

# Legerekruttering til Finnmarkssykehuset

Erfaringer og innspill til veien videre

2015

Nasjonalt senter for distriktsmedisin  
Det helsevitenskapelige fakultet

Birgit Abelsen og Margrete Gaski/ 25. februar 2015





## **Forord**

Denne rapporten dokumenterer resultatene fra en evaluering av et legerekutteringsprosjekt i Finnmarkssykehuset HF som ble etablert i 2005 under slagordet «Stol på egne krefter». Prosjektet har sin bakgrunn i utfordringer med å rekruttere og stabilisere legespesialister.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin har gjennomført evalueringen på oppdrag Finnmarkssykehuset HF. Evalueringen er gjennomført av forskningsleder Birgit Abelsen og seniorforsker Margrete Gaski.

Vi vil takke Finnmarkssykehuset HF for et spennende oppdrag, prosjektleder Wenche Kjølås for et godt og fruktbart samarbeid, samt HR-avdelingen i Finnmarkssykehuset HF, ved rådgiver Stig Ramberg og HR-konsulent Lone Henriksen, for datamateriale og nyttige svar på alle våre spørsmål. Vi vil også rette en takk til våre informanter som har brukt av sin tid, og velvillig har delt erfaringer og betraktninger med oss.

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

Alta, 25.02.2015

Birgit Abelsen  
prosjektleder



# Innhold

Sammendrag .....	1
1 Innledning .....	5
1.1 Problemstillinger for evalueringen .....	5
1.2 Videre oppbygging av rapporten .....	5
1.3 Dagens Finnmarkssykehus .....	6
1.4 Rekrutteringsutfordringer ved Finnmarkssykehuset.....	7
1.5 Spesialiseringen av leger .....	8
2 Metode og opplegg for evalueringen .....	10
2.1 Analyser basert på dokumenter og kvalitative intervju.....	10
2.2 Analyse basert på kvantitative data.....	11
3 Beskrivelse av legerekrutteringsprosjektet .....	13
3.1 Teorier om karrierevalg .....	13
3.2 Idégrunnet bak legerekrutteringsprosjektet.....	13
3.3 Legerekrutteringsprosjektet som rekrutterings- og stabiliseringstiltak.....	14
3.3.1 Målsettinger .....	14
3.3.2 Organisering .....	14
3.3.3 Gjennomføring .....	15
3.3.4 Økonomiske ressurser .....	16
3.3.5 Virkemidler.....	17
3.4 Oppsummering .....	20
4 Resultater.....	21
4.1 Antallet tiltak rettet mot enkeltpersoner .....	21
4.1.1 Stipend under gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering ved større sykehus.....	21
4.1.2 Hospitering og rekrutteringsstillinger .....	23
4.1.3 Forskning.....	23
4.1.4 Annet .....	23
4.1.5 Kombinasjoner av tiltak .....	24
4.2 Egne krefter? .....	24
4.3 Hvordan legene nyttiggjør seg virkemidlene: idealtyper .....	25
4.4 Råd fra informantene: hva er viktig i rekrutterings- og stabiliseringsarbeid .....	27
4.4.1 Bekymringer og usikkerhet for fremtidens sykehus .....	27
4.4.2 LiS og overleger vurderer arbeidet med rekruttering og stabilisering ulikt.....	27
4.4.3 Vil man nå målet med full dekning av legespesialister innen 2020? .....	28
4.4.4 Råd om forhold som fremmer og hemmer rekruttering og stabilisering .....	29
4.4.5 Råd om prosjektets virkemidler .....	29
4.4.6 Satse på finnmarkinger - eller ikke? .....	29
4.4.7 Tilnærming til turnuslegene .....	30
4.4.8 Arbeidsforholdene .....	30

4.4.9	Fagmiljøet og forholdet til UNN .....	30
4.4.10	Andre rekrutteringsråd .....	31
4.4.11	Andre stabiliseringsråd.....	31
4.4.12	Finnmarksavtalen.....	31
4.4.13	Råd om organisering.....	32
4.5	Forskjeller mellom fagområder? .....	32
4.6	Oppsummering av gjennomføring og resultater.....	33
5	Diskusjon .....	35
5.1	Lite fokus på dokumentasjon av måloppnåelse .....	35
5.2	Vurdering av virkemidlene.....	37
5.3	Hvor viktig er det å satse på «egne krefter»? .....	38
5.4	Evig prosjektorganisering? .....	39
5.5	Legerekrutteringsprosjektet som en medvirkende årsak til bedring i rekruttering og stabilisering .....	39
5.6	Innspill til veien videre .....	40
6	Referanser .....	42
7	Vedlegg.....	45

## Sammendrag

Rapporten dokumenterer evalueringen av et legerekutteringsprosjekt i Finnmarkssykehuset HF. Prosjektet ble etablert i 2005 og har sin bakgrunn i utfordringer med å rekruttere og stabilisere legespesialister.

Hovedmålet med prosjektet er å sikre at Finnmarkssykehuset innen 2020 har full dekning av legespesialister og retter seg både mot leger i spesialisering (LiS) og ferdige spesialister.

Prosjektet er etablert med basis i fire hovedtyper virkemidler som man tror vil fremme hovedmålet. Disse er 1) stipend for LiS under gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering ved større sykehus, 2) finansiering av rekrutteringsstilling som ventestilling i Finnmarkssykehuset, i påvente av LiS-stilling der, eller for gjensidig utprøving mellom Finnmarkssykehuset og lege (spesialist), 3) finansiering av en spesialists hospitering ved annet sykehus og 4) frikjøp av arbeidstid til å drive forskning.

### To hovedspørsmål

To hovedspørsmål søkes besvart i evalueringen. Det første er i hvilken grad de fire ordningene har bidratt til å rekruttere og stabilisere legespesialister i Finnmarkssykehuset. Det andre er hvilke generelle lærdommer det er mulig å trekke mht. innretning og innhold i de tiltak som hittil har vært lagt til grunn for prosjektet, med sikte på eventuell justering for å nå prosjektets mål om full spesialistdekning innen 2020.

Evalueringen er gjennomført i løpet av perioden august 2014 til februar 2015. En sentral del av rapporten beskriver hvordan man i rekrutteringsprosjektet har arbeidet for å nå de ønskede resultater, med vekt på organisering, gjennomføring, ressurser og virkemidler. Hoveddelen av ressursene i prosjektet er brukt på virkemidler som innebærer tiltak med økonomisk støtte rettet mot enkeltpersoner.

