Kommunens sentralitet (kategorier: minst sentral, mindre sentral, noe sentral, sentral)
 - Kommunens folketall (kategorier: under 2 000 innbyggere, 2 000 – 4 999 innbyggere, 5 000 – 9 999 innbyggere, 10 000 – 19 999 innbyggere, 20 000 – 49 999 innbyggere, 50 000 innbyggere eller flere)

Datamaterialet er analysert ved hjelp av frekvenstillinger og krystabeller.

2.2 Utlyste stillinger i undersøkelsesperioden

Tabell 3 viser at det i undersøkelsesperioden ble lyst ut 3 118 ordinære turnuslegetillinger i turnusportalen. Mellom de ordinære søknadsfristene ble det i undersøkelsesperioden i tillegg lyst ut til sammen 490 reststillinger. Av disse var 235 reststillinger i helseforetak og 238 reststillinger i kommuner. De resterende 17 var koblede reststillinger (dvs. stillinger med full turnustjeneste, 1 år i helseforetak og et halvt år i kommune).

De ordinære stillingene ble i all hovedsak lyst ut samlet fra det lokale helseforetaket hvor sykehusturnus skulle gjennomføres. Reststillingene ble i noen tilfeller lyst ut samlet, i andre tilfeller, særlig ved kommunale reststillinger, var det én stilling per annonse.

Tabell 2 viser at alle de tre typene reststillinger har økt i antall over tid. Det var en særlig stor vekst i antall utlyste reststillinger i kommuner mellom de to siste ordinære søknadsfristene i den perioden vi har undersøkt.

De koblede reststillingene ble lyst ut på Vestlandet og i Nord-Norge: Helgelandssykehuset HF (5 stillinger), Helse Førde HF (3 stillinger), Finnmarkssykehuset HF (2 stillinger), Helse Bergen HF (3 stillinger), Nordlandssykehuset HF (2 stillinger), Universitetssykehuset Nord-Norge HF (1 stilling) og Helse Fonna HF (1 stilling).

Tabell 2: Antall stillinger utlyst i turnusportalen i perioden 18. mars 2013 - 20. mars 2016, fordelt på ordinære stillinger, reststillinger i helseforetak og kommune, samt koblede reststillinger.

| Søknadsfrist/ utlysningsperiode | Antall stillinger utlyst i turnusportalen | | | |
|------------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------|---|
| | Ordinær | Reststillinger i helseforetak | Reststillinger i kommune | Koblede reststillinger (både helseforetak og kommune) |
| Pulje 1 - 18.03.2013 | 82 | | | |
| Pulje 2 - 14.05.2013 | 355 | | | |
| Reststillinger 14.05.-14.09.2013 | | 21 | 0 | |
| Pulje 1 - 15.09.2013 | 75 | | | |
| Reststillinger 15.09.-02.11.2012 | | 3 | 0 | |
| Pulje 2 - 03.11.2013 | 351 | | | |
| Restst.03.11.2013-22.02.2014 | | 20 | 20 | 1 |
| Pulje 1 - 23.02.2014 | 115 | | | |
| Reststillinger 23.02.-2.04.2014 | | 10 | 4 | |
| Pulje 2 - 13.04.2014 | 336 | | | |
| Reststillinger 13.04.-13.09.2014 | | 44 | 22 | 2 |
| Pulje 1 - 14.09.2014 | 79 | | | |
| Reststillinger 14.09.-01.11.2014 | | 9 | 12 | |
| Pulje 2 - 02.11.2014 | 361 | | | |
| Restst. 02.11.2014-14.03.2015 | | 30 | 46 | 1 |
| Ordinær - 15.03.2015 | 481 | | | |
| Reststillinger 15.03.-03.10.2015 | | 49 | 39 | 4 |
| Ordinær - 04.10.2015 | 429 | | | |
| Restst. 04.10.2015-19.03.2016 | | 44 | 93 | 9 |
| Ordinær - 20.03.2016 | 454 | | | |
| Reststillinger 20.03. | | 5 | 2 | |
| Totalt | 3 118 | 235 | 238 | 17 |

2.3 Reststillinger i helseforetak

Tabell 3 viser hvordan de 235 reststillingene i helseforetak som ble lyst ut i undersøkelsesperioden, fordeler seg mellom de ulike helseforetakene. Det var Helse Møre og Romsdal HF som i denne perioden, lyste ut flest reststillinger i helseforetak (26 stillinger) og Diakonhjemmet Sykehus lyste ut færrest (1 stilling). Sett i forhold til antallet ordinære stillinger som ble lyst ut i undersøkelsesperioden, endrer bildet seg. Under ett ble 7,5 prosent av de ordinært utlyste stillingene utlyst som reststillinger i helseforetak.

Den relative andelen reststillingsutlysninger var høyest ved Oslo Universitetssykehus HF (17,7 prosent) og lavest ved Diakonhjemmet Sykehus (2,2 prosent).

Tabell 3: Reststillinger i helseforetak i undersøkelsesperioden. Antall reststillinger og relativ andel av ordinære stillinger.

| Helseforetak | Antall utlyste reststillinger | Antall utlyste ordinære stillinger i undersøkelsesperioden | Andel reststillingsutlysninger av ordinære stillinger |
|-------------------------------------|-------------------------------|--|---|
| Helse Møre og Romsdal HF | 26 | 298 | 8,7 % |
| Akershus universitetssykehus HF | 21 | 136 | 15,4 % |
| Helse Førde HF | 21 | 125 | 16,8 % |
| Helse Stavanger HF | 19 | 142 | 13,4 % |
| Sykehuset Innlandet HF | 18 | 307 | 5,9 % |
| Vestre Viken HF | 14 | 203 | 6,9 % |
| Sørlandet sykehus HF | 17 | 167 | 10,2 % |
| Oslo universitetssykehus HF | 14 | 79 | 17,7 % |
| Helse Bergen HF | 12 | 190 | 6,3 % |
| Universitetssykehuset Nord-Norge HF | 10 | 219 | 4,6 % |
| Nordlandssykehuset HF | 9 | 171 | 5,2 % |
| Helse Nord-Trøndelag HF | 9 | 143 | 6,2 % |
| Finnmarkssykehuset HF | 9 | 88 | 10,2 % |
| Helse Fonna HF | 7 | 154 | 4,5 % |
| Sykehuset Østfold HF | 7 | 147 | 4,8 % |
| Sykehuset Telemark HF | 7 | 137 | 5,1 % |
| Sykehuset i Vestfold HF | 6 | 121 | 5,0 % |
| St. Olavs Hospital HF | 5 | 152 | 3,3 % |
| Helgelandssykehuset HF | 3 | 93 | 3,2 % |
| Diakonhjemmet Sykehus | 1 | 46 | 2,2 % |
| Totalt | 235 | 3 118 | 7,5 % |

Det er noen helseforetak som skiller seg ut med en høy andel utlyste reststillinger. Tallmaterialet er lite og det kan derfor være tilfeldige årsaker til variasjonen. For noen helseforetak er det imidlertid nærliggende å tenke at de noe høyere reststillingsandelene kan ha sammenheng med generell utkantproblematikk. Når det åpner seg muligheter i mer sentrale strøk, søker turnusleger som egentlig ikke ønsker å jobbe i distriktsområder,

seg dit. Men dette har vi ikke belegg for å påstå. Utkantproblematikk kan imidlertid ikke forklare hvorfor andelen reststillinger var høyest ved Oslo universitetssykehus HF eller at Akershus universitetssykehus HF var blant de med høyest andel. Her tenkte vi at et større tilfang av andre arbeidsmuligheter kunne være en mulig forklaringsfaktor. Vi har imidlertid drøftet denne forklaringsmuligheten med turnusansvarlig ved Akershus universitetssykehus HF som opplyste at restplassene de så langt har lyst ut, skyldes svangerskaps-/fødselspermisjoner og i to tilfeller forskningspermisjoner. Hun visste bare om en lege som har fått tilbud om LIS-stilling og som hadde hoppet av turnus siden ordningen ble innført. Det var en lege som ikke trengte turnus da han allerede hadde dette integrert og fikk godkjent dette av helsedirektoratet. Hun tror ikke det er mange som hopper av en turnustilling for å starte i en LIS-stilling nå. Det er så vanskelig å få turnusplass at de er i stillingene lengst mulig.

2.4 Reststillinger i kommuner

Tabell 4 viser hvordan de 238 restplassene som ble utlyst i kommuner i løpet av vår undersøkelsesperiode, fordelte seg på enkeltfylker eller fylkesgrupperinger. Grunnen til at vi har gruppert enkelte fylker sammen, er at det ikke har vært mulig å knytte spesifikke kommuner og således fylker, til de ordinære turnuslegestillingene som i første omgang lyses ut av helseforetakene. En del helseforetak har virksomhet i flere fylker. I noen tilfeller er det i deres utlysninger ikke spesifisert hvilke kommuner turnusstillingen er koblet med, i andre tilfeller er kommunene spesifisert men ikke hvor mange stillinger som er koblet til den enkelte kommune.

Tabell 4 viser at det var i Nordland det ble lyst ut flest reststillinger i kommuner, mens det i Møre og Romsdal og Østfold ble lyst ut færrest. Hvis vi ser på det relative antall reststillinger i kommunene, finner vi at den på landsbasis var 7,6 prosent og at den var størst i Troms og Vest-/Aust-Agder, Nord-Trøndelag, Nordland og Telemark (prosentandelen varierer mellom 11 og 12,6 prosent). Selv om datamaterialet er lite, kan det være grunn til å anta at variasjonen ikke er helt tilfeldig og at omfanget av reststillinger er knyttet til at leger har søkt seg til sentrale strøk.

Finnmark kommer bedre ut enn de ovenfor nevnte fylkene, selv om også Finnmark ligger over andelen på landsbasis. Årsaken til at Finnmark kommer relativt godt ut kan ha sammenheng med at 56 av de ordinære turnusstillingene som har vært lyst ut med kommuneturnus i Finnmark, er stillinger med sykehusturnus ved Akershus universitetssykehus HF eller Vestre Viken HF. Dette går for å være populære stillinger. Blant de 13 reststillingene som ble lyst ut i Finnmark, var det bare én som var knyttet til en stilling med kobling til Akershus universitetssykehus HF eller Vestre Viken HF. Hvis vi ser bort fra stillingene med kobling til Akershus universitetssykehus HF eller Vestre Viken

HF, så spretter andelen reststillinger i Finnmark opp til toppen av lista med 14,8 prosent. Sogn og Fjordane som vi har spesielt fokus på i vår undersøkelse, hadde en prosentandel kommunale reststillinger omtrent som landsbasis (7,2 prosent).

Tabell 4: Reststillinger i kommuner i undersøkelsesperioden fordelt på fylker/fylkesgrupperinger. Antall reststillinger og relativ andel av ordinære stillinger.

| Fylker | Antall utlyste reststillinger i kommuner | Antall utlyste ordinære stillinger i undersøkelsesperioden | Andel reststillingsutlysninger av ordinære stillinger |
|--------------------------------|--|--|---|
| Nordland | 32 | 300 | 10,7 % |
| Akershus, Buskerud og Vestfold | 30 | 404 | 7,4 % |
| Hedmark og Oppland | 24 | 307 | 7,8 % |
| Troms | 23 | 183 | 12,6 % |
| Vest-Agder og Aust-Agder | 20 | 167 | 12,0 % |
| Nord-Trøndelag | 17 | 143 | 11,9 % |
| Telemark | 15 | 137 | 11,0 % |
| Rogaland | 14 | 226 | 6,2 % |
| Finnmark | 13 | 144 | 9,0 % |
| Sør Trøndelag | 13 | 152 | 8,6 % |
| Hordaland | 11 | 260 | 4,2 % |
| Sogn og Fjordane | 9 | 125 | 7,2 % |
| Oslo | 7 | 125 | 5,6 % |
| Møre og Romsdal | 5 | 298 | 1,7 % |
| Østfold | 5 | 147 | 3,4 % |
| Totalt | 238 | 3 118 | 7,6 % |

2.4.1 Reststillinger og kommunens sentralitet

Vi har undersøkt om kommunens sentralitet spiller inn på omfanget av utlyste kommunale reststillinger. Det er nærliggende å anta at hvis det er en tendens til at leger bevisst velger bort kommuneturnus i usentrale kommuner, så vil omfanget av utlyste stillinger være høyere her enn i mer sentrale kommuner. For to kommunale reststillinger (lyst ut av Sykehuset Innlandet HF) var det ikke mulig å finne ut hvilke kommuner de var knyttet til. Datamaterialet omfatter derfor 236 av de 238 kommunale reststillingene utlyst i perioden.

Tabell 5 viser at det var sentrale kommuner som hadde den største andelen utlyste kommunale reststillinger (39 prosent). Deretter kom de minst sentrale kommunene (35 prosent). I de mindre og noe sentrale kommunene var andelen utlyste kommunale reststillinger lavere (henholdsvis 12 og 14 prosent).

Hvorvidt det er skjevheter i utlysningen av reststillinger i kommunene knyttet til kommunens sentralitet, er ikke så enkelt å finne svar på. Det er ikke mulig med vårt datamateriale å beregne relative andeler utlyste reststillinger av ordinært utlyste stillinger. Dette fordi det ikke fullt ut er mulig å knytte de ordinære stillingsutlysningene til spesifikke kommuner. Vi har som et alternativt sammenlikningsgrunnlag valgt å ta utgangspunkt i utbetalingen av turnustilskudd til kommunene i 2013/2014 for å få et estimat på hvordan turnusstillingene er fordelt etter kommunens sentralitet på landsbasis. Dersom kommunens sentralitet ikke har noe å si, vil vi forvente en lik fordeling i de to andelskolonnene i tabell 6. Slik er det ikke. På landsbasis er andelen reststillinger lyst ut i de minst sentrale kommunene er en del høyere enn andelen turnusstillinger lyst ut i disse kommunene (35 vs. 28 prosent). Videre viser tabellen det motsatte forholdet i de sentrale kommunene, at andelen reststillinger lyst ut i de sentrale kommunene på landsbasis var en del lavere enn andelen turnusstillinger i disse kommunene (39 vs. 44 prosent). Tallene kan tyde på at det var tendens til systematisk bortvalg av kommunale turnusstillinger i de minst sentrale kommunene.

Tabell 5: Andel utlyste kommunale reststillinger og andel stillinger det er gitt turnustilskudd til fordelt etter kommunens sentralitet.

| | Andel utlyste reststillinger i undersøkelsesperioden | Andel stillinger det er gitt turnustilskudd til i kommunene ¹ |
|-------------------|--|--|
| Minst sentral | 35 | 28 |
| Mindre sentral | 12 | 11 |
| Noe sentral | 14 | 17 |
| Sentral | 39 | 44 |
| Total prosent | 100 | 100 |
| Antall stillinger | 236 | 461 |

¹ Kilde: Vi har fått tallene for 2013/2014 som beregningene er basert på fra HELFO.

2.4.2 Reststillinger og kommunens folketall

Vi har også undersøkt om kommunens folketall er assosiert med omfanget av utlyste kommunale reststillinger. Tabell 6 viser at nær halvparten (49 prosent) av de kommunale reststillingene ble lyst ut i kommuner med under 5 000 innbyggere. Utbetalinger av turnustilskudd i 2013/2014 (jfr. beskrivelse over om kommunens sentralitet) tyder på at disse kommunene anslagsvis har 37 prosent av turnusstillingene på landsbasis. I de mest

folkerike kommunene (de med mer enn 20 000 innbyggere) var bildet motsatt. Våre estimat tyder på at disse kommunene på landsbasis har 29 prosent av de kommunale turnusstillingene, mens de hadde 21 prosent av de utlyste kommunale reststillingene. Tallene i tabell 6 indikerer en mulig tendens til systematisk bortvalg av de kommunale turnuslegestillingene i de minst folkerike kommunene.