### Betydelig flere faste legespesialister, men lite fokus på dokumentasjon av måloppnåelse

Data som handler om måloppnåelsen, i form av utvikling i andelen ledige spesialiststillinger, har ikke vært gjenstand for rapportering i prosjektet siden 2009. I avslutningsfasen har evalueringen derfor bedt HR-avdelingen lage en slik oversikt som kan si noe om måloppnåelsen. Denne viser at andelen overlegeårsverk som var ledige eller dekket inn med midlertidige stillinger eller vikar, var på 21 prosent ved inngangen til 2015. Sammenliknet med utgangspunktet hvor 57 prosent av overlegestillingene i 2005 var ledige eller dekket inn med midlertidige stillinger eller vikarer, har det vært en betydelig og positiv endring. Men det er fortsatt slik at mer enn ett av fem årsverk enten ikke utføres eller utføres av ikke fast tilsatte spesialister. Det er dermed fortsatt en vei å gå før man når hovedmålet om full spesialistdekning i Finnmarkssykehuset.

### Organisering og gjennomføring

I gjennomføringen har prosjektleder hatt en sentral rolle. Fire prosjektledere har i ulike faser ledet legerekutteringsprosjektet. I de første fem år av prosjektperioden var rollen særlig selvstendig og innebar både direkte kontakt, utvelgelse og oppfølging av kandidater fra målgruppen og stor beslutningsmyndighet. Prosjektlederen fungerte som karriereveileder, og arbeidet mye direkte med enkeltleger og også deres familier. I denne perioden var ansvaret for prosjektet plassert direkte under direktøren i Finnmarkssykehuset.

De siste fem årene har prosjektet sortert under HR-avdelingen og henvendt seg mere til lederne i Finnmarkssykehuset. Rekrutteringen av aktuelle kandidater har foregått ved at klinikkene har meldt inn kandidater. Prosjektet har hele veien hatt en egen styringsgruppe, og fra 2012 kom klinikklederne inn i styringsgruppen. Direktøren ved Finnmarkssykehuset ledet styringsgruppen i prosjektets startfase og overtok ledelsen av styringsgruppen igjen fra 2012.

### Økt forbruk etterhvert

Forbruket i legerekutteringsprosjektet var mellom 3,0 og 5,7 mill. kroner til og med 2011. I 2012 og 2013 har forbruket vært høyere, på henholdsvis 7,6 og 6,8 mill. kroner. Det har ikke vært mulig å

lese ut av årsrapportene hvor mye ressurser som er forbrukt på de enkelte virkemidlene fra år til år. Medvirkende årsaker til økt forbruk i 2012 og 2013 kan være et økt antall inngåtte kontrakter om stipend, finansiering av stilling i gruppe 1-sykehus, finansiering av flere ekstra stillinger på avdelinger begrunnet i stor arbeidsbyrde og at man ønsket å motvirke legeflukt fra disse avdelingene.

### **Stor variasjon i virkemidler**

Variasjonen i virkemidlene som har vært anvendt er stor – ikke minst hvis man ser hele prosjektperioden under ett. I tillegg til de fire hovedtypene av virkemidler, har prosjektet anvendt skreddersydde løsninger og andre tiltak som ikke kan kategoriseres under hovedtypene.

### **Hovedvekt på stipend og rekrutteringsstillinger**

I alt er 114 ulike tiltak som innebærer økonomisk støtte til enkeltpersoner, satt i gang i perioden 2005-2014. Disse tiltakene har omfattet 92 enkeltpersoner.

Et sentralt virkemiddel har vært stipend for å dekke merutgifter knyttet til gjennomføring av gruppe 1-tjeneste eller grenspesialisering. Stipendet er ment å dekke ekstrakostnader ved blant annet to husholdninger, hjemreise eller andre merkostnader ved å opprettholde tilknytningen til både Finnmark og det andre tjenestestedet. Det er gitt 43 stipend, og til nå har 26 personer fullført gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering med stipend i perioden 2005-2014.

I alt 55 tiltak i form av rekrutteringsstillinger og hospitering er igangsatt. De fleste (32 tiltak) har finansiert leger i «ventestilling» i påvente av en ledig LiS-stilling. Ni turnusleger har også vært i rekrutteringsstilling. Tre av disse har fått en LiS-stilling i etterkant. Til sammen 14 overleger har hospitert/vært i rekrutteringsstilling.

Det er en mild tendens til opphopning av tiltak til noen få enkeltpersoner. Av de fem som har fått forskningsstøtte, er det to som også har fått stipend. To personer har fått stipend i to omganger. Sju personer har hatt rekrutteringsstilling først og senere stipend.

Stipendet har i noen tilfeller vært skreddersydd. Dette omfatter et ukjent antall (minst seks) tilfeller hvor Finnmarkssykehuset har betalt lønn under gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering ved større sykehus (Universitetssykehuset Nord-Norge, UNN). Dette innebærer betydelig høyere ressursbruk for hver kandidat.

### **Stipend synes å være mest effektivt**

Hvis man sammenligner de fire hovedtypene av virkemidler, peker stipend for gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering seg ut som det mest effektive for å øke tilfanget av legespesialister. I tillegg synes rekrutteringsstilling i påvente av LiS å være et virkemiddel som bør beholdes. Sammenliknet med stipend for gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering, er imidlertid rekrutteringsstillinger et virkemiddel som tildeles under langt større usikkerhet om effekt. Men det er trolig viktig å ha et virkemiddel som kan knytte aktuelle kandidater til Finnmarkssykehuset i en tidlig fase.

Det er stipendmottakerne som i størst grad fortsatt er ansatt ved Finnmarkssykehuset. Per september 2014 var 23 av de 26 som har fullført stipendet fortsatt tilsatt i Finnmarkssykehuset. De fleste av disse (13 av 23) jobbet som overleger i faste, hele stillinger. Seks jobbet i faste deltidsstillinger, mens fire fortsatt jobbet som LiS.

Per september 2014 var 15 av de 32 som har gått i ventestilling for LiS, fortsatt ansatt i Finnmarkssykehuset, 14 som LiS og en som overlege. Blant de 14 overlegene som har hospitert/vært i rekrutteringsstilling, var ni fortsatt ansatt i Finnmarkssykehuset pr september 2014. Dersom hospitering skal videreføres som et rekrutterings-/stabiliseringsvirkemiddel synes det å være behov for et mer formalisert samarbeid med UNN om dette. Til sammen fem personer (fordelt på seks tiltak) har fått støtte til forskning. I dag er tre av de fem fortsatt ansatt i Finnmarkssykehuset.