Tabell 6: Andel utlyste kommunale reststillinger og andel stillinger det er gitt turnustilskudd til fordelt etter kommunens folketall.

| Folketall per 1. januar 2016 | Andel utlyste reststillinger i undersøkelsesperioden | Andel stillinger det er gitt turnustilskudd til i kommunene ¹ |
|------------------------------|--|--|
| Under 2 000 innb. | 16 | 12 |
| 2 000 – 4 999 innb. | 33 | 25 |
| 5 000- 9 999 innb. | 16 | 19 |
| 10 000 -19 999 innb. | 14 | 15 |
| 20 000 - 49 000 innb. | 10 | 14 |
| 50 000 eller flere innb. | 11 | 15 |
| Total prosent | 100 | 100 |
| Antall kommuner | 238 | 346 |

¹ Kilde: Vi har fått tallene for 2013/2014 som beregningene er basert på fra HELFO.

2.5 Type kobling mellom helseforetak og kommune

Tabell 7 viser hvordan 3 101 av de 3 118 ordinære turnuslegestillingene som ble utlyst i undersøkelsesperioden, koblet sammen stillingen i et helseforetak med stillingen i en kommune. Vi mangler informasjon om 17 stillinger (fordelt på to ulike stillingsannonser) fordi det ikke var mulig å lese seg til hvordan koblingen var ut fra de opplysningene som var gitt i stillingsannonsene. Tabell 7 viser at den store majoriteten av stillinger ble lyst ut med en §12b-kobling. Det vil si at søkeren først tilsettes i et helseforetak med rett til ansettelse i én av de kommunene som sykehuset eller helseforetaket samarbeider med, men det er ikke spesifisert hvilken. Søkeren skal ifølge spesialistgodkjenningforskriften, tilsettes i en kommune i rimelig tid før tjenesten der er planlagt å begynne. Det er imidlertid ikke lagt noen føringer fra sentralt hold om hvordan denne tilsettingen skal foregå.

Den lille andelen med stillinger med §12a-kobling (sykehusplass er koblet med spesifisert kommune), har vært lyst ut av Akershus universitetssykehus HF, Helse Fonna HF, Helse Førde HF, Vestre Viken HF og Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Ved siste ordinære søknadsfrist i vårt materiale (20.03.2016), var det kun noen få av stillingene ved Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF, de med kobling til kommuneturnus i

Finmarkskommunene Måsøy, Lebesby og Gamvik, som ble lyst ledig med §12a-kobling. Trenden er dermed klar i retning av §12b som den klart foretrukne koblingsformen.

Tabell 7: Type kobling mellom stillingen i helseforetak og i kommune i de ordinært utlyste turnusstillinger i undersøkelsesperioden.

| Type kobling | Antall stillinger | Prosent |
|-------------------------------|-------------------|--------------|
| § 12 a (spesifisert kommune) | 117 | 3,8 |
| § 12 b (uspesifisert kommune) | 2 834 | 91,4 |
| Begge koblinger | 110 | 3,5 |
| Annet | 40 | 1,3 |
| Totalt | 3 101 | 100,0 |

2.6 Er kommunen synlig i utlysningsteksten?

Tabell 8 viser at i de fleste tilfeller hvor det var relevant ble kommunens navn nevnt i stillingsutlysningene. Dette gjaldt i all hovedsak for reststillingene i kommunen og de koblede reststillingene. Men for nær halvparten av de ordinære turnusstillingene (46 prosent) gikk det ikke fram av utlysningsteksten hvilke(n) kommune(r) stillingen i helseforetaket var koblet sammen med. Typiske formuleringer i utlysningsteksten for disse stillingene var at kommunestillingen er i et geografisk område/en region som omfatter en ikke spesifisert gruppe kommuner, at helseforetaket vil inngå avtale med kommuner etter hvert, eller at kommunestillingen vil være i en av kommunene som helseforetaket samarbeider med uten at noen kommuner var spesifikt nevnt. Stillingen i helseforetaket var til sammenlikning detaljert beskrevet. Det framgikk hvilket sykehus og hvilke avdelinger stillingen var knyttet til og gjerne hvor lenge kandidaten skulle arbeide ved de ulike avdelingene.

Tabell 8: Er aktuell(e)kommune(r)navngitt i stillingsutlysningen? Fordeling på ordinære stillinger, reststillinger i kommune og koblede reststillinger.

| Er kommunen navngitt i utlysningen? | Antall stillinger utlyst i turnusportalen | | |
|-------------------------------------|---|--------------------------|---|
| | Ordinære | Reststillinger i kommune | Koblede reststillinger (både helseforetak og kommune) |
| Ja | 54 | 97 | 82 |
| Nei | 46 | 3 | 18 |
| Total prosent | 100 | 100 | 100 |
| Antall stillinger totalt | 3 118 | 238 | 17 |

Det var seks helseforetak som gjennom hele undersøkelsesperioden, har vært konsekvent med å oppgi i stillingsutlysningene hvilke kommuner stillingen i helseforetaket kan bli koblet sammen med. Disse er: Helgelandsykehuset HF, St. Olavs

hospital HF, Helse Stavanger HF, Sykehuset Telemark HF, Diakonhjemmet sykehus og Oslo universitetssykehus HF. For de to sistnevnte var det enkelt og greit bare en aktuell kommune – Oslo.

I en del utlysningstekster hvor de aktuelle kommunenes navn ble spesifikt nevnt, var det også lagt inn link til kommunens hjemmeside.

De helseforetakene som i minst grad hadde navngitt aktuelle kommuner i sine stillingsutlysninger var: Sørlandet sykehus HF (hvor opplysninger manglet for 89 prosent av de ordinære stillingene), Helse Møre og Romsdal HF (hvor opplysninger manglet for 88 prosent av de ordinære stillingene), samt Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Vestfold HF og Sykehuset Østfold HF (alle med manglende opplysninger for 85 prosent av de ordinære stillingene).

2.7 Utlysninger uten kobling til kommunestilling

Fra og med den ordinære søknadsrunden 15. mars 2015, har det i vårt materiale dukket opp noen ordinære stillingsutlysninger hvor det ikke var kobling mellom helseforetak og kommune. Slike utlysninger samsvarer ikke med den generelle bestemmelsen om at turnuslegestillinger skal være koblet (jfr. §12 Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger). Det kan hende at dette i realiteten var restplasser, men det ble ikke opplyst om dette i utlysningsteksten. Det kan også hende at Helsedirektoratet hadde gitt tillatelse til å gjøre unntak fra kravene om kobling slik nevnte paragraf over åpnet for. Dette ble det imidlertid ikke opplyst om i utlysningsteksten.

Under har vi tatt med utdrag fra teksten i de sju ulike utlysningene vi har registrert. I flere tilfeller stod det eksplisitt at søkere måtte skaffe seg kommuneturnus selv ved å søke ledige reststillinger i Helsedirektoratets turnusportal. Fire av stillingsutlysningene kom fra Helse Møre og Romsdal HF, de øvrige fra Oslo kommune, Sykehuset Innlandet HF og Helse Bergen HF.

ORDINÆR UTLYSNING MED SØKNADSRIST 15.03.2015:

*Ved MOLDE SJUKEHUS har vi 12 ledige turnusstillinger i tidsrommet fra 010915 - 310816. [...] Helse Møre og Romsdal vil inngå avtaler med fortrinnsvis kommuner i Møre og Romsdal og event. Andre fylker som ikke er klart pr.d.d., om distriktplasser som starter opp etter endt sjukehustjeneste. **De som tilsettes i turnusstillinger i foretaket får fortrinn til disse plassene.***

ORDINÆR UTLYSNING, 04.10.2015:

Vi har frå 01.03.2016 ledig 15 stillingar for turnuslege ved sjukehuset i Ålesund. [...] Stilling nr 5/2016: 2 stillingar med kombinasjonen med/kir psyk. NB! Utan kobling til

*kommunehelsetjeneste. Stilling nr 6/2016: 1 stilling med kombinasjonen med/kir NB!
Utan kobling til kommunehelsetjeneste.*

ORDINÆR UTLYSNING, SØKNADSRIST 04.10.2015:

Diakonhjemmet Sykehus samarbeider med Oslo kommune. For seks av stillingene innebærer det at søkerne har rett til 6 måneders turnustjeneste i Oslo kommune etter gjennomført 12 måneders turnustjeneste ved sykehuset, jfr. Forskrift 2000-12-21 nr. 1384, § 12 b. Den syvende stillingen har ikke kobling til Oslo kommune. Dette innebærer at kandidaten må søke kommunetjeneste etter godkjent 12 måneders sykehustjeneste via Helsedirektoratets turnusportal.

ORDINÆR UTLYSNING, SØKNADSRIST 04.10.2015:

Vi [Kristiansund sykehus, Helse Møre og Romsdal HF] har ledig 8 stillinger for turnusleger, todelt tjeneste kirurgi/medisin. 6 stillinger har 12 måneders sykehustjeneste og 6 måneders kommunetjeneste. 2 stillinger har 12 måneders sykehustjeneste. Turnusleger som blir ansatt i stillingene med kun 12 måneders sykehustjeneste, må selv søke distriktjeneste via turnusportalen. Dersom Helseforetaket får på plass flere avtaler med kommuner, kan det være mulighet for at vi kan tilby flere kombinasjonsplasser (sykehus/kommune).

ORDINÆR UTLYSNING, SØKNADSRIST 04.10.2015:

Ved Molde sjukehus har vi 13 ledige turnuslegestillinger i tida 010316 - 280217. [...] Molde sjukehus har 11 avtaler i Møre og Romsdal om distriktsplass, og dersom Helseforetaket får på plass flere avtaler med kommuner i Møre og Romsdal, er det mogleg at vi kan tilby flere kombinasjonsplassar (sjukehus/kommune).

ORDINÆR UTLYSNING, SØKNADSRIST 04.10.2015:

Sykehuset Innlandet HF [...] har følgende turnuslegeplasser ledige f.o.m. 01.03.2016 t.o.m. 28.02.2017: Divisjon Kongsvinger har 1x 100% stilling. Divisjon Elverum-Hamar har 2x 100% stilling. Divisjon Lillehammer har 1x 100% stilling. Stillingen er uten 6 mnd kommunetjeneste. Ved ledighet i kommune vil disse utlyses og kandidater er velkommen til å søke.

ORDINÆR UTLYSNING, SØKNADSRIST 20.03.2016:

Helse Bergen har ledig 27 turnuslegestillinger frå 1.9.2016 til 31.8.2017 Du må skrive i søknaden om du ønskjer å arbeide på Haukeland universitetssjukehus eller Voss sjukehus, samt om du ønskjer med eller utan kommuneplass. [...] 4 av stillingane ved Haukeland universitetssjukehus er kun sjukehustjeneste.

2.8 Ordinære turnusstillinger lyses i hovedsak ut av helseforetak

Det var i all hovedsak helseforetakene som lyste ut de ordinære turnusstillingen i den perioden vi har undersøkt. Oslo kommune representerte imidlertid et unntak. I de to

siste ordinære søknadsrundene som vårt datamateriale omfatter (den med søknadsfrist 4.10.2015 og den med søknadsfrist 20.03.2016), var det Oslo kommune som lyste ut de ordinære turnusstillingene som kobler sammen sykehusstilling ved Oslo universitetssykehus HF og kommunestilling i Oslo kommune. Vi har ingen informasjon om hvorfor denne endringen har funnet sted. Under vises et utdrag fra en slik stillingsutlysning.

ORDINÆR UTLYSNING, SØKNADSRIST 04.10.2015:

Oslo kommune er Norges største kommune med en befolkning på over 620 000 fordelt på 15 bydeler. [...] Kommunen har til sammen 23 turnusplasser. Søkeren ansettes først i stilling som turnuslege i ett år ved Oslo universitetssykehus og gis deretter rett til ansettelse i Oslo kommune i 6 måneder, i henhold til Forskrift 2000-12-21 nr 1384, § 12 b. Ansettelse i Oslo kommune forutsetter at turnustjenesten ved Oslo universitetssykehus blir gjennomført og godkjent. Fra 01.03.2016 vil det være 12 ledige stillinger ved Oslo universitetssykehus, koblet til turnuslegestillinger i Oslo kommune.

Reststillingene i helseforetak ble naturlig nok lyst ut av helseforetakene. Når det gjelder de kommunale reststillingene, så ble de i hovedsak lyst ut av den enkelte kommune. Men det var også noen helseforetak som lyste ut kommunale reststillinger (for eksempel Akershus universitetssykehus HF og Sykehuset Innlandet HF). Dette gjerne i samleannonser med flere ledige kommunestillinger.

2.9 Oppsummering

I den treårige undersøkelsesperioden ble det lyst ut til sammen 3 118 ordinære turnusstillinger. Det store flertallet (91,4 prosent) av disse var lyst ut med en §12b-kobling mellom helseforetak og kommune. For kun drøyt halvparten av de ordinære turnusstillingene (54 prosent) gikk det klart fram av utlysningsteksten hvilke(n) kommune(r) stillingen i helseforetaket var koblet sammen med.

I undersøkelsesperioden ble det lyst ut 235 reststillinger i helseforetak og 238 reststillinger i kommuner. Disse utgjorde henholdsvis 7,5 og 7,6 prosent av det totale antallet utlyste ordinære turnusstillinger. Selv om reststillingsandelene er nesten helt like, er de ikke direkte sammenliknbar. De første reststillingsutlysningene i helseforetakene hadde søknadsfrist drøyt sju måneder før de første reststillingene i kommunene hadde det (henholdsvis 12.06.2013 og 15.01.2014). Det vil si at reststillingsantallet fra helseforetakene er generert over en lengre periode med datainnsamling enn reststillingsantallet fra kommunene. Med drøyt sju måneder lengre telling av utlyste reststillinger kommunene, og tendensen til økning i antall utlyste kommunale reststillinger (jfr. tabell 3), er det grunn til å anta at den relative andelen

kommunale reststillinger vil ligge over reststillingsandelen som her er rapportert for helseforetakene.

Det er en del variasjon i andelen utlyste reststillinger helseforetakene imellom som trolig i all hovedsak skyldes tilfeldig variasjon. For noen helseforetak er det nærliggende å tenke at de noe høyere reststillingsandelene kan ha sammenheng med at leger aktivt søker seg til mer sentrale strøk, men vi har ikke noe godt belegg for å påstå at det faktisk er tilfelle.

Andelen utlyste kommunale reststillinger var en del høyere enn på landsbasis i Troms og Vest-/Aust-Agder, Nord-Trøndelag, Nordland og Telemark. Dette kan ha sin forklaring i at leger aktivt har søkt seg til sentrale strøk. Ytterligere undersøkelse av datamaterialet, tyder på at det var tendens til systematisk bortvalg av kommunale turnusstillinger i de minst sentrale og i de minst folkerike kommunene.

Fra og med den ordinære søknadsrunden våren 2015, har det i vårt materiale dukket opp noen ordinære stillingsutlysninger uten kobling mellom helseforetak og kommune. Slike utlysninger samsvarer ikke med den generelle forskriftsbestemmelsen om at ordinære turnuslegestillinger skal være koblet.