## **Egne krefter – men med plass også for andre**

Legerekutteringsprosjektet har stor oppmerksomhet rettet mot leger med tilknytning til Finnmark. Samlet sett var det 51 (55 prosent) av de 92 personene som er innvilget et tiltak i prosjektet, som pr september 2014 jobbet i Finnmarkssykehuset. Av disse var det 27 (53 prosent) som var registrert med bakgrunn fra Finnmark.

På bakgrunn av intervjuer med legene, er det laget beskrivelser av fem idealtyper leger i Finnmarkssykehuset; 1) Den utvalgte/den som ble sett, 2) Den fagmiljøavhengige, 3) Den ideelle men noe frustrerte overlegen, 4) opportunisten med potensiale, og 5) Sørningen som insisterer på å bli. For 1, 4 og 5 er det ikke oppvekstbakgrunn, men henholdsvis det å få anerkjennelse/bli sett, det å opparbeide avgjørende tilknytning til Finnmark gjennom godene i Finnmarkssykehuset og legerekutteringsprosjektet og det å ha blitt Finnmarkspatriot, som er de viktigste forholdene som styrer valg av arbeidssted.

## **Innspill til veien videre**

Tre forhold anbefales satt på dagsorden:

1. Det bør avklares hvorvidt rekruttering og stabilisering av leger fortsatt skal organiseres i form av et prosjekt eller om det skal legges inn i den ordinære driften av Finnmarkssykehuset.
2. Relasjonen til UNN bør avklares. Det må avklares hvor langt UNNs utdanningsansvar for lokalsykehusene strekker seg. Behovet aktualiseres spesielt fordi flere leger i spesialisering nå vil tilsettes i faste stillinger. Dette fordrer trolig en mer omfattende og langsiktig planlegging av spesialiseringsløpet enn det som har vært tilfelle tidligere.
3. For det tredje vil vi understreke viktigheten av å kunne dokumentere grad av måloppnåelse i prosjektet. Etablering av et kompetanseregnskap i foretaket kan synliggjøre både tilstedeværende og manglende legespesialistressurser fortløpende. Det vil også gi nødvendig informasjon til å kunne bidra til mer effektiv planlegging og avvikling av spesialistutdanningen blant Finnmarkssykehuset leger.



## 1 Innledning

Denne rapporten dokumenterer evalueringen av et langvarig legerekutteringsprosjekt i Finnmarkssykehuset HF<sup>1</sup>. Prosjektet ble etablert i 2005 under slagordet «Stol på egne krefter», og har sin bakgrunn i utfordringer med å rekruttere og stabilisere legespesialister.

**Hovedmålet med prosjektet er å rekruttere og stabilisere legespesialister slik at Finnmarkssykehuset HF innen 2020 har full dekning av legespesialister.**

Rekrutteringsprosjektet er etablert med basis i fire typer virkemidler som man tror vil fremme prosjektets hovedmål. Disse er følgende:

- stipend under gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering ved større sykehus (rettet mot leger i spesialisering (LiS)),
- finansiering av rekrutteringsstilling som ventestilling i påvente av LiS-stilling i Finnmarkssykehuset, eller for gjensidig utprøving mellom Finnmarkssykehuset og lege (spesialist),
- finansiering av hospitering ved annet sykehus (rettet mot spesialister) og
- frikjøp av arbeidstid til å drive forskning.

### 1.1 Problemstillinger for evalueringen

Finnmarkssykehuset ønsker at evalueringen skal besvare seks problemstillinger. Disse er:

- I hvilken grad har de fire ordningene i prosjektet bidratt til å rekruttere og stabilisere legespesialister i Finnmarkssykehuset HF?
- Er det noen av de fire ordningene som virker bedre enn andre?
- I hvilken grad kombineres ordningene og hva er eventuelt effekten av slik kombinasjon?
- I hvilken grad har man skreddersydd ordninger for enkeltleger? I tilfelle, hvilke(n) virkninger har dette hatt?
- I hvilken grad er det forskjeller i prosjektets rekrutterings- og stabiliseringseffekt mellom ulike fagområder/klinikker i Finnmarkssykehuset? Er det eventuelt mulig å finne forklaringer på slike forskjeller som utgangspunkt for å vurdere mulige justeringer av tiltak?
- Hvilke generelle lærdommer er det mulig å trekke mht. innretting og innhold i de tiltak som hittil har vært lagt til grunn for prosjektet, med sikte på eventuell justering av tiltak for å nå prosjektets mål om full spesialistdekning innen 2020?

### 1.2 Videre oppbygging av rapporten

Videre i kapittel 1 beskrives dagens Finnmarkssykehus, rekrutteringsutfordringene i helseforetaket utdypes og spesialiseringssystemet for leger beskrives. I kapittel 2 gjøres det rede for det metodiske opplegget for evalueringen av legerekutteringsprosjektet: en kvalitativ studie som er basert på dokumenter og intervju med ulike interessenter, og en kvantitativ studie basert på data fra Finnmarkssykehuset HF sitt personalregister og prosjektinterne registreringer. Kapittel 3 innledes med teorier om karrierevalg og hovedkonklusjoner fra studier i inn- og utland om betydningen av distriktserfaring og legers tilknytning til området for å fremme rekruttering og stabilisering. Videre beskrives legerekutteringsprosjektet ved Finnmarkssykehuset som ble utformet i 2004, med vekt på målsettinger, organisering, gjennomføring og ressursbruk. Resultatene av evalueringen rapporteres i kapittel 4. Her oppsummeres hvordan legerekutteringsprosjektet bidrar til rekruttering og stabilisering av leger i Finnmarkssykehuset, på hvilken måte legene nyttiggjør seg legerekutteringsprosjektet og hvilke råd informantene gir om rekrutterings- og stabiliseringsarbeid. I kapittel 5 gis det en samlet diskusjon av funnene i evalueringen, samt råd for det videre arbeidet med rekruttering og stabilisering av legespesialister i Finnmarkssykehuset.

---

<sup>1</sup> Tidligere Helse Finnmark HF

### 1.3 Dagens Finnmarkssykehus

Finnmarkssykehuset er ett av fem lokale helseforetak i Helse Nord RHF. Finnmarkssykehuset har ansvaret for spesialisthelsetjenesten i Finnmark fylke. Foretaket har administrativ base i Hammerfest og har delt helsetjenestene på fire klinikker. Den somatiske spesialisthelsetjenesten drives med utgangspunkt i sykehusene i Hammerfest og Kirkenes, i henholdsvis Klinikk Hammerfest (KHF) og Klinikk Kirkenes (KKN). Klinikk psykisk helsevern og rusomsorg (PHR) ledes administrativt fra Alta og har en desentralisert tjenestelokaliserings. I tillegg kommer en desentralisert ambulansetjeneste (bil/båt/fly) som er organisert i Klinikk Prehospitale tjenester. Tabell 1 viser hvordan klinikkene i Finnmarkssykehuset er inndelt i avdelinger og enheter. Det er legerrekruttering til disse klinikkene (i all hovedsak de tre førstnevnte) som er relevant for denne evalueringen.

**Tabell 1: Finnmarkssykehuset inndelt i klinikker, avdelinger og enheter.**

Klinikk	Avdeling	Enhet
<b>Hammerfest</b>	Kvinne- og barneavdeling	Barnehabilitering, Barnemedisin, Føde og gynekologi
	Medisinsk avdeling	
	Kirurgisk/ortopedisk avdeling	Kirurgi, Ortopedi
	Akuttmedisinsk avdeling	
	Avdeling for medisinsk service	Fysioterapi/ergoterapi, Medisinsk biokjemi og blodbank, Radiologi, Sykehustolken
	Spesialistlegesenteret i Karasjok	
	Spesialistpoliklinikken i Alta	
<b>Kirkenes</b>	Medisinsk avdeling	
	Kirurgisk-/ortopedisk og føde-/gynekologisk avdeling	Kirurgi, Føde og gynekologi
	Akuttavdelingen	
	Avdeling for medisinsk service	Medisinsk biokjemi og blodbank, Radiologi
	Avdeling for habilitering og rehabilitering	Ambulant rehabiliteringsteam, Fysikalsk medisin og rehabilitering, Habiliteringstjeneste for voksne, Fysioterapi og ergoterapi
<b>Psykisk helsevern og rus</b>	DPS Vest Finnmark	Alta: VPP, BUP, Døgnavdeling Hammerfest: VPP, BUP
	DPS Midt-Finnmark/SANKS	Lakselv: VPP, Døgnetenhet, Ambulant akutteam Karasjok: BUP, PUT, Familieavdelingen, Ungdomspsykiatrisk avdeling, Tverrfaglig spesialisert rusbehandling
	DPS Øst-Finnmark	Kirkenes: VPP, BUP Tana: VPP, Døgnetenhet, Ambulant psykiatrisk akutteam
	Finnmarksklinikken (Karasjok)	
	Vurderingsteam rus (Alta)	
<b>Prehosp.tjenester</b>	Luftambulanse	Alta, Kirkenes
	Bilambulanse Vest	Alta, Hammerfest, Måsøy, Hasvik, Loppa
	Bilambulanse Midt	Kautokeino, Karasjok, Lakselv, Honningsvåg, Mehamn, Kjøllefjord
	Bilambulanse Øst	Kirkenes, Vadsø, Vardø, Tana, Berlevåg, Båtsfjord
	AMK Finnmark (Kirkenes)	

I følge legestillingsregisteret<sup>2</sup> hadde Finnmarkssykehuset ved utgangen av 2014, 126 legestillinger fordelt på 125,4 årsverk. Årsverkene fordeler seg slik: 82,5 overleger og 42,9 LiS. Tabell 2 viser hvordan disse stillingene/årsverkene er fordelt mellom ulike spesialiteter.

**Tabell 2: Legestillinger og årsverk fordelt på LiS og overleger i Finnmarkssykehuset ved utgangen av 2014.**

Spesialitet	Stillinger	Årsverk - totalt	Årsverk - LiS	Årsverk - overleger
Indremedisin	26	26	13	13
Psykatri	21	21	8	13
Generell kirurgi	16	15,5	7	8,5
Barne- og ungdomspsykiatri	12	12	3	9
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	11	10,9	1,9	9
Anestesiologi	10	10	2	8
Radiologi	9	9	2	7
Ortopedisk kirurgi	7	7	2	5
Barnesykdommer	6	6	3	3
Øre-nese-halssykdommer	3	3	0	3
Fysikalsk medisin og rehabilitering	2	2	1	1
Hud- og veneriske sykdommer	2	2	0	2
Øyesykdommer	1	1	0	1
<b>Totalt</b>	<b>126</b>	<b>125,4</b>	<b>42,9</b>	<b>82,5</b>

Kilde: Legestillingsregisteret.

#### 1.4 Rekrutteringsutfordringer ved Finnmarkssykehuset

Ubesatte legestillinger i distriktene i Norge, og også i Finnmarkssykehuset, har vært en utfordring i mange år. I 1991 stod det regionale helseutvalget bak en utredning som viste at i 1990 var nær halvparten (49 prosent) av overlegestillingene i Finnmark ledige (Klinikk Hammerfest 46 prosent, Klinikk Kirkenes 52 prosent) (Det regionale helseutvalg for helseregion 5, 1991). Til sammenligning var 31 prosent av overlegestillingene i Nordland ledige, med sykehusene i Gravdal (46 prosent) og Vefsn (50 prosent) på «Finnmarksnivå». Troms trakk opp gjennomsnittet for daværende helseregion 5 (Nord-Norge) med «bare» 25 prosent ledige stillinger. Det var likevel en over dobbelt så høy andel ledige overlegestillinger som på Vestlandet og i Midt-Norge. Mangelen på overleger i Finnmark stod dermed i en særstilling i 1990. Da legerekrutteringsprosjektet i Finnmarkssykehuset startet i 2005, var 57 prosent av spesialiststillingene i Finnmarkssykehuset dekket av vikarer eller ambulerende spesialister (Erfaringsrapport 2005-2009, side 5).