3 DELSTUDIE 2: EN INTERVJUUNDERSØKELSE I TRE FYLKER

Dette kapitlet omhandler en intervjuundersøkelsen gjennomført i de tre utvalgte fylkene: Finnmark, Nord-Trøndelag og Sogn og Fjordane. Vi starter med å beskrive studiens datamateriale og analysemetode. De neste delene beskriver om våre funn og fortolkninger. Den første av disse delene handler om forberedelsene av en nye turnusordningen, hvor vi utdyper noen mer overordnede forhold og tidlige valg som ble gjort i de tre fylkene knyttet til samarbeidsavtaler, valg av stillingskobling og behovet for koordinering. Den andre delen omfatter turnustjenestens faser og frister; utlysningsfasen, søknadsfasen, tilsettingsfasen, og gjennomføringsfasen i henholdsvis helseforetak og kommune. Vi har forsøkt å belyse hvordan de ulike fasene arter seg sett fra ulike ståsteder i de tre fylkene. Den tredje delen beskriver informantenes oppfatninger om antatte rekrutteringsvirkninger av den nye turnusordningen.

3.1 Datamateriale og analysemetode

For å søke utdypende og grundige svar på undersøkelsens problemstillinger har vi gjennomført semistrukturerte intervju med relevante representanter for helseforetak, kommuner, fylkeslegen og KS i de tre utvalgte fylkene. Vi har i tillegg intervjuet turnusleger. De vi har intervjuet, har i større eller mindre grad vært med på å forme implementeringen av den nye turnusordningen i de tre fylkene Finnmark, Nord-Trøndelag og Sogn og Fjordane. Figur 4 viser de ulike interessentene og illustrerer at de alle påvirker og påvirkes av den nye turnustjenesten for leger. Som det vil framgå av teksten videre, skjer denne toveis påvirkningen i større og mindre grad for de ulike interessentene.



Figur 4: Interessenter som påvirker og påvirkes av ny turnustjeneste for leger.

I forberedelsene til de semistrukturerte intervjuene i de tre utvalgte fylkene, intervjuet vi fylkeslegen i Troms og en KS-representant i Troms. Dette for å skaffe oss større innsikt i den nye turnusordningen og de viktigste endringene sammenliknet med den gamle ordningen, slik at vi kunne stille relevante spørsmål om implementeringen av den nye turnusordningen i undersøkelsesfylkene.

Datamaterialet omfatter intervju med til sammen 39 informanter. Intervjuene ble gjennomført våren 2016. De totalt 11 turnuslegene var inne i sitt siste halvår med turnus i kommunehelsetjenesten da de ble intervjuet. De ble rekruttert indirekte via fylkeslegen med spørsmål om de kunne tenke seg å være informant. De som kunne tenke seg å være informant, oppga kontaktinformasjon. De ble deretter kontaktet av oss og inkludert i studien.

Tabell 9 gir en nærmere beskrivelse av hvordan informantene fordeler seg mellom de tre fylkene og de ulike interessentene. Blant de som er intervjuet fra kommunene, finnes det både informanter som representerer enkeltkommuner og informanter som innehar rollen som koordinator for flere kommuner. Det er i all hovedsak gjennomført intervju med informantene enkeltvis. I noen tilfeller er det gjennomført gruppeintervju med to informanter samtidig. Utvalget er strategisk og sammensatt for å best mulig belyse undersøkelsens problemstillinger. Det er i hovedsak implementering og samstyring i de tre utvalgte fylkene som er undersøkt. Funnene er dermed ikke nødvendigvis overførbar til andre fylker.

Tabell 9: Intervjuede informanter fordelt på fylke og hvilken interessent de er representant for.

| Representant for | Finnmark | Nord-Trøndelag | Sogn og Fjordane | Totalt |
|------------------|-----------|----------------|------------------|-----------|
| Helseforetak | 5 | 1 | 1 | 7 |
| Kommuner | 3 | 7 | 5 | 15 |
| Fylkeslegen | 1 | 1 | 2 | 4 |
| KS | | 1 | 1 | 2 |
| Turnusleger | 4 | 4 | 3 | 11 |
| Totalt | 13 | 14 | 12 | 39 |

Vårt utgangspunkt var at undersøkelsen skulle si noe om tilsettingsprosess, gjennomføringen av turnustjenesten og mulige rekrutteringsvirkninger av den nye turnusordningen for leger. Det ble utarbeidet intervjuguider til formålet (se vedlegg). Disse ble sendt ut i forkant slik at de som ble intervjuet kunne stille godt forberedt. Intervjuene ble gjennomført ansikt til ansikt, over telefon eller som nettmøter. Det var to

forskere tilstede under intervjuene. Intervjuene med turnuslegene ble transkribert i sin helhet. De øvrige intervjuene ble skrevet ut underveis og like i etterkant. I disse tilfellene intervjuet den ene forskeren mens den andre noterte underveis. Vi brukte lydopptak som back up under intervjuene, og har gått tilbake i lydfilene og sjekket at sitater som er brukt i rapporten, er gjengitt ordrett. Deltakerne ble informert om hvordan datamaterialet skulle brukes og om sine rettigheter ved deltakelse i forskningsprosjektet (se eksempel på informasjonsskriv i vedlegg). Undersøkelsen ble meldt til personvernombudet før datainnsamlingen startet (prosjekt nr. 47621).

I analysefasen fant vi det hensiktsmessig å dele vår sammenfatning og fortolkning av intervjumaterialet inn i flere avgrensede faser (tema). Dette for å få fram kompleksiteten og nyansene i ordningen.

Vi innleder rapporteringen fra intervjuundersøkelsen med å presentere tidlige valg og organisatoriske forhold som har vært bestemmende for praksis videre. Deretter har vi sammenfattet aspekter ved utlysningsfasen, søknadsfasen, tilsettingsfasen i helseforetak, tilsettingen i kommuner, gjennomføringsfasen i helseforetak og gjennomføringsfasen i kommuner. Til slutt har vi søkt å sammenfatte utsagn om rekrutteringsvirkningene av den nye turnusordningen.

I analysen har vi vektlagt å få frem relevante likhetstrekk og variasjoner i oppfatninger mellom ulike interessenter. Vi bruker sitater for å underbygge funn.

3.2 Etableringen av ny turnusordning

I følge § 12 i forskriften som regulerer turnustjenesten for leger⁵, skal kommuner og helseforetak samarbeide om å lyse ut turnuslegetillinger koblet, slik at den som tilsettes får anledning til å gjennomføre turnustjenesten samlet. I de tre fylkene som inngår i vår undersøkelse, ble en del viktige brikker for dette samarbeidet lagt i etableringsfasen av ny turnusordning. Det er i den forbindelse åpenbart at konturene av en viktig brikke, hvordan kommunene i praksis skulle involveres i koblingen, ikke framsto særlig tydelig i noen av fylkene – i særdeleshet ikke for kommunene selv. De oppfattes av andre interessenter å ha vært lite på banen både i etableringen av den nye turnusordningen og i den videre driften av den.

Fylkeslegen spilte i etableringsfasen i stor grad kommunenes rolle i alle de tre fylkene som vi har undersøkt. I Finnmark og Nord-Trøndelag ønsket fylkeslegen å innta den mer tilbaketrunkne rollen de er tiltenkt, men det oppleves foreløpig noe vanskelig å få til i praksis. Fylkeslegen har brukt og bruker fortsatt tid på «*administrativt*

⁵ FOR-2000-12-21-1384, Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell og turnusstillinger for leger.

oppklaringsarbeid» for kommunene. Fylkeslegen i Sogn og Fjordane ønsker imidlertid å være mer på og informert, noe følgende uttalelse illustrerer:

«Selv om vi ikke har tildelingen, har vi like mye jobb som før. Vi engasjerer oss og ønsker at dette skal fungere godt. Vi skal være en pådriver for at turnustjenesten flyter. Være på hugget med hensyn til å oppdatere instansene og en pådriver for møtene. Vi har interesse av å ha oversikt.»

Fylkeslegen i Sogn og Fjordane har bidratt til å rigge til en tilsetningsgruppe som de primært ikke ønsker å sitte i, der kommunene skal ha plass og hvor helseforetakene med sin administrative kapasitet har fått mye å si. Motivasjon har vært å sørge for en egnet møteplass for å diskutere hvordan ulike aktører bør samhandle og hvordan kommunene kan komme inn i tilsetningsprosessen på en fornuftig måte. Tilsetningsgruppen har to møter i året, og fylkeslegen har støttet aktivt opp under kommunenes syn i disse møtene.

Et bakteppe for å forstå fylkeslegens aktive rolle i Sogn og Fjordane, er at det i motsetning til i de to andre fylkene i undersøkelsen, har vært betydelig uenighet om kriteriene for tilsetting av turnusleger mellom helseforetaket og kommunene. Kommunene ønsket, i likhet med fylkeslegen, at søkernes tilhørighet til fylket skulle vektlegges ved tilsetting. Dette fordi man mener å ha erfart at turnusleger med tilhørighet til fylket i større grad blir værende igjen i fylket etter endt turnustjeneste der, enn andre leger. I helseforetaket har man ikke vært enig i at tilhørighet skal være et kriterium for tilsetting og har vektlagt andre kriterier som forskningserfaring og utenlandske leger med erfaring fra hjemlandet. Etter langvarig diskusjon virket det som om man etter hvert har kommet til enighet om at tilhørighet skal vektlegges.

3.2.1 Samarbeidsavtaler

Samarbeidsavtalene om den nye turnusordningene som helseforetak og kommuner anbefales å inngå (jfr. (Helsedirektoratet 2015a), synes ikke å ha vært noe sentralt styringsdokument i noen av de tre fylkene vi har undersøkt. I alle fylker har det vært jobbet med en felles avtale mellom helseforetak og kommuner. Det er imidlertid uklart om de er signert i noen av fylkene. Forhandlingene om en avtale om den nye turnustjenesten syntes å være koblet til forhandlingene om de obligatoriske tjenesteavtalene som helseforetak og kommuner plikter å inngå i forbindelse med samhandlingsreformen, men det var ikke helt lett å få tak på hvordan disse forhandlingene og avtalene hang sammen.

I Finnmark ble det laget et utkast til avtale i overordnet samarbeidsorgan (OSO). En informant fortalte:

«Dessverre har dette blitt en sovende avtale som ikke er revidert, og som kommunene ikke har nært forhold til. Det er svikt i å gjøre avtalen kjent og utvikle den videre. Jeg vet ikke sikkert om den er undertegnet av kommunene. Den er sendt ut i hvert fall.»

I Nord-Trøndelag ble man enige om retningslinjer for tilsetting av turnusleger. Men det ble ikke laget noen formelle avtaler da dette ble sett som for byråkratisk. I Sogn og Fjordane ble vi fortalt fra en kommuneinformant, at det under forberedelsene til ny turnusordning var forhandlinger mellom kommuner og helseforetak om en avtale. Partene ble enige om kriterier for tilsetting hvor blant annet lokal tilhørighet skulle tillegges vekt. Dette ble imidlertid forandret og lokal tilhørighet ble tatt ut da avtalen ble diskutert på direktør-/rådmannsnivå.

3.2.2 Valg av kobling

I de tre fylkene vi har undersøkt, har man allerede fra starten av i hovedsak valgt å koble stillingene i henhold til §12b i forskriften³. Det vil si at søkeren først tilsettes i en stilling i et helseforetak, og har rett til senere ansettelse i én av de kommunene som sykehuset eller helseforetaket samarbeider med. Unntaket gjelder enkelte av kommunestillingene i Finnmark som er koblet direkte (§12a) til en stilling ved Akershus universitetssykehus HF eller Vestre Viken HF. Hovedbegrunnelsen for valget av §12b-kobling var at det gir økt fleksibilitet, spesielt i en situasjon med mange fødselspermisjoner blant turnuslegene.

Fra Finnmark fikk vi følgende svar fra en informant i helseforetaket om begrunnelsen for valget av kobling:

«For vår del er det helt uaktuelt med 12a-kobling. Det vil sette store begrensninger. Kandidat 150 av 224 fikk siste stilling hos oss. Det hadde vært helt håpløst hvis man i tillegg skulle tenke enkeltkommunekobling i denne prosessen.»

Valget av §12b-kobling synes å gi kommunene mindre ansvar og innflytelse i utvelgelsen av turnusleger. Kommunene syntes i all hovedsak å være komfortable med det, men i Nord-Trøndelag var det diskusjon om koblingsvalget hvor småkommunene ønsket §12a-kobling for å sikre seg turnusleger. Det fikk de imidlertid ikke gjennomslag for.

3.2.3 Behov for koordinering

Koblingen, og i særdeleshet valget av §12b-kobling, gir et koordineringsbehov på kommunal side som det foreløpig er lagt liten vekt på å beskrive og gi råd om i det nasjonale veiledningsmateriellet om den nye turnustjenesten. Helsedirektoratet kom med sin veileder i 2015 (Helsedirektoratet 2015a), nær to år etter at de første turnuslegene ble tilsatt i ny turnusordning. I denne står det ingenting om behov for

koordinering kommunene imellom og at det for eksempel kan være nyttig at noen innehar rollen som koordinator på vegne av flere kommuner. Koordineringsjobben innebærer blant annet å holde oversikt over tre aktive kull med turnusleger samtidig, med tilhørende utsettelse og forsinkelser.

Så lenge det ikke finnes noen nasjonale føringer knyttet til kommunal koordinering, har det naturlig nok utviklet seg ulikt i de tre fylkene. I Finnmark tok fylkeslegen i starten koordineringsrollen på vegne av kommunene. Der har kommunene etter hvert overtatt med to kommunekoordinatorer, en i østfylket og en i vestfylket, ivaretatt av de to sykehusenes vertskommuner (Hammerfest og Kirkenes). Koordinatorene fortalte at det kan være vanskelig å prioritere dette arbeidet foran andre oppgaver.

I Nord-Trøndelag var det Personalnettverket⁶ der som initierte utnevnelsen av to kommunekoordinatorer med et tydelig mandat i 2015. Den ene skal koordinere for kommunene som sokner til sykehuset i Levanger (sør), mens den andre skal koordinere for kommuner som sokner til sykehuset i Namsos (nord). I tilsettingsrundene i 2013 og 2014 var det noen som frivillig tok et koordineringsansvar på vegne av kommunene henholdsvis i nord- og i sørfylket. Dette fungerte i nord, men ikke like godt i sør. Dette forklarte våre informanter med at det er flere turnusleger som skal tilsettes i sør og at den som påtok seg koordineringsansvaret ikke var så godt kjent med de lokale forholdene.

Kommunekoordinatorrollen både i Nord-Trøndelag og i Finnmark er gjort uten at det er ytt noen form for betaling fra de kommunene som ikke koordinerer. Det er vertskommunen som har finansiert kommunekoordinatoren. I Nord-Trøndelag ble dette framholdt som uproblematisk, da andre kommuner tar på seg koordinatorroller i andre sammenhenger hvor det kreves kommunal samkjøring.

I Nord-Trøndelag har KS i tillegg hatt en prosjektleder for samhandlingsreformen som har vært engasjert i innføringen av ny turnuslegeordning og medvirket til å finne løsninger for kommunene. Sammen med en KS-ansatt i Troms har hun også hatt et nasjonalt ansvar i KS for å følge opp den nye turnusordningen for leger. Vedkommende er finansiert med skjønnsmidler fra Fylkesmannen i Nord-Trøndelag i 6 år (fra 2011). Hennes jobb er som hun selv uttrykte det: *«å hjelpe kommunene i Nord-Trøndelag med å gå i takt ved innføring av nye oppgaver fra stat og helseforetak.»* Hun er godt kjent med den kommunale legetjenesten med en fortid som enhetsleder for legetjenesten og

⁶ Personalnettverket består av representanter fra de seks kommuneregionene i Nord-Trøndelag og fra Helse Nord-Trøndelag HF. Nettverket ble opprettet i forbindelse med implementeringen av samhandlingsreformen og skal arbeide med oppgaver og konkrete problemstillinger i personalspørsmål.

legevakt i en kommune, og har blant annet vært med på å utvikle Helsedirektoratets veileder for ny turnuslegeordningen. Slik hun så det, representerer den nye søknadsbaserte turnuslegeordningen en stor overgang for kommunene og en koordineringsjobb som de var lite forberedt på.