Ulike tiltak er gjennomført på nasjonalt nivå for å forsøke å fordele legestillingene bedre og regulere legemarkedet (Skoglund, 2013). Blant tiltakene for bedre fordeling av legestillinger, er Etableringsloven (fra 1979, opphevet i 1983), Beordringsloven (1988-89), Legefordelingsavtalen (1989-1998), Stillingsstrukturavtalen (1985-2002) og opprettelse av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (1999-2013). Systemet med kvotefordeling og søknader om opprettelser av legestillinger ble opphevet fra 1. juli 2013. Det er nå opp til de regionale helseforetakene å opprette nye stillinger. Fjerning av kvotesystemet var et av daværende helseminister Jonas Gahr Støres ti grep for bedre sykehus. Systemet ble sett på som utdatert og byråkratisk. Fjerningen ble begrunnet med at sykehusene har behov for, i tråd med endringer i demografi og sykdomsbildet, å kunne gjøre raskere tilpasninger av tjenester og kapasitet. Helsedepartementet har forutsatt at opprettelse av legestillinger fortsatt skal skje i tråd med de

<sup>2</sup> <http://offentlig.nhn.no/Position/Stilling/Spesialitetstatistikk?id=101971>

regionale helseforetakenes «sørge for»-ansvar, etter det helsepolitiske styringsbudskapet og innenfor de økonomiske rammene som er stilt til disposisjon (Skoglund, 2013).

## 1.5 Spesialiseringen av leger

Spesialistutdanningen er en attestert tjeneste som formelt skal godkjennes av Helsedirektoratet etter anbefaling fra en spesialitetskomite (en for hver spesialitet) oppnevnt av sentralstyret i Legeforeningen. Spesialistutdanningen foregår stort sett i tidsbegrensede stillinger og ved at legen må skifte arbeidssted underveis. I Norge bruker leger i dag i gjennomsnitt åtte år fra endt turnustjeneste til de er ferdig spesialist, med variasjon mellom spesialitetene fra sju til 10 år i gjennomsnitt (IS-2079-3, 2014).

Lege i spesialisering (LiS) er betegnelsen på en legestilling i helseforetak for en lege som driver spesialistutdanning. Slike stillinger har i hovedsak vært midlertidige. Stillingen erstattet den tidligere assistentlegestillingen. Faste legestillinger ved sykehus har tradisjonelt vært forbeholdt overleger. Det er vanlig å bli overlege når man har fullført (det vesentligste) av spesialistutdannelsen. Ved hovedoppgjøret i 2014 er det vedtatt at det innføres en ny stillingskategori, legespesialist, for leger som er godkjente spesialister men enda ikke ansatt i overlegestilling.

Tendensen til stadig kortere ansettelsestider i midlertidige utdanningsstillinger i helseforetak er kritisert (Skoglund, 2013), og det er pekt på at dette fører til uheldige forhold for gjennomføringen av spesialiseringen. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling foreslo allerede i 2003 en større andel faste stillinger for leger i spesialisering. Helse- og omsorgsministeren ba i 2010 de regionale helseforetakene sørge for at flest mulig leger i spesialisering får faste stillinger (Pressemelding 2010). Faste utdanningsstillinger skal nå implementeres innen 1.7.2015 (gradvis ved nyansettelser).

I Helsedirektoratets rapport (IS-2079-3, 2014) defineres en *hovedspesialitet* som en medisinsk spesialitet hvor utdanningen i hovedsak foregår innen spesialiteten og således i det alt vesentlige uavhengig av utdanning i andre spesialiteter. En *grenspesialitet* er en ytterligere avgrensning av en del av en hovedspesialitet, hvor utdanningen bygger på utdanning i hovedspesialiteten og utdyper et område av den. En *subspesialitet* er en ikke godkjent undergruppering av en spesialitet uten formelle utdanningskrav og uten formell kompetanse. Fra 2012 har det vært 30 hovedspesialiteter og 14 grenspesialiteter (åtte indremedisinske og seks kirurgiske). I tillegg er det vedtatt en egen spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. En oversikt over spesialitetene finnes i Vedlegg 1.

Ny spesialitetsstruktur er nettopp utredet og resultatet har vært på høring. Det er foreslått fire større endringer: en mer fleksibel og modulbasert spesialistutdanning, et større innslag av felles kompetansemoduler, omgjøring av grenspesialiteter til hovedspesialiteter og etablering av en ny breddespesialitet særlig basert på pasientenes behov i akuttmottak (IS-2079-3, 2014). Det er foreslått at total minimumstid for gjennomføring av spesialistutdanningen skal være 6-6,5 år og inkludere turnustjenesten.

Fra mindre og mellomstore sykehus er det uttrykt bekymring knyttet til forslaget om å omgjøre grenspesialiteter til hovedspesialiteter. Bekymringen går først og fremst ut på at når en lege utdannes innen en hovedspesialitet, og ikke en grenspesialitet med en generell spesialitet i bunn, vil det medføre at den generelle kompetansen svekkes. Dette samsvarer i mindre grad med de små og mellomstore sykehusenes behov for mer generell kompetanse. Bekymringen gjør seg særlig gjeldende for de indremedisinske spesialiteter (IS-2180, 2014). Helse Nord RHF har sin høringsuttalelse til Helsedirektoratet framholdt at den faglige utviklingen med stadig sterkere spissing gjør det utfordrende å etablere og opprettholde robuste fagmiljø innen alle fagområder<sup>3</sup>. Det påpekes at kortere spesialiseringssløp er positivt ved rekrutteringsutfordringer, men bidrar til å forsterke sentralisering. Innen kirurgiske grenspesialiteter vil de foreslåtte endringene gjøre det

<sup>3</sup> Styremøte i Helse Nord RHF 2. oktober 2014. Sak 99-2014. Legers spesialitetsstruktur og organisering av akuttmottak - høring fra Helsedirektoratet

krevende å opprettholde akuttkirurgisk beredskap noe som vil få konsekvenser for andre tjenestetilbud (eksempelvis beredskap for keisersnitt).

Godkjente utdanningsinstitusjoner for spesialistutdanning av leger er delt i to grupper. Til gruppe 1 hører avdelinger ved universitetssykehus, større sentralsykehus, samt visse spesialsykehus. Minst 1 1/2 år av spesialistutdanningen skal gjennomføres ved gruppe 1-avdeling. Krav om gruppe 1-tjeneste gjelder ikke for spesialitetene allmennmedisin, samfunnsmedisin, arbeidsmedisin, barne- og ungdomspsykiatri, patologi og psykiatri. For geriatri kreves 1 års gruppe 1-tjeneste Gruppe 2 omfatter øvrige godkjente utdanningsinstitusjoner (fastlegekontor, samfunns- og arbeidsmedisinske stillinger, sykehus, sykehusavdelinger og laboratorier/institutter mm)<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Generelle bestemmelser for spesialistutdanning av leger. Vedtatt av Helse- og omsorgsdepartementet 2. juli 2009.

## 2 Metode og opplegg for evalueringen

Hensikten med evalueringer i forvaltningsmessig sammenheng, er å bidra med handlingsrelevant kunnskap for å styrke forholdet mellom mål og konkrete handlinger (tiltak) som settes i verk for å realisere dem (Foss, 2000). En evaluering kan i så måte betraktes som et styringsmiddel, men mer generelt betraktes gjerne organisasjonsmessig læring som hovedformålet. En evaluering som oppsummerer og i ettertid forteller hvordan det gikk, kalles en summativ evaluering (Lindøe, Mikkelsen og Olsen, 2002). Forskerne som gjennomfører en summativ evaluering inntar gjerne en distansert rolle og opptre med vitenskapelige måleverktøy på jakt etter tiltakseffekter. Betegnelsen følgeforskning brukes når det gjennomføres en dialogbasert analyse. Dette kalles formativ evaluering som henspeiler at evalueringen bidrar til å forme og korrigere tiltak og prosesser underveis (Baklien, 2000). Siden utgangspunktet er at legerekutteringsprosjektet skal fortsette også etter evalueringen, er det trolig mest riktig å betrakte denne evalueringen som i hovedsak formativ, med sterke summative trekk.

For å gi svar på problemstillingene (se kap. 1.1) er det gjennomført to delstudier. Den kvalitative studien er analyser basert på dokumenter og intervju med ulike interessenter. Den kvantitative studien er analyser basert på data fra Finnmarkssykehuset HF sitt personalregister og prosjektinterne registreringer.

Alminnelige forskningsetiske hensyn er ivaretatt under datainnsamlingen. De som er intervjuet ble informert om hvordan datamaterialet brukes og om sine rettigheter ved deltakelse i evalueringsprosjektet. Undersøkelsen er meldt til Personvernombudet.

### 2.1 Analyser basert på dokumenter og kvalitative intervju

Det er gjort en deskriptiv kartlegging av prosesser og tiltak i prosjektets regi, gjennom dokumentstudier og kvalitative intervju med ulike interessenter. Dokumentene som er gjennomgått er årsrapporter fra prosjektet, referat fra 15 styringsgruppemøter, erfaringsrapport 2005-2009 og data om deltakelsen i prosjektet (datamaterialet er ikke fullstendig). Blant annet synes det som om det er variasjon i forhold til hvordan man teller de som har hatt stipend både for gruppe 1-tjeneste og for grenspesialisering – som ett eller som to stipend. Det har sviktet noe i dokumentasjonen og informasjonsflyten mellom ulike faser i prosjektet. Ved starten av evalueringen manglet prosjektet en del informasjon om tidligere faser i arbeidet.

Det har vært nødvendig å beskrive prosjektets innhold og hvordan det har utviklet seg over tid, som utgangspunkt for datainnsamling og analyser. Sentralt i dette er en beskrivelse av hvilke virkemidler i prosjektet som har vært i bruk til ulike tider, og hvordan organiseringen er endret over tid.

Det er gjennomført til sammen 24 intervjuer (Vedlegg 2: intervjuguider). Dette omfatter intervjuer med tre av de fire prosjektlederne som i ulike faser har ledet prosjektet, HR-lederen og tre klinikkledere i Finnmarkssykehuset samt medisinsk fagsjef. Disse er også medlemmer av prosjektets styringsgruppe. Videre er et annet medlem av styringsgruppen og 15 leger som arbeider eller har arbeidet ved Finnmarkssykehuset intervjuet. Dette er leger med både kort og lang fartstid i Finnmarkssykehuset, som har mottatt ulike typer støtte fra prosjektet eller som ikke har mottatt støtte. Intervjuene ble gjennomført i perioden september-november 2014, enten ansikt til ansikt, eller som telefonintervju. Varigheten av hvert legeintervju varierte mellom 27 og 75 minutter, mens intervjuene med prosjektlederne var mer omfattende. Til sammen var det ti leger som ikke responderte på intervjuforespørselen. Det var vanskeligst å komme i kontakt med overlegene. En person takket nei til å bli intervjuet.

Denne kartleggingen handler om å vise variasjon i hvordan ulike leger erfarer og nyttiggjør seg virkemidlene i legerekutteringsprosjektet. Hensikten er ikke å presentere et representativt utvalg legekarrierer eller motiv for deltagelse i rekrutteringsprosjektet. Det ses på som viktigere å beskrive hvilken rolle legerekutteringsprosjektet spiller for ulike leger. Slike forhold er vanskelige å kartlegge gjennom en kvantitativ studie. Det er derfor benyttet kvalitativ metode i datainnsamlingen. En del av resultatene fra intervjuene er presentert i form av råd fra informantene basert på deres egne



erfaringer og meninger om hva de anser som nyttig og virkningsfullt i arbeidet med rekruttering og stabilisering i Finnmarkssykehuset.

En annen del av analysen av legeintervjuene er gjort ved å beskrive noen idealtyper av leger. Begrepet idealtipe kan forstås i lys av Max Webers beskrivelser av idealtyper (Weber, 1982). En idealtipe anvender ordet ideal i betydningen *rendyrket* - ikke best. Slik kan en beskrivelse av idealtyper virke som en understrekning eller forenkling av aspekter ved virkeligheten, slik at særtrekk blir mulig å fange. En idealtipe er verken en normativ beskrivelse av en ønsket tilstand, eller en empirisk beskrivelse av hvordan verden faktisk er. Definisjon av idealtipe i dette prosjektet er: en leges måte å forholde seg til karrierevalg, som kan gjelde for flere leger ved Finnmarkssykehuset, inkludert hvordan legerekrutteringsprosjektet treffer dennes behov. Denne avgrensningen innebærer at det skal være mulig å generalisere resultatene slik at de kan gjelde i andre kontekster eller settinger. I beskrivelsene vil vi være opptatt av å peke på ulike betydninger av rekrutterings- og stabiliseringsvirkemidlene som det vil være mulig å overføre fra en kontekst til en annen.

## 2.2 Analyse basert på kvantitative data

Den kvantitative delen av undersøkelsen er basert på:

1. Prosjektinterne registreringer om tildelinger til enkeltpersoner fra prosjektet.
2. Opplysninger fra HR-avdelingen ved Finnmarkssykehuset som viser hvilke leger som var ansatt i Finnmarkssykehuset, enten som LiS eller som overlege, pr. 24. september 2014.
3. Opplysninger fra HR-avdelingen om antall overlegeårsverk fordelt på spesialiteter og hvorvidt disse var besatt med fast tilsatte overleger pr. 1. januar 2015.