I Sogn og Fjordane har man ikke hatt noen formell kommunekoordinator. Da vi gjennomførte intervjuene våren 2016, var det planlagt å tilsette en person som skal koordinere samhandlingen med helseforetaket på flere områder, inkludert turnustjenesten, med Førde kommune som vertskommune. Ikke alle kommuner ville være med på å finansiere dette. Men tanken var at dette skulle være en felles kommunestemme med tilstrekkelige administrative ressurser til å kunne gjøre det arbeidet som er nødvendig på vegne av kommunene i tilsettingen av turnusleger. Fra informanter ble det uttrykt forhåpninger om at dette ville gå seg til etter hvert og at alle kommuner med tiden vil se nytten av å ha en lønnet kommunekoordinator til å ivareta både dette arbeidet og annen kommunal koordinert samhandling med helseforetaket.

For å gi litt innblikk i kommunekoordinatorens funksjon tar vi med en punktvis beskrivelse av aktuelle oppgaver utarbeidet av KS i Troms:

- Være kontaktperson for helseforetak, kommunene i området, turnuslegene og fylkeslegen
- Utarbeide/kvalitetssikre stillingsannonserne sammen med HR i helseforetak
- Formidle tilsetningsresultat med navn og kontaktinfo på turnusleger til kommunene
- Sende oversikt til fylkeslegen over kobling turnuslege og kommune plass
- Holde oversikt over permisjoner/utsettelse/etterslep
- Holde oversikt over tilgjengelige kommune plasser i området
- Melde til helseforetaket dersom en kommune plass må holdes tilbake i en tilsetningsrunde pga. etterslep
- Kunne lyse ut stillinger på resttorget i WebCruiter og bistå/veilede andre kommuner i bruk av turnusportalen
- Formidle informasjon og/eller lenker til informasjon om kommunene til turnusleger hvis de ber om dette
- Evt. bistå i revisjon av samarbeidsavtalen om turnuslegeordningen

I beskrivelsen som KS i Troms har laget, understrekes det at koordineringen av turnuslegeordningen må reguleres gjennom en egen samarbeidsavtale mellom de involverte kommunene. Samarbeidsavtalen skal klargjøre hva som er koordinatorens oppgaver og mandat/myndighet. I avtalen bør det framkomme om koordinator skal sitte i tilsetningsutvalg på vegne av kommunene, eller om dette skal ivaretas av annen representant, f.eks. en kommuneoverlege. Det bør også framkomme hvorvidt funksjonene skal rulleres mellom kommunene.

3.3 Turnustjenestens faser og frister

Figur 5 illustrer den stringente startfasen med faste og hyppige tidsfrister knyttet til tilsetningen i helseforetakene og den foreløpig lite strømlinjeformede tilsetningen knyttet til turnustjenesten i kommunen.



Figur 5: Turnustjenestens faser og frister.

3.3.1 Utlysningsfasen – ordinære stillinger

Alle turnusstillinger skal lyses ut i turnusportalen som Helsedirektoratet har ansvar for. Helsedirektoratet har valgt en digital løsning fra WebCruiter⁷. De ordinære utlysningene skjer på en fastsatt dato to ganger i året som er lik for alle stillinger. Det er i all hovedsak helseforetakene som gjør jobben med å skrive utlysningstekst, holde oversikt over antall ledige stillinger og legge ut de ordinære stillingsutlysningene på WebCruiter. Kommunerepresentanter og tillitsvalgte ble invitert med i utlysningsfasen. De har i varierende grad deltatt i de tre fylkene. Særlig har kommunenes deltagelse variert (jfr. kapittel 3.2).

Helseforetakene er fornøyd med funksjonaliteten i portalen. De har brukt dette, eller verktøy som likner, til de øvrige stillingene som lyses ut i foretaket.

I alle de tre fylkene var det i etableringsfasen en prosess for å komme til enighet om kriteriene for tilsetning i turnusstillinger som inkluderte helseforetak, kommuner og fylkeslegen. Kriteriene er i liten grad endret i ettertid. Mange av kriteriene er like i de tre fylkene, men er vektlagt ulikt. De kriteriene som har gått igjen er at legene må snakke/skrive norsk, ha arbeids- og oppholdstillatelse i landet, ha relevant arbeidserfaring, kunne jobbe selvstendig, ha gode referanser og gjerne forskningserfaring. Lokal tilhørighet er vektlagt ulikt. I Finnmarkssykehuset HF er dette

⁷ <http://www.webcruiter.com/>

prioritert på topp. I Nord-Trøndelag HF er lokal tilhørighet ansett som en fordel, men ikke et kriterium alene. I Helse Førde HF syntes ikke lokal tilhørighet å ha vært særlig vektlagt (jfr. kapittel 4.1).

Finnmarkssykehuset HF vektla i tillegg samisk og russisk språkkompetanse. For stillinger ved Akershus universitetssykehus HF som var lyst ut med kobling til kommuner i Finnmark, ble kjennskap til samisk kultur, samt samisk, russisk og finsk språkkompetanse vektlagt.

I Nord-Trøndelag har det vært utfordringer med å få nok kommuneplasser til det antall turnusstillinger man har i helseforetaket. Årsaken er at noen kommuner ikke ønsket å ha turnusleger. De mente turnuslegeordningen var for dyr og ønsket å bytte ut turnuslegene med fastleger også for å ha mer stabil arbeidskraft. Flere informanter påpekte at det er uheldig at det ikke finnes noen avtaler i Nord-Trøndelag som tydelig forplikter den enkelte kommune til å ta imot turnuslege. Fylkeslegen har pålagt en kommune å ha turnuslege. Fra fylkeslegens side ses det imidlertid som utfordrende at det ikke helt er samsvar mellom på den ene siden arbeidsgiver/arbeidstaker-modellen som man tilstreber med den søknadsbaserte turnusordningen, og påleggs-/godkjenningsrollen som fylkeslegen utøvde i dette tilfellet.

3.3.2 Fjerning av utlysningspuljen for rekrutteringssvake stillinger

Finnmarkssykehuset HF, Helse Førde HF, Akershus Universitetssykehus HF og Vestre Viken HF har lyst ut stillinger i pulje 1 (rekrutteringssvake områder) fram til ordningen ble fjernet i 2015. For de to sistnevnte helseforetakene gjaldt dette bare for stillinger som var direkte koblet til kommuneturnus i Finnmark. I Helse Nord-Trøndelag HF fikk vi høre at man ikke hadde lyst ut stillinger i pulje 1 fordi man ønsket et godt omdømme og ikke ville fremstå som rekrutteringssvak.

I Sogn og Fjordane var det ulike meninger om fjerningen av puljeordningen avhengig av hvem som ble spurt. En informant i helseforetaket mente fjerningen har hatt lite å si:

«Vi diskuterte litt... sett i ettertid vet jeg ikke om det er veldig stor forskjell. I begynnelsen var vi litt skeptiske. Vi har jo nok av søkere likevel. Tror ikke det har så mye å si.»

En kommunelege som har vært med på tilsetningen av turnusleger, mente at en felles utlysningspulje gjorde det vanskeligere enn før å få tilsatt kandidater med tilhørighet til Sogn og Fjordane:

«Jeg ville hatt pulje 1 og 2; da ville vi fått tilbake flere av våre egne. Vi i kommunene ble ikke spurt til råds om dette.»

Finnmarkssykehuset HF har sendt et brev til Helsedirektoratet om sine erfaringene med fjerning av pulje 1. De opplevde det som svært problematisk og ressurskrevende at puljen ble fjernet, og at de nå må lyse ut i samme søknadsrunde som de store sykehusene. En ansatt i helseforetaket sa det slik:

«Med puljene fikk vi ansatt etter 2 og 3 runder, nå må vi på 5 og 6 runder. Dette gir masse merarbeid. Det er problematisk nok å skulle rangere 30 kandidater - som erfaringsmessig var nok når vi var i pulje 1. Nå må vi rangere alle. Det er enkelt å rangere kandidat 1 i forhold til nr 15 men vanskelig å skille nr 15 fra de videre ned. Vi ønsker i aller høyeste grad at puljene skulle vært opprettholdt.»

Fra Finnmark var det et tydelig ønske om å komme tilbake til ordningen med egen utlysningpulje for de rekrutteringssvake stillingene. De fikk nå i mindre grad tak i de legene de ønsker seg og fryktet rekrutteringsvirkningene av dette på sikt.

En informant som jobbet med tilsetting av turnusleger som har en turnuskobling mellom Akershus universitetssykehus HF og kommuner i Finnmark, støttet dette:

«Hadde jeg vært i Finnmark eller Sogn og Fjordane, hadde jeg protestert og sagt at jeg ville ha en eksklusiv rett til å velge først. Det blir en merbelastning på de små sykehusene. Avvikling av ordningen burde vært diskutert med de mindre sykehusene.»

3.3.3 Utlysning av reststillinger i helseforetak

Det var ingen informanter som trakk fram noen utfordringer knyttet til utlysningen av reststillinger i helseforetak, utover at de representerte et merarbeid.

3.3.4 Utlysning av reststillinger i kommunen

Utlysning av kommunale reststillinger opplevdes arbeidskrevende og byråkratisk for kommunene. Dette gjaldt ikke bare de små men også de store kommunene. En informant kommenterte ressursbruken slik:

«Det finnes ikke andre stillinger hvor vi bruker så mye energi på et 3 måneders vikariat!»

Kommunene kjente i liten grad til WebCruiter fordi turnuslegestillingene gjerne var de eneste i kommunen som skulle lyses ut med dette verktøyet. Det at turnuslegestillingen måtte lyses ut av kommunen, var en sjelden hendelse for den enkelte kommune. De

opparbeidet seg derfor lite erfaring med verktøyet. En annen problematikk som det ble pekt på fra en informant i Finnmark, var stillingsturnover spesielt i de små kommunene og uklare ansvarsforhold:

«Det er skiftende personell som skal gjøre dette i kommunene og det er uklare ansvarsforhold; er det kommuneoverlegen som skal gjøre dette, er det administrativt personell? De klarer ikke å sortere ut - så slutter folk og så begynner det nye. De nye vet ikke om dette. De vet ikke om fristene som gjelder og teknikaliteten. For å komme inn på turnusportalen trengs det passord. I den kommunen som jeg konkret snakket med i dag, var det sånn at den som hadde dette passordet hadde sluttet i kommunen, så var det ikke så gode samarbeidsforhold sånn at man ikke ville ta kontakt for å få passordet, og så sitter de der da...»

Det var uklart for kommunene hvor de kunne henvende seg for å få råd om hvordan de praktisk skulle gå fram med utlysninger. Tilgangskoder og service fra Helsedirektoratet og systemleverandør opplevdes å være godt skjult for kommunene. Som en informant i Nord-Trøndelag uttrykte det:

«Vi visste at vi skulle lyse ut på WebCruiter, men ikke hvordan.»

I kommunene har det vært brukt mye tid på å finne ut av dette med utlysninger. Enkelte som har vært gjennom prosessen, har senere blitt kontaktet og fungert som veiledere for andre kommuner. Noen kommuner har fått råd og hjelp fra helseforetaket. I Sogn og Fjordane har helseforetaket laget en mal for utlysning hvor man ifølge en informant *«stort sett bare trenger å legge inn kommunenavnet»*. Helsedirektoratets veileder for den nye turnusordningen som kom våren 2015, ga noe informasjon om hvordan utlysninger skal håndteres og har vært til hjelp for kommunene. Flere informanter mente imidlertid at det er for dårlig at kommunene stort sett er alene om å løse situasjoner hvor turnusleger plutselig ikke kommer og de må lyse ut reststillinger. De har hatt forventninger om en mer overordnet styring og en garanti om å få en turnuslege.

3.3.5 Søknadsfasen fra turnuslegens perspektiv

Legene søker på turnusstillinger i WebCruiter. Våre turnuslegeinformanter var samstemte om at de synes WebCruiter fungerte godt til dette formålet. Det gjorde søknadsfasen ryddig og profesjonell.

Flere av legeinformantene uttrykte at de var veldig usikre før de begynte å søke på stillinger og fryktet at det ville bli vanskelig å få turnus. Leger som hadde studert i utlandet eller legepar hvor begge søkte turnusplass, var i hovedsak opptatt av å få turnus

- ikke hvor den var lokalisert. Legeinformantene som hadde studert i utlandet, hadde gjerne søkt i flere runder før de fikk en turnusstilling, og hadde gjerne søkt på alle turnusstillingene som hadde vært lyst ut. En av disse informantene hadde sjekket på WebCruiter i forkant av intervjuet og funnet ut at hun til sammen hadde søkt på 180 stillinger før hun fikk turnus. De som fryktet at de ikke fikk turnusplass la mye arbeid i å skreddersy søknadene sine til den enkelte stillingsutlysning. Dette gjorde etter hvert også de som hadde vært gjennom flere søknadsrunder.

Legeinformantene med utdanning fra Norge, syntes å være i en mer privilegert stilling og søkte i stor grad strategisk på noen få turnusstillinger der de hadde tilhørighet og tenkte å slå seg ned (i alle fall for en stund). Dette gjaldt også de som søkte seg til stillingene som kombinerte sykehusturnus ved Akershus universitetssykehus HF og Vestre Viken HF med kommuneturnus i Finnmark. De søkte primært stillingene fordi de var fra og ønsket å slå seg ned i Oslo eller det sentrale Østlandsområdet. De så i den sammenhengen på gjennomført kommuneturnus i «*skikkelig distrikt*» som et konkurransefortrinn.

Legeinformantene våre var generelt opptatt av å få turnus på steder hvor de kunne lære noe. De trakk fram små sykehus og distriktskommuner som gode læresteder, hvor de forventet å få en variert og innholdsrik praksis. Vi antar at våre informanter til en viss grad representerer en selektert gruppe fordi de har valgt å søke seg til de tre utvalgte fylkene. Deres holdninger på dette området er dermed ikke nødvendigvis representativt for holdninger blant turnusleger generelt. Kommunepreferanser har i liten grad vært bestemmende for hvor legene har søkt turnusstillinger, men flere uttrykte at de bevisst hadde unngått å søke seg til turnusstillinger i små utkantkommuner.

Tilsettingskriteriene som ble formidlet gjennom stillingsutlysningene ble i hovedsak oppfattet som greie og forståelige. Blant legeinformantene som hadde søkt stilling i Sogn og Fjordane var det imidlertid flere som kommenterte at de syntes tilsettingskriteriene var litt spesielle, i tråd med det følgende informant formidlet:

«Det var mye snakk blant studentene om flere rare kriterier som mange av studentene reagerte litt på. Blant annet at de vektla folk som hadde forsket og publisert artikler. Så var det vel og noe med fremmedspråklige egenskaper. Det er jo en litt sånn rar vektlegging for medisinerstudenter er jo en veldig homogen gruppe. Alle er veldig flinke og gjør det bra på skolen. Det er mange som føler at disse kriteriene vektlegger en nisje med folk.»

Flere av legeinformantene fortalte at de hadde sørget for å søke sommerjobb og tilegne seg praksis i sluttfasen av studiet for å komme i en bedre posisjon for å få turnus. En av

informantene fortalte at dette førte til utstrakt skulking fra undervisningen i slutfasen blant enkelte av hennes medstudenter.

3.3.6 Tilsettingsfasen fra turnuslegenes perspektiv

Våre legeinformanter hadde ulike erfaringer med tilsettingsfasen. De hadde i noen grad gjennomført intervju. Vanligvis bare ett, men noen hadde to og tre. Disse var i hovedsak veldig korte telefonintervju på 3-4 minutter og mange sa at de egentlig ikke oppfattet dem som intervju. En uttalelse fra en informant er representativ for flere:

«Jeg søkte på en stilling, ringte for å høre om søknaden var mottatt, fikk et par spørsmål i retur og det var vel hele intervjuet. Det var ikke noe mer enn det.»

For flere informanters vedkommende hadde tilsettingen foregått på mail. I noen tilfeller hadde det vært en mailveksling mellom søker og helseforetak, men i andre tilfeller var det som denne informanten fortalte: *«Jeg fikk bare en mail om at jeg hadde fått tilbud.»*

I de korte dialogene som fant sted, fikk informantene i hovedsak spørsmål om helseforetaket var deres førstevalg, om deres tilhørighet til helseforetakets geografiske nedslagsfelt, om spesifikk erfaring fra sommerjobb eller praksis i helseforetaket og om videre karriereplaner. Intervjuene ble oppfattet som proforma og informantene hadde inntrykk av at det var bestemt på forhånd om de skulle få tilbud om stilling. Informantene uttrykte forståelse for at det er en utfordring å velge mellom svært like kandidater. Tilhørighet ble trukket fram av flere som det de antok var viktigst for at de fikk tilbud om stilling:

«Jeg fikk inntrykk av at jeg fikk turnusplass fordi jeg var lokal og fordi de hadde møtt meg før når jeg hadde vært der på sommerjobb kanskje mer enn at jeg skilte meg ut med egenskaper og erfaringer ellers.»

En informant som hadde studert i utlandet, hadde hatt store vanskeligheter med å få en turnusstilling. Det var først da han tok direkte kontakt med sykehuset i hjembyen i forkant av en utlysningsrunde at han kom i posisjon til å få en turnusstilling. Han sa det slik:

«For sykehuset sin del, så skjønner jeg godt at de ønsker folk fra regionen fordi de ønsker at de skal bli. Spesielt med tanke på kommunetjenesten. Den kan man vel være mest bekymret for. Det skjønner jeg jo. Men jeg synes det blir feil likevel. Jeg tenker at det viktigste må være spredning av turnusleger. Sånn som jeg, jeg er jo ikke interessert i å jobbe i [hjembyen], men det er jo det eneste stedet jeg kan få turnus.»

Flere opplevde å ikke bli trodd på at de ønsket stilling i et sykehus de ikke hadde noen tilhørighet til, og i hvert fall ikke når de sa at de hadde planer om å bli der etter endt turnustjeneste.

Informantene fikk raskt tilsendt tilsetningskontrakter fra helseforetakene. Tilsettingsprosessen for kommuneturnus ble imidlertid av de aller fleste opplevd som trege og uklare. Informantene oppfattet ikke at helseforetak og kommuner var likestilt i tilsettingen av dem. For dem virket det som om kommunene i liten grad var involvert. En informant uttrykte det slik:

«Jeg tror ikke de spesifikke kommunene hadde noe særlig innflytelse på hvilken turnuslege de fikk.»

Informantene med turnustjeneste i Nord-Trøndelag og Sogn og Fjordane opplevde at det tok lang tid å finne ut av hvor de skulle ha kommuneturnus. De fikk imidlertid mulighet til å påvirke ved at de selv fikk gi de aktuelle kommunene prioritet. De fleste vi snakket med hadde fått en kommune som de hadde prioritert. I Nord-Trøndelag hadde det imidlertid vært for få kommuneplasser i følge en av informantene:

«Veldig tidlig etter at vi startet i sykehustjenesten var det et møte hvor de ulike kommunene presenterte seg og så skulle man fylle ut en prioriteringsliste. Jeg hørte ikke noe mer før det var gått nesten ett år. Da begynte jeg å etterspørre hvor jeg skulle få distriktsturnus. Etter hvert viste det seg at de hadde for få plasser.»

En informant med turnus i Sogn og Fjordane beskrev tildelingen av kommuneturnus slik, hvor han fremhevet hvor lang tid det tok å få vite hvor man skulle:

«Det har vært et sånt hva skal jeg si - et problem i Sogn og Fjordane, i hvert fall tidligere, der de har vært veldig dårlig på å gi informasjon om hvor folk skal. Folk har klaget og det har tatt veldig lang tid før man har fått vite hvor man skulle. [...] Folk hadde sendt brev og purret og klaget. Så fikk vi svar. Men nå hørte jeg at det kullet som var bak meg, de fikk vite det samtidig som vi skulle ut i turnus. Da hadde de tydeligvis ordnet opp i systemet der da og gitt de beskjed i god tid i forveien. Men jeg har forstått fra tidligere at det har vært to forskjellige personer som har vært ansvarlig for distriktfordelingen. Jeg tror rett og slett det har vært et ansvar som har vært delt på to som har endt med at ingen tok ansvar.»

I Finnmark var det flere informanter som hadde direkte kobling til en kommune (§12a-kobling) allerede når de startet. Selv om de tidlig visste hvilken kommune de skulle til, hørte de ikke nødvendigvis noe fra kommunen. En av informantene sa:

«Vi hørte egentlig ingenting fra de før vi tok kontakt og sa at nå skal vi snart begynne. Er alt i orden?»

De som ikke har turnusstilling med direktekobling til kommune i Finnmark, syntes å ha hatt mulighet til å påvirke hvor de skulle i turnus. De var med på å bestemme hvordan kommuneturnusstillingene skulle fordeles dem imellom. Det var imidlertid treghet i denne prosessen som skapte utfordringer fordi de fleste turnusleger måtte flytte over ganske lange avstander etter endt sykehusturnus, noe de kanskje ikke var særlig forberedt på ifølge en av våre informanter som selv hadde en §12a-koblet turnusstilling:

«Vi visste jo at vi skulle flytte helt fra starten, så det var jo veldig greit – at vi skulle til Finnmark. Men jeg har jo møtt de andre som hadde sykehustjenesten sin i Finnmark og de måtte jo også flytte ikke sant. Det hjelper ikke å ha hatt sykehustjenesten i Hammerfest hvis du får kommune i Kauto. Da må du likevel flytte. Jeg vet også at mange av de syns de fikk vite det veldig seint hvilken kommune de fikk, så de fikk på en måte ikke forberedt seg på om de eventuelt måtte flytte.»

3.3.7 Tilsettingsfasen fra helseforetakenes perspektiv

Hovedinntrykket var at omleggingen til en søknadsbasert turnustjeneste har påført helseforetakene en stor arbeidsbyrde. En informant sa det slik:

«Arbeidsbelastningen på den enkelte foretak har vært formidabel. De fikk verken en oppskrift på hvordan de skulle ansette, hva det skulle koste, hvem som skulle dekke kostnadene...»

En annen informant understreket også mangelen på informasjon både med hensyn til innhold og ressursbruk:

«Overføring av arbeidsoppgaver er gjort uten mye forutgående info om den nye ordningen; hva den skulle gå ut på og ressursbruk. Så overgangen ble ekstra smertefull og mer frustrasjoner enn det som hadde vært nødvendig.»

Det administrative arbeidet med utlysning og søknadshåndteringen ble ivaretatt av svært få personer i helseforetakene som har hatt et intenst arbeid i tilsettingsperiodene. Flere ble trukket inn i det faglige arbeidet med å vurdere søknadene (avdelingsledere, tillitsvalgte og i varierende grad kommunerepresentanter). Det ble anslått fra flere

informanter som har vært med å vurdere søkerne, at de brukte 3-4 minutter på å lese den enkelte søknad. De brukte videre tid på å rangere søkerne. De hadde møte for å sette opp innstillingsliste og gjøre referansesjekk. Deretter gjennomførte de intervju i den grad det foregikk. Tilsettingen foregikk gjerne i flere runder før alle stillingene var besatt.

Ved tilsetting i stillingene i Nord-Trøndelag ble det gjennomført telefonintervju. Til stillingene som hadde både sykehusturnus og kommuneturnus i Finnmark, ble det ikke gjennomført intervju. En informant begrunnet dette slik:

«Vi gjennomfører ikke intervjuer. Da måtte vi ha intervjuet 150 kandidater. Det er en av grunnene. Det andre er at det er så lite som skiller kandidatene. Hvis de har vært studenter her, kjenner vi dem. Da tar vi heller referansesjekker. [...] Det er heller ingen tradisjon i Finnmarkssykehuset for intervju til annet enn lederstillinger.»

Det ble ikke gjennomført intervju til stillingene i Sogn og Fjordane heller. Dette ble begrunnet på stort sett samme måte som i Finnmark:

«Vi gjør ikke intervju. Det er uaktuelt å intervju 50. Halvparten er ikke aktuelle likevel. Men referanser kontakter vi alltid.»

Det varierte mellom de tre fylkene i hvor stor grad kommunene var involvert og ikke minst i hvor stor grad de har innflytelse på legene som tilsettes. Hovedinntrykket var at de hadde liten innflytelse. I Sogn og Fjordane ga uttalelsene fra en informant i helseforetaket uttrykk for at kommunene – til tross for god dialog - ikke ble sett på som en likeverdige part i tilsettingsarbeidet:

«Vi har stort sett god dialog. Vi sender liste til kommunene og de kan komme med sine kandidater. I den grad noen nevner noen navn, er det at de kommer fra området. Men jeg synes ikke at dette kriteriet kan gå foran. [...] De kunne hatt mer innflytelse hvis de ville. Da måtte de vært mere aktive. Men det er små kommuner uten stor innsikt, der de knapt vet hva legetjenesten deres gjør.»

I Finnmark sa en informant i helseforetaket følgende om den beskjedne kontakten de har med kommunene i tilsettingsfasen:

«Vi fikk innledningsvis kritikk fra kommuner om at de ikke var tatt med i prosessen. Vi hadde noen møter med kommuner og fylkeslegen i fjor, og ble enige om et litt tettere samarbeid. Nå når de er gitt muligheten, ser jeg ikke at de deltar så mye i ansettelsesprosessen.»

Til stillingene som kombinerte sykehusturnus ved Akershus Universitetssykehus HF med kommuneturnus i en kommune i Finnmark, ble det gjennomført intervju, med fysisk tilstedeværelse eller over nett. Intervjuet varte i 15-20 minutter per kandidat. Det ble stilt spesifikke spørsmål for å plukke ut egnede kandidater. Informanten vi snakket med ga konkrete eksempler på intervju spørsmål:

«Hvordan trives du i ditt eget selskap? Hva gjør at du kan bli i Finnmark? Hvilke interesser har du utenom å være lege? Hvordan passer dette inn i Finnmark-jobben? Hvis du fikk tilbud om å bli fastlege, hvordan er mulighetene for å bli i Finnmark da? Vi mener det er vesentlig å stille disse spørsmålene. Noen klarer ikke svare på dem.»

På spørsmål om inntrykket var at de som søkte seg til Finnmark og fikk tilbud om turnusstilling hadde spesielle interesser for å jobbe i distrikt svarte informanten:

«De er veldig engasjerte. De har veldig mange interesser. De er ikke bare leger – de er mere på. De virker veldig selvstendige. De har praktisk erfaringer fra mange steder, fra akuttmedisin, forsvaret, lederutdanning, noen har vært sykepleiere eller har en annen helseprofesjon, noen har drevet med kvalitetsforbedring. De har gjort det lille ekstra. Og så er det dette med jakten, natur og friluftsliv. De er gjerne instruktører og har drevet med idrett. De vi sender til Finnmark er ressurspersoner.»

3.3.8 Tilsetting i kommunen

Vi snakket både med informanter i kommuner som hadde vært involvert, og gjerne koordinert, i tilsettingsprosessene og informanter som ikke hadde vært lite engasjert i disse prosessene. Informantene fra kommuner som i liten grad har funnet det nødvendig å engasjere seg i arbeidet med tilsettingen av turnusleger, opplevde at turnuslegene kom som de skulle, og så ikke den store forskjellen fra den gamle turnusordningen. Jobben med tilsettingene ble gjort av helseforetakene og av andre kommuner som koordinerte.

De vi snakket med i kommunene som hadde vært involvert i tilsettingsprosessene, fortalte i likhet med helseforetakene om en stor, ekstra arbeidsbyrde med tilsettingene hvor de brukte tid på dialog med helseforetak og andre kommuner. De fortalte om betydelige koordineringsutfordringer og utfordringer med å finne riktig tidspunkt for når de skulle bestemme hvilke turnusleger som skulle til hvilke kommuner. Dette skyldtes i hovedsak fødselspermisjoner blant legene og det faktum at noen av dem sa opp kommunestillingene – gjerne kort tid før de skulle komme. Det opplevdes utfordrende når antall stillinger og antall turnusleger ikke harmonerte. De som koordinerte på vegne av andre kommuner, opplevde at de kommunene de koordinerte for ikke klarte å henge med i prosessen.

Fra helseforetakenes side har man registrert svakheter i måten kommunene organiserer arbeidet med tilsetning i turnusstillinger som tyder på at man ikke helt har tatt innover seg at ordningen er endret. En informant i et helseforetak fortalte:

«Det har vært litt støy i noen kommuner som handler om organiseringen av arbeidet. Noen har gammel organisering hvor kommunelegen håndterer tilsetning av turnusleger. Når vi sendte ut [informasjon om tilsetninger] til alle kommunene, var det noen som manglet dialog rundt dette, og det ble gitt direkte beskjed til søker uten at personalavdelingen i kommunen var med. Det er ikke godt HR-arbeid i alle kommunene. Det skyldes nok at det var ulikt hvordan kommunene satt seg inn i den nye ordningen. [...] store kommuner er nesten det vanskeligste for de er selvgående i helseenhetene. De håndterer ikke fullt ut arbeidsgiversiden og at det faktisk er en stilling.»

En informant fra et helseforetak mente det ville vært et enklere system om helseforetakene koordinerte alle tilsetningene i turnustjenesten - både de i helseforetak og de i kommunene.

3.3.9 Tilsetning i reststillinger i kommunen

De av våre informanter som hadde erfaring med utlysning av kommunale reststillinger, fortalte at det er mye arbeid med dette og at de i utgangspunktet ikke visste hvordan de skulle håndtere det. En ting var de praktiske utfordringene med å bruke WebCruiter til stillingsutlysningene som vi tidligere har omtalt, en annen var arbeidet med å velge ut aktuelle leger til stillingene fordi det var en utfordring å finne ut om søkere er kvalifisert for kommuneturnus. Det var generelt få søkere til disse reststillingene (maksimalt 15-20 i de kommunene vi har gjort intervju i, som regel langt færre) og det store flertallet av de få som søkte, var fra et annet land enn Norge. Kommunene erfarte at det kanskje bare var 1-2 blant søkerne som var kvalifisert. Det var med andre ord på langt nær samme kø av like søkere til kommunene som den helseforetakene opplevde.