De prosjektinterne registreringene gir opplysninger om hvert enkelt tiltak som er innvilget i prosjektets regi, i perioden 2005-2014. Disse registreringene er håndtert og rapportert på ulike måter av de forskjellige prosjektlederne. Det har derfor vært utfordrende å lage en fullstendig oversikt som omfatter hele prosjektperioden.

Hvert tiltak identifiseres med navn på lege, type stilling legen hadde ved tildeling, type virkemiddel, årstall for tildeling, tiltakets varighet, fagfelt, legens klinikk/avdelingstilhørighet og hvorvidt legen har tilhørighet til Finnmark. Det er beheftet noe usikkerhet ved påliteligheten til registreringene av spesielt de tre sistnevnte kjennetegnene. Her er opplysningene i noen tilfeller ikke registrert.

Listene over ansatte leger i Finnmarkssykehuset pr. september 2014 viser legenes navn, tilsettingsforhold (dvs. om de er fast, midlertidig, vikar etc.) og stillingsprosent.

Det er vanskelig å isolere effekten av virkemidlene i et prosjekt som dette, uten at man gjør en randomisert studie hvor man sammenlikner effekter de som har nytt godt av virkemidlene, med de som ikke har det. Bare på den måten vil man ha full kontroll på effekter, bias og confoundere. Siden en randomisert studie ikke var mulig å gjennomføre, har vi foreslått å gjennomføre en retrospektiv overlevelsesanalyse (Kleinbaum & Klein 2012). Overlevelsesanalyse er en statistisk metode for analyse av tiden det tar før en spesiell hendelse inntreffer. Analysemetoden er mye brukt innenfor medisinsk forskning. I praksis handler slike analyser ofte om å studere tiden det tar før pasienter dør etter å ha gjennomgått en spesiell type behandling. På denne måten kan man sammenlikne effekten av ulike behandlingsopplegg.

Overført til dette prosjektet var planen å analysere den tiden leger «overlever» i Finnmarkssykehuset, dvs. tiden fra en lege blir ansatt i Finnmarkssykehuset til vedkommende slutter eller vår studie avsluttes (mens legen jobber videre i Finnmarkssykehuset). Tanken var å sammenlikne sannsynligheten for «overlevelse» blant de legene som er innvilget et eller flere tiltak fra prosjektet, med sannsynligheten for «overlevelse» blant de legene som ikke har mottatt noen støtte fra prosjektet. Utgangshypotesen er at de som har mottatt støtte «overlever» lengre enn de som ikke har mottatt støtte, dvs. at tiltakene i prosjektet har hatt ønsket effekt.

Til denne delen av analysen trengte vi en fullstendig oversikt over tidsperioden den enkelte LiS og overlege har arbeidet i Finnmarkssykehuset mens prosjektet har pågått. Dette forutsatte velvilje fra, og et godt samarbeid med, HR-avdelingen som er de som kan hente ut datamaterialet fra sine systemer og tilrettelegge det for videre analyse. HR-avdelingen har imidlertid ikke hatt mulighet til å prioritere dette arbeidet. Det har derfor ikke vært mulig å gjennomføre overlevelsesanalysen som planlagt. Det betyr at vi må basere analysen kun på de legene som er innvilget støtte fra prosjektet. Vi har dermed ikke noe sammenlikningsgrunnlag og kan ikke vise rekrutterings- og stabiliseringseffekter blant leger i Finnmarkssykehuset som ikke er omfattet av særskilte virkemidler for å bli i jobben. Dette er helt klart en svakhet ved evalueringen.

### 3 Beskrivelse av legerekutteringsprosjektet

Dette kapitlet innledes med en gjennomgang av hovedpunkter i teorier om karrierevalg. Videre presenteres først idégrunnlaget bak legerekutteringsprosjektet, med fokus på teorier om lakseeffekten og om betydningen av distriktsbakgrunn. Deretter beskrives målsettinger, organisering, gjennomføring og ressurser i prosjektet. Denne delen av beskrivelsen er i hovedsak basert på opplysninger fra referater fra styringsgruppemøter samt årsrapporter.

#### 3.1 Teorier om karrierevalg

Fra teorier om karrierevalg, vet vi at det er mange ulike aspekter som spiller inn i prosessen rundt valg av arbeidssted og valg av spesialisering. De eldste teoriene fokuserer på personers interesser, verdier, erfaringer og oppvekst (Parsons, 1909, Holland, 1959). Inkludert i dette er tilknytning til arbeidsstedet, i dette tilfelle Finnmark, gjennom oppvekst. Hollands teorier kan ses på som en noe statisk tilnærming til karrierevalg. Senere teorier betrakter karrierevalg som en livslang prosess. Det vil si at karrierevalg ses i et utviklingsperspektiv, hvor man fokuserer på at personens mål kan endre seg i tråd med omgivelsenes krav og muligheter (Ginzberg, 1984, Super, 1990). Vi antar at begrepet *omgivelsene* i dette tilfellet rommer både Finnmarkssykehuset som arbeidssted, familiesituasjon og eventuell partners arbeidssituasjon. Spesielt vil legerekutteringsprosjektet regnes som en del av omgivelsene, med tilhørende muligheter for støtte og krav, for eksempel om bindingstid etter mottatt stipend. Krumboltz (1979) fokuserer på individets unike læringserfaringer, som han mener er de viktigste kildene til utvikling av interesser. I den forbindelse rettes fokus på positiv feedback og møter med mer eller mindre gode rollemodeller. Vi har derfor vært opptatt av viktige aktører eller relasjoner som har påvirket legenes valg.

#### 3.2 Idégrunnlaget bak legerekutteringsprosjektet

Håndtering av skjevfordelinger av leger har vært et forskningstema i mange år (Callan, 1954). Teorien om lakseeffekten ligger til grunn for mange tiltak for å øke rekruttering og stabilisering av leger i rekrutteringssvake områder. Teorien er inspirert av viten om at laksen alltid kommer tilbake til elva der den var yngel. Teorien går ut på at oppvekststed og utdanningssted påvirker valg av arbeidssted. Hvis man klarer å utdanne mer personell fra og i områder med dårlig dekning av denne typen personell, vil dekningen bli bedre i disse områdene. En rekke nordnorske «lakseeffektstudier» er gjort med leger som studieobjekter etter at den første norske studien ble publisert i 1963 (Bertelsen, 1963). Lakseeffekten kan ses som en hovedbegrunnelse for å bygge opp desentralisert utdanningskapasitet og for å innføre både geografiske kvoteordninger og en samisk kvote ved inntak av studenter til medisinstudiet og de helsefaglige studiene i Tromsø (Gaski et al., 2008).