Det er to grupper som er kvalifisert for reststillinger i kommunene - de som har gjennomført 12 måneder sykehusturnus i Norge og de som kan dokumentere godkjent turnustjeneste i sykehus eller tilsvarende veiledet tjeneste fra et annet EØS-land, og som har fått en vurdering fra SAK om at de må gjennomføre turnus i kommunen (Helsedirektoratet 2015a). Fra kommunenes side var det ønskelig å kunne sjekke på en enkel måte om søkere er kvalifisert for kommuneturnus, for eksempel på SAKs nettsider eller ved at søkerne kan merkes i WebCruiter med godkjent sykehusturnus. Informanter fra en kommune fortalte at de har tatt dette opp med Helsedirektoratet og SAK uten å komme noen vei med det. Rundskriv og veileder for turnusordning for leger

(Helsedirektoratet 2015a) omtaler ikke denne problemstillingen og gir følgelig heller ingen råd om dette.

3.3.10 Gjennomføringsfasen

De fleste turnuslegene vi intervjuet, hadde gjennomført turnustjenesten som planlagt, dvs. uten avbrudd. Noen få hadde hatt fødselspermisjon underveis. Dette hadde gjerne skapt noen praktiske utfordringer og frustrasjoner, men ikke verre enn at det hadde latt seg ordne. En av legeinformantene hadde sagt opp kommunestillingen i en liten kommune og søkt og fått en reststilling i en annen, litt større kommune. Han sa opp stillingen i kommunen to uker før han skulle begynne. På spørsmål om hvordan han opplevde å melde avbud på så kort varsel, svarte han:

«Jeg sendte en mail og hørte ikke noe mer fra dem da. Jeg har ikke så mye å si om det.»

Vårt hovedinntrykk er at turnuslegene, i særdeleshet de som hadde studert i utlandet, opplevde at de lærte mye av turnustjenesten. Veiledningen de fikk underveis syntes imidlertid å variere mye både innad i helseforetak, mellom helseforetak og mellom kommuner.

Blant våre informanter var det flere kommuneleger med lang erfaring som veileder for turnusleger. De fortalte om mer utrygge turnusleger som trenger mer hjelp og veiledning enn det som har vært tilfelle tidligere. Dette var en utvikling som hadde skjedd over tid og hadde ikke direkte sammenheng med den nye turnusordningen. Særlig gjaldt dette turnusleger med utdanning fra utlandet. Det ble påpekt at det er viktig å tilrettelegge for god veiledning og at det var uheldig at Helsedirektoratet, uavhengig av den nye turnusordningen, har sluttet å følge med på hvordan veilederordningen fungerer.

Sett fra arbeidsgiversiden skapte fødselspermisjoner utfordringer i gjennomføringen av turnustjenesten. Det generelle inntrykket blant våre informanter, var at det er blitt flere fødselspermisjoner blant turnuslegene. Mulige årsaker som ble trukket fram, var flere kvinnelige leger og at de som har søkt mange ganger og endelig får en stilling samtidig får permisjonsrettigheter og bedre økonomiske muligheter til å få barn. Legene har også sterkere rettigheter i den søknadsbaserte ordningen til å fortsette turnustjenesten etter fødselspermisjon enn tidligere. Det skapte imidlertid utfordringer at turnuslegene gjerne ikke var klar over pliktene regelverket stiller; som at de måtte ta igjen fravær. Dette var særlig et problem ved gjennomføring av kommuneturnus. Det at turnuslegene var lite forberedt på arbeidstakerrollen ga mye ekstraarbeid for arbeidsgiver. I noen tilfeller gjorde fødsler at legene ikke gjennomførte hele turnustjenesten.

Det var imidlertid ikke bare fødsler som gjorde at turnustjenesten ikke ble fullført som forutsatt. Flere informanter fortalte at de kjente til turnusleger som sa opp kommunestillinger i distrikt for å søke seg til mer attraktive stillinger i større og mer sentrale kommuner. Noen turnusleger sier opp sin stilling etter 11 måneder i sykehus. På denne måten er de «frie» til å søke på restplasser i mer sentrale strøk. For enkelte betyr det at de må vente en periode etter endt sykehusturnus for å få kommuneturnus. Vi ble også fortalt at noen droppet kommuneturnus helt hvis de fikk tilbud om LIS-stilling i helseforetak, eller hadde studert i et land med integrert praksis.

En informant fra Akershus Universitetssykehus HF fortalte at de registrerte at det var mange søkere fra de nordlige fylkene, men også fra Hedmark og Oppland, til utlyste reststillinger i kommuner i Akershus. De har imidlertid en avtale med sine tillitsvalgte leger om at de ikke skulle velge noen til reststillinger som allerede hadde en kommunal turnusstilling. Andre helseforetak tar ikke slike hensyn.

Vi ble også fortalt at til tross for at det ble lyst ut mange reststillinger i helseforetakene, så var det ikke mange i vårt undersøkelsesområde som gjennomførte sykehusturnus ved å sette sammen ulike korttidsvikariat. De som søkte og fikk et kort vikariat, ble fanget opp i sykehuset hvis de gjorde en god jobb og fungerte bra. I slike tilfeller forlenget gjerne sykehusene vikariatene og hjalp legene å få fullført sykehusturnus.

3.4 Rekrutteringsvirkninger

Våre informanter var relativt samstemte 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.

Informantene i helseforetakene så det også som en ubetinget fordel at de får søkere som vil arbeide hos dem. En informant i et helseforetak sa det slik:

«Som arbeidsgivere, har vi fått en unik mulighet til å rekruttere de aller beste. [...] Den nye ordningen gir rekrutteringspotensiale på en helt annen måte.»

Det var imidlertid flere som påpekte at det er stort press på ordningen som gir mange søkere og hard konkurranse om stillingene som kan gi uheldige effekter. Mange som får stillinger, får ikke nødvendigvis sine førstevalg og drar videre etter endt turnustjeneste. En informant pekte på den andre siden på tendensen til nepotisme (dvs. verdsetting av kjennskap framfor kompetanse) i helseforetakene:

«... det er en tendens til at de som har vært flinke studenter, kanskje med sommerjobber og som sykehusene kjenner, blir foretrukket av sykehusene. Nepotisme har vært nevnt. Vanskelig å si hvor grensen går.»

Flere andre pekte på at den nye ordningen har fjernet retten til turnustjeneste og har ført til at mange leger nå ikke får gjennomført turnustjenesten. En informant sa det slik:

«Tidligere var det loddtrekning, og hvis man kom inn i systemet fikk man plass. Nå merker vi at det er en del leger som har vansker med å komme videre i karrieren pga. manglende turnustjeneste. Denne gruppen er det ingen som har ansvar for. Dvs. at ordningen kan få store negative konsekvenser. De færreste er uegnet. Noen har ikke spisse nok albuer eller uflaks.»

En annen informant pekte på de mulige negative konsekvensene av manglende turnustjeneste og ordla seg slik:

«Hvor blir det av de som ikke får jobb? I utkant-Norge som fastlegevikar, eller som leger på sykehjem, eller i kommunehelsetjenesten. Vi burde undersøke hvor det blir av de som ikke får plass; hvem gir dem jobb? Dette er veldig betenkelig sett fra et pasientsikkerhetsperspektiv.»

Mange informanter, særlig de med ståsted i kommunehelsetjenesten, hevdet at den nye turnusordningen ikke har gitt kommunene noen særlige fordeler og at det heller ikke er så mye i ordningen som bidrar til legefordeling til helsetjenestene i distrikt. En informant sa det slik:

«Legene trekkes mot sentrum. Det er ingenting i systemet som gjør at du søker til distrikt. Småkommuner er stemoderlig behandlet i det nye systemet.»

En annen informant pekte på generelle sentraliseringstendenser som årsak til bortvalget av småkommuner. I den nye ordningen er dette et legitimt valg:

«Vi er sårbare utenfor sentrale strøk. Det var vi før også. Men for turnuslegene er det lettere å bli i [stor kommune] enn å bryte opp og dra til [liten kommune]. Det er de sentrale som får 1-tallene i prioritet. [...] Vi blir altså lettere valgt bort av grunner som ikke har med om dette er et bra sted å jobbe.»

Det var imidlertid ikke bare negative tilbakemeldinger om den nye turnusordningen fra kommunalt hold. Det ble framholdt at den nye ordningen gir kommunene større muligheter til å være proaktive for å skaffe seg turnusleger:

«Det hendte jo tidligere også at [kommunen] ikke fikk turnuslege. Det var et par ganger vi ble uten turnuslege. Med den nye ordningen har du større muligheter til å få noen nye i stedet. Slik sett er det mer sikkerhetsnett med den nye turnusordningen – når man bare finner ut av den.»

I alle de tre fylkene ble turnustjenesten trukket fram som en tradisjonelt svært viktig legerekutteringskilde. Det ble uttrykt skepsis om rekrutteringsvirkningene av den nye turnusordningen ville være like gode som i den gamle. Dette gjaldt i særdeleshet i Finnmark. Informanten fra fylkeslegen sa det slik:

«Vi var veldig skeptiske til den nye ordningen. Vi ga tydelige høringsvar til Helsedirektoratet om det. Grunnen var at vi var engstelige for at Finnmark ville bli en salderingspost med turnusleger som ikke fikk jobb andre plasser. [...] Turnuslegene har vært en svært viktig rekrutteringskilde. Det er ytterst få som har startet en karriere et annet sted og så kommet til Finnmark. [...] I dette liberale arbeidsmarkedet får vi en lekkasje, spesielt fra kommunene, sørover. Jeg var nettopp inne i turnusportalen; det er nå 14 dager igjen til 1. mars og turnusstart, og det er seks kommuner i Finnmark som ikke har fått turnuslege. Fem ligger ute med søknad, den siste har mistet passordet. Slike kommuner har begrensa ressurser og kapasitet til å gjøre intervjuer; da kan man få turnusleger som kanskje ikke er så sterke hverken i språk eller faglig.»

I Finnmark var det ikke bare bekymring for rekrutteringsvirkningene for kommunehelsetjenesten. Der var man også bekymret i helseforetaket hvor en informant sa det slik:

«Hvis jeg ser på de 2-3 siste årene, så synes jeg at vi hadde bedre turnusleger med den gamle ordningen, enn hva vi har nå. For det blir jo... vi får tak i turnuslegene som ingen andre vil ha. Jeg er i tvil om vi vil plukke ut LIS-leger blant de som kom i september, mens fra rundene som var før dette, da det var puljeordning, kunne vi ønske oss LIS-leger.»

En informant fra et helseforetak mente at de koblede turnusstillingene mellom helseforetak og kommuner var en ulempe for rekrutteringen til kommuner og at det ville være bedre om turnuslegene mer aktivt kan søkte seg til kommuner. Hun sa det slik:

«Jeg tror det kunne være en fordel å ikke koble sykehus- og kommuneturnus. Man ville da få de mer reelle søkerne som kunne tenke seg å bli. Men dette krever at kommunene er på banen, og gjør seg attraktive. Da ville man fått de som var motiverte.»

4 DISKUSJON

I denne undersøkelsen har valgt å gå nærmere inn i tre utvalgte fylker (Finnmark, Nord-Trøndelag samt Sogn og Fjordane) og utforske hvordan ordningen så langt er implementert der. Gjennom vårt metodiske valg, ser vi godt hvordan ordningen så langt har fungert i de tre fylkene. Vår bredt anlagte intervjustudie gir et supplement til de knappe, kvantitative studiene som så langt er gjort av den nye turnusordningen (Birkeli 2015, Helsedirektoratet 2013, Helsedirektoratet 2014a, Helsedirektoratet 2014b, Helsedirektoratet 2015b, Helsedirektoratet 2016a, Helsedirektoratet 2016b). Funnene er ikke nødvendigvis dekkende for hvordan ordningen fungerer i andre fylker og sett som helhet på landsbasis. Men en del av det som kommer fram, antar vi har generell gyldighet. I tillegg til intervjuundersøkelsen har vi gjort en studie av stillingsutlysningene i turnusportalen, som gir funn som gjelder på landsbasis.

Vi har tatt utgangspunkt i at turnusleger, representanter for helseforetak, kommuner, fylkeslegen og KS er relevante informanter i intervjuundersøkelsen fordi de påvirker og påvirkes av den nye turnustjenesten for leger i større og mindre grad. Våre funn viser at den nye turnusordningen har påvirket turnuslegene ved at den på den ene siden gir dem større muligheter enn før med hensyn til valg av arbeidsgiver og arbeidssted, mens de på den andre siden ikke lenger er sikret turnustjeneste. I dette ligger det både muligheter og begrensninger som avhenger av arbeidsgivernes prioriteringer. Legene påvirkes av konkurransen og usikkerheten om å få innpass i turnusordningen, noe som påvirker valg og fokus allerede i grunnutdanningen. Før forberedte legestudentene seg på en mulig distriktsturnus langt fra sykehus. Nå er fokuset på å få den første turnusjobben på sykehus. Legene selv har påvirket ordningen ved at de ikke nødvendigvis avdekker sine sanne preferanser når de søker på de ordinære turnusstillingene. De bryter koblinger og bidrar med dette til mer administrativt arbeid, særlig i kommuner. Helseforetakene er påvirket av turnusordningen gjennom økt administrativt arbeid, men også muligheten for å rekruttere leger som er motivert for jobb hos dem. De har påvirket turnusordningen ved at de i hovedsak har vært opptatt av å få jobben gjort med å ansette turnusleger, men de har i liten grad vektlagt samstyring med kommunene. Kommunene har også engasjert seg lite for å gjøre seg attraktiv for turnusleger, og de har brukt lite eller ingen ressurser på samstyringen. De påvirkes i liten grad av den nye turnusordningen så lenge ting fungerer etter planen (les: turnuslegene kommer). Men de har opplevd økt administrativt arbeid og i noen grad kommet i villrede når ting ikke går etter planen. De påvirkes også av at enkelte av dem bevisst velges bort og ikke framstår som attraktive, og enkelte har gått til det skritt å avskaffe turnusstillingen og heller opprette en ekstra fastlegestilling. Dette begrunnes dels med rekrutteringsutfordringer, og dels med økonomi.

Fylkesmannen og KS har i hovedsak fungert som pådriver for samstyring, og i å få kommunene til å se rekrutteringsmulighetene i den nye ordningen.

4.1 Den tidkrevende implementeringen

Undersøkelsen er gjennomført relativt kort tid (drøye tre år) etter at den nye turnusordningen trådte i kraft. Dette er på ingen måte en sluttevaluering av implementeringen, men en underveisevaluering hvor vi særlig har vært opptatt av den nye turnusordningen sett fra kommunenes og distriktenes perspektiv. Dette som et supplement til Helsedirektoratets rapporter om turnusordningen, som i all hovedsak har oppmerksomheten rettet mot utlysnings- og søknadsfasene knyttet til de ordinære turnusstillingsutlysningene hvor helseforetakene har en sentral rolle.

Implementering tar tid og ordningen er trolig ikke fullt ut implementert enda. Vi vil derfor være forsiktige med å trekke veldig bastante konklusjoner. Samtidig er det ikke lenge før ordningen endres igjen, når turnustjenesten går over til å bli LIS 1 i den nye spesialistutdanningen for leger. Sånn sett passer det godt med noen innspill fra en underveisevaluering nå.

Denne studien finner tegn på at den nye turnusordningen virker sentraliserende. Dette har ikke vært et uttalt mål med ordningen. Delstudien om stillingsutlysningene dokumenterer at det foregår et visst systematisk bortvalg av distrikt blant legene i den forstand at turnustjenesten i små og usentrale kommuner i noen grad velges bort. Dette er et helt legitimt valg for legene slik den nye turnusordningen er utformet. Generelle sentraliseringstendenser i samfunnet er trolig hovedårsaken til dette. Men basert på funn i denne undersøkelsen, er det grunn til å tro at fordi kommunen til en viss grad er «usynlig» til langt inn i gjennomføringsfasen for mange turnusleger, så bidrar også det til en slik utvikling. Selv om turnuslegene signerer en kontrakt ved starten av turnustjenesten, oppleves den ikke nødvendigvis som bindende for hele turnusløpet. Det synes som at lite i praksis blir gjort for å understøtte forpliktelsen og relasjonen som legene har til kommunen.

Den nye turnusordningen har representert mye og nytt arbeid særlig for helseforetakene, men også for en del kommuner. Noen kommuner har imidlertid ikke merket så mye til at den nye turnusordningen er endret. Her kommer turnuslegene som før, uten at kommunen har trengt å anstrenge seg for dette. Andre enkeltkommuner har ivaretatt jobben med å samhandle med helseforetakene og koordinere på vegne av flere kommuner. De tilfellene hvor en turnuslege sier opp og ikke kommer til kommunen, eller de går ut i fødselspermisjon, skaper imidlertid en del arbeid for de kommunene som blir berørt. Situasjonen er utfordrende fordi de gjerne ikke har satt seg inn i hvordan de skal

gå fram reint praktisk for å få tak i turnusleger. Det har vært lite hjelp å hente fra tilgjengelig veiledningsmateriell. Kommunene har opplevd å være overlatt til seg selv med å finne løsninger på utfordringene. Det er altså ikke noe system som ordner opp for dem.

Våre funn tyder på at den administrative kapasiteten for å implementere den nye turnusordningen ikke har vært på plass i mange kommuner. Spørsmålet er om det er rimelig å forvente at den burde vært der? Det påpekes fra mange av de vi har snakket med, at det går med mye ressurser for å besette korte, midlertidige opplæringsstillinger hvor turnuslegen i all hovedsak forlater kommunen etter endt turnustjeneste eller ender opp med å ikke komme i det hele tatt. I konkurransen om mange andre presserende oppgaver er det kanskje forståelig at den enkelte kommune ikke prioriterer å være særlig aktiv i dette arbeidet. Samtidig er det et dilemma; det kan jo være at innsats i rekrutteringen kan resultere i at leger blir igjen etter endt turnus, i alle fall noen år – da kan ressursbruken være en god investering. For de faste legene som driver veiledning, er turnuslegen i tillegg et kjærkomment bidrag i arbeidet med å holde seg faglig oppdatert og bidra i samfunnsnyttig utdanningsvirksomhet og rekrutteringsarbeid.

Funn i undersøkelsen gir grunn til å stille spørsmål ved den administrative kapasiteten til å implementere den nye søknadsbaserte turnusordningen også i helseforetakene. Vårt inntrykk er at arbeidet med tilsetting av turnusleger henger på arbeidsvillige enkeltpersoner og til en viss grad bærer preg av dugnad. Med den nye søknadsbaserte ordningen legges det vekt på at arbeidstaker/arbeidsgiver-forholdet skal profesjonaliseres. I dette ligger det forventninger om en profesjonell rekrutteringsprosess hvor turnuslegene som del av dette, skal innkalles til jobbintervju. Dette har det i liten grad vært satt av ressurser til. Funn fra vår undersøkelse tyder på at intervjuene, i den grad de gjennomføres, blir svært korte og overfladiske. De gode mulighetene for å drive målrettet rekrutteringsarbeid som den nye turnusordningen åpner for, blir bare delvis realisert. Hovedårsaken er at helseforetakene ikke prioriterer å sette av tidsressurser til et slikt arbeid med de søknadsmengdene de må håndtere. På søkerlisten i de tre fylkene vi har undersøkt, er det mange som ikke egentlig ønsker seg dit. De har søkt mange steder. De mest attraktive kandidatene havner gjerne øverst på alle arbeidsgiveres prioriteringslister. Men de velger selvsagt etter egne prioriteringer hvis de får sjansen. Dette gjør at de minst attraktive arbeidsgiverne må langt ned på sine prioriteringslister før de får fylt sine stillinger. Situasjonen er helt annerledes for et, i denne sammenhengen, attraktivt helseforetak som Akershus universitetssykehus HF. De får som regel tak i mange av de kandidatene som de har prioritert øverst og har dermed mer ressurser til å gjennomføre profesjonelle intervjuer.

Våre funn tyder på at det har vært vanskelig for kommunene å orientere seg om hvor de kan søke hjelp når de har hatt behov for å lyse ut reststillinger. Den eksterne støtten og tekniske assistansen for å håndtere turnusportalen WebCruiter synes å ha vært noe mangelfull sett fra kommunenes side. I tillegg kom Helsedirektoratets veileder seint, nær to år etter at den nye turnusordningen var iverksatt. Vi har hørt om utfordringer med å vurdere om søkere, som i stor grad er utenlandske og gjerne ikke har gjennomført turnustjeneste i sykehus i Norge, er kompetent for reststillinger i kommunen. Her synes det å ha vært lite hjelp å hente fra sentralt hold. Det er foreløpig et åpent spørsmål om det er mulig å finne løsninger som kan gjøre jobben med å vurdere om (utenlandske) søkere er kvalifisert for turnus, enklere for kommunene. Uansett virker det å være et udekket veiledningsbehov på dette punktet. Helseforetakene synes å ha vært i en litt annen stilling enn kommunene da mange av dem enten bruker WebCruiter til andre stillinger, eller bruker systemer som ligner. Det kan synes som om det å åpne inngangsporten til turnustjenesten som i all hovedsak er helseforetakenes jobb, er enklere enn å åpne for siste etappe for leger som gjerne smetter inn fra sidelinja (les: utlandet), som gjerne blir jobben til kommuner som lyser ut restplasser.

Vi har ikke klart å finne noen utfyllende begrunnelse for fjerningen av utlysningspuljen for rekrutteringssvake stillinger (pulje 1) som ble gjort med virkning fra og med våren 2015, utover det som står i Helsedirektoratets statusrapport (Helsedirektoratet 2016, s. 7): «*Som en følge av god rekruttering til stillingene er ordningen med utlysning i to puljer avvirket fra og med våren 2015.*» Det er betimelig å spørre hva konklusjonen *god rekruttering til stillingene* er basert på. Mange søkere betyr ikke nødvendigvis at det er god rekruttering til stillingene. Våre funn tyder på at dette har hatt uheldige virkninger spesielt i Finnmark, hvor fjerningen av pulje 1 har medført et betydelig merarbeid i tilsetningsfasen og frykt for uheldige rekrutteringsvirkninger på sikt. I Finnmark ønsker man puljeordningen tilbake. En slik endring som fjerning av puljeordningen innebærer strider mot klare faglige råd fra implementeringsforskningen (se kap 1.7.1), om å ikke endre noe før en ordning er fullt ut implementert og evaluert.

4.2 Den utfordrende samstyringen

Den nye turnusordningen forutsetter at helseforetak og kommuner evner å samstyre ordningen. Vi viser i innledningen (kap 1.7.2) til forskning som peker på tre viktige forutsetninger for å få til samstyring: gjensidig avhengighet mellom de som skal samstyre; at beslutninger fattes gjennom dialog og forhandlinger; og at ulike aktiviteter koordineres. Forskningen framholder at hovedutfordringene ved denne styringsformen, er det økte behovet for koordinering.

Det at turnusstillingene er koblet mellom helseforetak og kommune, og i særdeleshet valget av §12b-kobling, gir et betydelig behov for koordinering. Særlig gjelder dette på kommunal side, men det er også behov for betydelig koordinering mellom helseforetak og kommuner. Våre funn tyder på at koordineringsbehovet på kommunal side trolig var dårlig forstått da ordningen startet. Behovet for koordinering er i liten grad vektlagt og beskrevet i det nasjonale veiledningsmaterialet om den nye turnustjenesten. Uten noen nasjonal normering og føringer knyttet til kommunal koordinering, ivaretas dette arbeidet ganske ulikt fra fylke til fylke. Lokalt tilpassede varianter kan være en styrke. Kommunene er imidlertid selvstyrte enheter som selv bestemmer hvorvidt de ønsker å inngå i koordineringsløsninger, og tvungen koordinering synes ikke å være noe godt alternativ.

Samstyring forutsetter videre at beslutninger tas gjennom dialog og forhandlinger. Våre funn tyder på at det i liten grad er inngått formelle avtaler om samstyringen av den nye turnusordningen mellom helseforetak og den enkelte kommune slik veilederen anbefaler. I de fylkene vi har undersøkt, har man satsset på å få til felles avtaler som er likelydende for alle kommuner. Man har i liten grad kommet i mål og signert slike avtaler, så dette har så langt derfor ikke bidratt til å skape den forpliktelsen til samstyring som det i utgangspunktet var tenkt. Informanter har fortalt om kommuner som i stor grad var fraværende i startfasen da viktige brikker ble lagt og hvor fylkeslegen etter beste evne har forsøkt å spille deres rolle. Det er også rapportert om uenighet om kriterier for tilsetning, og uenighet om valg av koblingsmodell (§12a eller §12b), hvor kommuner ikke har fått gjennomslag for sitt syn. Forhandling og dialog handler om å enes, men som Hansen et al. (2016) påpeker, forutsetter dette at kommuner og helseforetak er noenlunde likeverdige parter og at begge er aktive i forhandlingene. På samme måte som de løfter det frem i sin studie, finner også vi grunn til å stille spørsmål ved om kommunene i dag har kompetansen, ressursene og strukturene som skal til for å være gode forhandlere. Forutsetningene for å komme til enighet om en felles avtale som i praksis forplikter, er i mindre grad tilstede når kommuner og helseforetak har ulike forutsetninger, ressurser og interesser. I en situasjon hvor noen kommuner er attraktive arbeidsgivere og andre ikke er det, er det vanskelig å se at one-size-fits-all-løsninger skal kunne gi et godt resultat for alle.

Et siste aspekt som trekkes fram i forskningen om forutsetninger for å få til samstyring, er at det er gjensidig avhengighet mellom partene. Ideelt sett kan man tenke seg at helseforetakene og kommunen har et felles mål med den nye turnustjenesten som gjør dem gjensidig avhengig av hverandre for å nå målet. I praksis formuleres ingen felles mål utover at begge er interessert i å fylle sine stillinger med gode leger. Begge vil gjerne beholde de gode legene – i hovedsak hos seg selv. Hvis vi ser isolert på den nye

turnustjenesten, så er det ikke noe gjensidig avhengighetsforhold mellom helseforetakene og kommuner. Kommunen er avhengig av det som skjer i helseforetakene, men helseforetakene er i liten grad avhengig av det som skjer i kommunene.

Oppsummert så er altså tre viktige forutsetning for å få til samstyring dermed i liten grad til stede; koordinering av aktiviteter, styring gjennom dialog og forhandling, og gjensidig avhengighet mellom partene, noe som kan bidra til å forklare en del av funnene i denne undersøkelsen.

4.3 Den nye turnusordningen - en hybrid med paradokser

Den nye turnusordningen kan beskrives som en hybridløsning i skjæringsfeltet mellom en arbeidsmarkedslogikk med tilbud av og etterspørsel etter arbeidskraft og arbeidslivets regler på den ene siden, og samfunnsoppdraget med utdanning av leger og politiske målsetninger om likeverdige helsetjenester til alle på den andre siden. Likeverdige helsetjenester fordrer blant annet at det finnes leger i alle deler av landet.

I utgangspunktet kan det se ut som om turnuslegestillingene i den nye turnusordningen er "vanlige" stillinger som er lyst ut i et arbeidsmarked med utlysning, søknadsprosess og arbeidslivets regler, og med et arbeidstaker-arbeidsgiverforhold som omfatter avtale om arbeidstid, lønn, osv. På den andre siden er lønn og ansettelsesbetingelser ikke lik andre legejobber i arbeidsmarkedet. Turnuslegearbeidet er en blanding av arbeid og utdanning, og er å betrakte som en obligatorisk tjeneste som alle må gjennomføre for å kunne bli fullverdige leger i Norge; selv om man med den nye turnusordningen nå blir autorisert som lege rett etter avsluttet profesjonsstudium. Det er derfor et paradoks at ikke alle som har gjennomført medisinstudiet er sikret turnusplass; ikke engang de som er utdannet i Norge.

Den nye turnustjenesten kan ses på som en hybrid som har vokst frem av den gamle turnusordningen på den ene siden. På den andre siden kan den ses på som et produkt av EU-tilpasning med et fokus på felles arbeidsmarked som fremhever tilbud om og etterspørsel etter legearbeidskraft. Med den gamle turnusordningen ble alle som meldte seg på ordningen sikret en turnusplass, gjennom en styrt fordeling av turnusstillinger hvor fylkesmannen var en viktig koordinator som bidro til å sikre turnusleger til ulike sykehus og kommuner. Det vil si en vektlegging av samfunnsoppdraget med utdanning av leger, spredning av gode leger til hele landet og målet om likeverdige helsetjenester til alle. Inkorporeringen av markedsmodellen gir store muligheter for vinnerne, det vil si populære arbeidsgivere og arbeidstakere, til å velge henholdsvis de turnusleger og arbeidssteder som de ønsker. Dette har mange arbeidsgivere og turnusleger applaudert. I et markedsperspektiv blir bortvalg av turnustjeneste i distriktskommuner legitimt. Vi

finner tegn som tyder på sentralisering av turnusleger. Mindre attraktive arbeidsgivere blir tapere i dette turnuslegearbeidsmarkedet og må ta til takke med turnusleger som de selv karakteriserer som B-preget. Dette gjelder både sykehus og kommuner. Med fjerning av utlysningsspuljen for rekrutteringssvake stillinger ble en innebygd mekanisme som understøttet i turnustjenestens funksjon som rekrutteringsarena for fremtidige legespesialister og fastleger utenom de store sentraene fjernet.

Tapere blir også en gruppe leger som blir gående over tid uten å lykkes med å få turnuslegejobb. Dermed kommer de heller ikke i gang med sin spesialisering og blir ikke regnet som fullverdige leger. Dette er ressursløsning. En god del av disse er leger med utdanning fra utlandet. En som har studert seks år i utlandet har ikke samme kjennskap og oversikt over norsk helsevesen som de som har studert i Norge og hatt praksis i norske sykehus og kommuner gjennom studiet. Språk- og kulturkunnskapen de besitter synes i liten grad å vektlegges. Det gjør at de stiller bak i køen når de vurderes mot søkere med norsk utdanning. Turnustjenesten er i dag et knapphetsgode og myndighetene ønsker ikke åpne for flere turnusstillinger fordi de mener at det er nok med de man allerede har. Likefullt finner vi leger uten turnustjeneste i legejobber, både i sentrale men ikke minst i mindre sentrale strøk av landet, hvor det ut fra et kvalitets- og pasientsikkerhetsperspektiv ville vært en klar fordel om de hadde turnustjeneste.

REFERANSER

- Birkeli CN: Nasjonal evaluering av turnustjenesten for leger. Rapport. Oslo: Legeforskningsinstituttet. November 2015.
<http://legeforeningen.no/PageFiles/233364/Turnusevaluering%20for%20leger%202015.pdf>
- Brandstorp H. (2013) Legers turnustjeneste: «Hvorfor skal leger ha en spesialordning?» I Veggeland N. (red.): Reformen i norsk helsevesen. Trondheim: Akademika forlag.
- Dagens Medisin. Distriktene ansetter lokale turnusleger. 20. februar 2014.
- Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 2008, 41, 327–350.
- Fixsen DL, Naoom SF, Blasé KA, Friedman RM, Wallace F. (2005). Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, National Implementation Research Network (FMHI Publication No. 231).
- Fixsen D, Blase K, Metz A, Van Dyke M. Statewide implementation of evidence-based programs. *Exceptional Children (Special Issue)*, 2013, 79: 213–230.
- Gaski M, Abelsen B. Turnus i Finnmark. Evaluering av særordning 2009-2013. Rapport 24.06.2014. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.
- Haave P. Turnustjeneste og spesialistutdanning – en nervøs romanse. *Tidsskr Nor Legeforen* 2011; 131:1563–7. <http://tidsskriftet.no/article/2126854>
- Hansen GS, Helgesen MK, Holmen AKT. Den forhandlende kommune i samhandlingsreformen- forhandlingspraksis og lederegenskaper. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 2016, 2: 108-130.
- Helsedirektoratet (2013). Ny turnusordning for leger Status for første søknadsrunde, våren 2013. Oslo: Helsedirektorat, september 2013.
- Helsedirektoratet (2014a). Ny turnusordning for leger Status for andre søknadsrunde, høsten 2013. Oslo: Helsedirektorat, mars 2014.

Helsedirektoratet (2014b). Turnus for leger – statusrapport nr. 3: Søknadsrunden våren 2014. Oslo: Helsedirektorat, oktober 2014.

Helsedirektoratet (2015a). Turnus for leger. Rundskriv og veileder til turnusordning for leger. Rundskriv IS-6/2015.

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/921/Turnus-for-leger-IS-6-2015.pdf>

Helsedirektoratet (2015b). Turnus for leger – statusrapport nr. 4: Søknadsrunden høsten 2014. Oslo: Helsedirektorat, april 2015.

Helsedirektoratet (2016a). Turnus for leger – statusrapport nr. 5: Søknadsrunden våren 2015. Oslo: Helsedirektorat, januar 2016.

Helsedirektoratet (2016b). Turnus for leger – statusrapport nr. 6: Søknadsrunden våren 2015. Oslo: Helsedirektorat, juli 2016.

Hennestad BW. Endringsledelse som implementering - sentrale utfordringer. MAGMA, 2002, 3 (online).

Hill M, Hupe P (2014). Implementing Public Policy: An Introduction to the Study of Operational Governance. 3rd edition. London: SAGE Publication.

Holmen AKT. Endrede styringsregimer = endring i lederroller. MAGMA, 2016, 2: 34-39.

Larsen RA. Rapport fra spørreundersøkelse blant kommuneleger i Sogn og Fjordane. Høgskulen i Sogn og Fjordane, 2004.

Ogden T, Amlund-Hagen K, Askeland E, Christensen B. Implementing and evaluating evidence-based treatments of conduct problems in children and youth in Norway. Research on Social Work Practice, 2009, 19: 582–591.

Ogden T, Fixsen DL. Implementation science: A brief overview and a look ahead. Zeitschrift für Psychologie, 2014, 222: 4-11.

Omland GM, Reiter S. Turnustjenesten er syk og trenger behandling. Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131:937–8. <http://tidsskriftet.no/article/2102610>

Røiseland A, Vabo SI. Governance på norsk. Samstyring som empirisk og analytisk fenomen. Norsk statsvitenskapelig tidsskrift, 2008, 24: 87–107.

Straume K, Shaw DMP. Internship at the ends of the earth - a way to recruit physicians? Rural and Remote Health, 2010,10: 1366. (Online)

Sveriges Yngres Läkares Förening (SYLF). AT-ranking 2013.
http://www.slf.se/upload/SYLF/SYLF.se/Publikationer/AT-ranking/SYLFs_AT-ranking_2013.pdf

Turnustjenesten for leger. Turnusrapport I-1004B. 2001. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/i-1004-b/id277688/#>

VEDLEGG

INTERVJUGUIDE – FYLKESLEGER

1. Hva er de viktigste endringene sett fra fylkeslegens perspektiv i den nye turnusordningen for leger sammenliknet med den gamle ordningen?
 - a. Er det noen særlig viktige endringer som spesifikt gjelder for, eller særlig merkes i, ditt fylke?

2. Fylkesleger har ansvar for å opprette og godkjenne turnusstillinger i kommunehelsetjenesten. Hvilken rolle og innflytelse har fylkeslegen i koblingen (mellom helseforetak og kommune) av de turnuslegestillingene som skal lyses ut?
 - a. Hvordan er eventuelt dialogen om dette med de involverte Helseforetak?
 - b. Hvordan er eventuelt dialogen om dette med de involverte kommunene?
 - c. I hvilken grad, og eventuelt på hvilken måte involverer dialogen Helsedirektoratet?
 - d. Hvordan vurderer fylkeslegen hensiktsmessigheten av modellene 12 a og 12 b for kobling av turnuslegestillinger mellom helseforetak og kommuner?

3. Hvilken erfaring har fylkeslegen med de anbefalte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner om tilsetning i turnuslegestillinger?
 - a. I hvilken grad er disse avtalene inngått?
 - b. I hvilken grad etterleves de?
 - c. Hvordan vurderes samarbeidet mellom helseforetak og kommuner om tilsetning i turnusstillinger å fungere i praksis?

4. Sett fra fylkeslegens side; hvordan har den nye turnusordningen fungert så langt i ditt fylke?
 - a. For ansettelse i turnusstillinger i helseforetakene?
 - b. For ansettelse i turnusstillinger i kommunene?
 - c. Gjennomfører legene turnus som planlagt i helseforetakene?
 - d. Gjennomfører legene turnus som planlagt i kommunene?
 - e. I hvilken grad har den nye søknadsbaserte turnusordningen endret kvaliteten på turnustjenesten i henholdsvis helseforetak og kommune?
 - f. I hvilken grad gir den nye søknadsbaserte turnusordningen andre rekrutteringseffekter enn den gamle ordningen for henholdsvis helseforetak og kommuner?

5. De første årene med ny turnusordning ble turnusstillingene utlyst i to puljer – pulje 1 (rekrutteringssvake områder) og pulje 2 (resten). Denne ordningen ble avviklet i 2015 fordi søkningen til alle typer turnusstillinger ifølge Helsedirektoratet var god. Hva er fylkeslegen vurdering av denne beslutningen?
6. Er det slik fylkeslegen ser det, noen forskjell på de turnuslegene som nå får turnustillinger i rekrutteringssvake områder, sammenliknet med de som fikk stillingene i den gamle ordningen?
7. Er det momenter som ikke er berørt i spørsmålene over som du tenker bør komme fram?

INTERVJUGUIDE – ANSATTE I HELSEFORETAK

Bakgrunnsinformasjon

1. Beskriv hvilken befatning du har med tilsetting av turnusleger.

Ansettelsesprosessene

2. Hva er de viktigste endringene sett fra helseforetaket i den nye turnusordningen for leger sammenliknet med den gamle ordningen?
 - a. Er det noen særlig viktige endringer som spesifikt gjelder for ditt helseforetak?
3. Hvordan kobles sykehus og kommune i ansettelse av turnusleger?
4. Hvordan er eventuelt dette endret fra den tidligere turnusordningen?
5. Hvilke rolle og innflytelse har helseforetakene i utformingen/koblingen og tildelingen av turnusstillinger?
 - a. Hvordan har rollene og innflytelsen endret seg fra gammel til ny ordning?
 - b. Hvordan har dialogen om dette vært med de involverte kommunene?
 - c. I hvilken grad, og eventuelt på hvilken måte har dialogen involverer fylkeslegen?
 - d. I hvilken grad, og eventuelt på hvilken måte har dialogen involverer Helsedirektoratet?
6. I hvilken grad er anbefalte samarbeidsavtaler (jfr. veileder fra Helsedirektoratet) inngått mellom helseforetak og kommuner om tilsetting i turnuslegestillinger?
 - a. Hva er hovedinnholdet i disse avtalene?
7. Hvilke kriterier legges til grunn når dere som arbeidsgiver velger og ansetter turnusleger?
8. Hvilken innflytelse har kommunene på valget av turnusleger?
9. I hvilken grad har den nye ordningen gitt økte kostnader for helseforetaket?
 - a. I hvilken grad gjennomføres intervju før tilsetting?
10. De første årene med ny turnusordning ble turnusstillingene utlyst i to puljer – pulje 1 (rekrutteringssvake områder) og pulje 2 (resten). Denne ordningen ble

avviklet i 2015 fordi søkningen til alle typer turnusstillinger ifølge Helsedirektoratet var god. Hva er din vurdering av denne beslutningen?

Gjennomføringen

11. Hvordan har den søknadsbaserte ordningen påvirket gjennomføringen av turnustjenesten i sykehus og kommunene?
 - a. Gjennomfører turnuslegene sykehusturnus som planlagt?
 - b. Gjennomfører turnuslegene kommuneturnus som planlagt?
12. Har du inntrykk av at turnusleger som søker seg til dere, har spesielle preferanser for å arbeide i dette området?
 - a. Går det an å karakterisere turnusleger som søker seg til dere, mht. for eksempel utdanningssted og oppvekstbakgrunn? Eller andre karakteristika?

Effektene: rekrutteringsvirkninger

13. Hvilke effekter mener du at den nye turnusordningen har på legefordeling og rekruttering til det området ditt helseforetak betjener?
 - a. Rekrutterer turnustjenesten leger til ditt helseforetak/område på samme måte/i samme omfang som før?

INTERVJUGUIDE – ANSATTE I KOMMUNER (KOMMUNEOVERLEGER OG KOMMUNEKOORDINATORER)

Bakgrunnsinformasjon

1. Beskriv hvilken befatning du har med tilsetting av turnusleger.

Ansettelsesprosessene

2. Hva er de viktigste endringene sett fra kommunenes side i den nye turnusordningen for leger sammenliknet med den gamle ordningen?
3. Hvordan kobles sykehus og kommune i ansettelse av turnusleger (valg og hensiktsmessighet av koblingsmodellene 12 a og 12 b)?
4. Hvilke rolle og innflytelse har kommunen(e) i utformingen/koblingen og tildelingen av turnusstillinger?
 - a. Hvordan har rollene og innflytelsen endret seg fra gammel til ny ordning?
 - b. Hvordan har dialogen om dette vært med de involverte helseforetakene?
 - c. I hvilken grad, og eventuelt på hvilken måte har dialogen involvert Fylkeslegen eller Helsedirektoratet?
5. Hvilken innflytelse har kommunene på valget av turnusleger?
6. I hvilken grad er anbefalte samarbeidsavtaler (jfr. veileder fra Helsedirektoratet) inngått mellom helseforetak og kommuner om tilsetting i turnuslestillinger?
7. I hvilken grad har den nye ordningen gitt økte ressursbruk (tid, kostnader etc.) for kommunene?
8. De første årene med ny turnusordning ble turnusstillingene utlyst i to puljer – pulje 1 (rekrutteringssvake områder) og pulje 2 (resten). Denne ordningen ble avviklet i 2015 fordi søkningen til alle typer turnusstillinger ifølge Helsedirektoratet var god. Hva er din vurdering av denne beslutningen?

Gjennomføringen

9. Gjør kommunen noe annerledes i måten de tar imot og følger opp turnusleger i den nye ordningen sammenliknet med den gamle?

10. Hvordan har den søknadsbaserte ordningen påvirket gjennomføringen av turnustjenesten i sykehus og kommunene?
- Gjennomfører turnuslegene kommuneturnus som planlagt?
 - I hvilken grad har kommunen(e) lyst ut restplasser/leid inn vikarer for å fylle turnuslegestillingen/-er?
11. Har du inntrykk av at turnusleger som søker seg til din/dine kommuner, har spesielle preferanser for å arbeide i dette området?
- Går det an å karakterisere turnusleger som søker seg til din/dine kommuner, mht. for eksempel utdanningssted og oppvekstbakgrunn? Eller andre karakteristika?

Effektene: rekrutteringsvirkninger

12. Hvilke effekter mener du at den nye turnusordningen har på legefordeling og rekruttering til din/dine kommune(r) og generelt til kommuner i fylket?
- Rekrutterer turnustjenesten leger til kommuner på samme måte/i samme omfang som før?

INTERVJUGUIDE – TURNUSLEGER

Bakgrunnsinformasjon

1. Fortell litt om deg selv.
 - a. Hvor har du studert?
 - b. Hvor har du vokst opp?

Søknadsprosessen

1. Hvordan er du opplært fra ditt studiested til å tenkte om hva som er gode valg av turnussteder (sykehus og kommune)?
 - a. Hvilken grunnholdning har undervisere formidlet?
 - b. Hvilke grunnholdninger har andre (tidligere) studenter formidlet?
2. Hvor mange turnuslegestillinger søkte du på?
3. Hva var bestemmende for de stillingene du søkte - sykehuset eller kommunen(e)?
4. Kan du huske hva du la vekt på/hva som var viktig for deg når du valgte ut de turnusstillingene du søkte på (stort/lite sykehus, spesifikk kommune, geografisk plassering, omdømmet til sykehus/kommune(r), utformingen av stillingsannonsen, tidligere praksis eller annen kjennskap til sykehus/kommune)?
5. Søkte du stillinger i pulje 1 (rekrutteringssvake områder), og/eller i pulje 2 som ble lyst ut senere eller på resttorget?
6. Hva la du vekt på i din egenpresentasjon når du søkte turnusstilling(er)?

Ansettelsesprosessen

7. Hvilke erfaringer har du med ansettelsesprosessen?
8. Ble du innkalt til intervju? I tilfelle, hvilke erfaringer har du fra intervju(ene)? Hva la intervjuerne vekt på i intervjuet?
9. I tilfelle du fikk tilbud om turnuslegestillinger fra flere arbeidsgivere, hva var bestemmende for ditt valg av tilbud?

10. Hvor lenge før oppstart i stillingen i sykehus fikk du tilbudet/ansettelseskontrakt fra helseforetaket?
11. Stillinger i foretak og kommuner er koblet sammen på ulike måter. Ble du tilsatt samtidig i foretak og i en bestemt kommune, eller først i foretak og senere i en kommune?
12. Har du inntrykk av at foretaket og kommunen var likestilt i ansettelsesprosessen av deg som turnuslege, eventuelt hvorfor/hvorfor ikke?

Turnusstillingen i sykehus

13. Kan du beskrive ansettelseskriteriene for den stillingen du fikk? Oppfatter du at de var klare og forståelige? I hvilken grad mener du at du oppfylte kriteriene?
14. Hvorfor tror du at nettopp du ble valgt til stillingen?
15. Hvordan ble bolig under turnustiden i sykehus håndtert?

Turnusstillingen i kommune

16. I tilfelle du ikke ble direkte tilsatt i en kommune, hvordan ble turnusstillingene i kommunene fordelt mellom aktuelle turnusleger?
17. Hvor lenge før oppstart i stillingen i kommune fikk du tilbudet/ansettelseskontrakt fra kommunen?
18. I hvilken grad vil du beskrive deg selv som en god turnuslege for kommunen?
19. Hvordan er bolig under turnustiden i kommunen håndtert?

Gjennomføringen

20. Har du gjennomført sykehusturnusen uten opphold/permisjon?
21. Gjennomfører du kommuneturnus helt som planlagt, eller har du byttet kommune?
 - a. Hvis du har byttet: hvorfor?

Rekrutteringsvirkninger

22. Tidligere ble turnuslegestillinger fordelt ved loddtrekning, nå er det søknadsbasert. Hvilke fordeler og ulemper ser du ved disse metodene for fordeling av turnuslegestillinger?
23. Hva er dine framtidsplaner etter endt kommuneturnus?
24. Hvordan har turnustjenesten påvirket ditt valgt om fremtidig spesialisering?
25. Innenfor hvilken retning (spesialitet) i medisinen tror du at du jobber om 5 år?
26. Hvor tror du at du bor om 5 år?