Internasjonalt er det gjort mange observasjonsstudier som har rapportert om at leger med bakgrunn fra distrikt er mer tilbøyelige til å praktisere i distrikt etter endt utdanning (f.eks. Rabinowitz, 1993 og 1998, Stearns, 2000, Laven & Wilkinson, 2003, Curran & Rourke, 2004, Richards et al., 2005). Det er også gjort studier som handler om studentenes distriktsbakgrunn og «the rural background effect» som viser at denne effekten svekkes hvis de tidlig sosialiseres inn i urbane nettverk eller inngår parforhold (Jones et al., 2012). Videre er det vist at folk med distriktsbakgrunn ser seg selv som mer fellesskapstenkende og pragmatiske enn byfolk og som bedre i stand til å takle utfordringer på grunn av tidligere erfaringer med motgang (Hancock et al., 2009). Ikke minst er det gjort studier som viser hvordan påført distriktserfaring/eksponering for eksempel ved gjennomføring av en del av utdanningen i distrikt, gir en effekt tilsvarende lakseeffekten (Playford et al., 2014).

Legerekutteringsprosjektet er tuftet på teorien om lakseeffekten. Det bygger på idéen om både oppvekststedets og utdanningsstedets betydning for valg av arbeidssted. Det vises konkret til tankegodset i en utredning fra 1991 (Det regionale helseutvalg i Helseregion 5) og ønsker om regional selvforsyning av legespesialister som er nærmere skissert der. Utredningen fra 1991 peker på behovet for en mer effektiv utnyttelse av landsdelens eget potensiale for å utdanne og beholde legespesialister gjennom blant annet kvoteringskriterier og utdanningskontrakter. Den fremmer ønsker om å betrakte hele regionen som et samordnet utdannings- og karrieresystem. Tanken om selvforsyning handler om at leger med «vesentlig tilknytning til landsdelen» rekrutteres til utdanningsstillinger der.

Legerekutteringsprosjektet fokuserer på betydningen av å kunne gjennomføre hele utdanningsforløpet i helseregion Nord, gjennom at det settes inn tiltak som skal bidra til å opprettholde tilknytningen til Finnmarkssykehuset under spesialiseringen. Prosjektet bygger videre på gode erfaringer fra regionale desentraliserte utdanningsprogrammer i voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri, som er tuftet på noen av de samme ideene.

### **3.3 Legerekutteringsprosjektet som rekrutterings- og stabiliseringstiltak**

Helse Nord RHF presenterte ideen om et legerekutteringsprosjekt for styret i Finnmarkssykehuset første gang i mars 2004. Finnmarkssykehuset lagde et utkast til prosjektbeskrivelse i juni, og Helse Nord RHF redegjorde for planene i møte med Sosial- og helsedirektoratet i august samme år før søknad om finansiering ble sendt. Finnmarkssykehusets legerekutteringsprosjekt ble opprettet 1. januar 2005 under slagordet «Stol på egne krefter».

#### **3.3.1 Målsettinger**

Hovedmålet med legerekutteringsprosjektet er å gjøre Finnmarkssykehuset mer selvforsynt med legespesialister og å øke stabiliteten blant legespesialistene i fylket. Det er lagt et langsiktig perspektiv til grunn for innsatsen. I de første dokumentene fra 2004 skisseres en varighet for prosjektet på fem til ti år (Søknad til Sosial- og helsedirektoratet fra Helse Nord RHF 13.8.2004). I 2006 refereres det til et 10-15 års perspektiv og et mål om at når prosjektet er i full drift skal det bidra med 15 nye spesialister til Finnmarkssykehuset hver femårsperiode (Halvårsrapport 2006, side 4).

Følgende delmål er beskrevet (utkast til prosjektskisse 30.6.2004):

- gruppe 1-tjeneste ved større sykehus skal kunne planlegges og avvikles til et hensiktsmessig tidspunkt i forhold til progresjonen i utdanningen
- utdanningsstipend skal muliggjøre opprettholdelse av utdanningskandidatens tilknytning til Finnmarkssykehuset også under denne delen av tjenesten, for eksempel gjennom pendling eller midlertidig familiebolig på utdanningsstedet
- etablering av tettere og mer formalisert samarbeid med UNN og eventuelle andre foretak vedrørende gruppe 1-tjeneste skal bidra til et styrket faglig samarbeid mellom foretakene
- etablering av nettverk blant utdanningskandidatene med veiledningssamlinger
- lyd/bilde-basert undervisning og øvrige fagressurser skal bidra til at spesialistutdanningen desentralt blir konkurransedyktig
- etablering av et kompetanseregnskap i foretaket skal synliggjøre både tilstedeværende og manglende spesialistressurser fortløpende og gi nødvendig informasjon til å kunne både planlegge og avvikle utdanningen mer effektivt enn i dag

#### **3.3.2 Organisering**

Prosjektet var frem til 2010 plassert direkte under direktøren i Finnmarkssykehuset. Etter 2010 har prosjektlederen vært ansatt ved HR-avdelingen.

##### **3.3.2.1 Prosjektledelse**

Fire prosjektledere har i ulike faser ledet arbeidet med prosjektet. Den første var i tillegg til å være prosjektleder, samtidig ansatt som medisinskfaglig rådgiver i Finnmarkssykehuset. De tre neste var prosjektledere på full tid. Prosjektlederstillingen ble endret i juli 2010 (udatert møtereferat, trolig fra 13.12.2011). Rollen som karriereveileder ble fjernet fra stillingsinstruksen, og ansvaret for rapportering av id-nummer for stillingshjemmel til Helse Nord RHF/Nasjonalt Råd ble lagt inn. Stillingen som prosjektleder har det meste av perioden vært lokalisert i Kirkenes, men har også vært plassert i Hammerfest i en periode. Prosjektlederstillingen stod vakant en periode i første halvår 2013. I denne perioden fungerte HR-sjefen som prosjektleder.

Måten prosjektlederen har arbeidet med prosjektet er endret over tid. Frem til 2010 ble det arbeidet mer direkte opp mot enkeltleger, og også med dialog og tilrettelegging med familier. Prosjektleder

hadde en mer selvstendig rolle enn i dag og stor beslutningsmyndighet. Etter at prosjektet ble flyttet til HR-avdelingen i 2010, henvender prosjektet seg mere til lederne i Finnmarkssykehuset. Klinikkllederne har fått overført beslutningsmyndighet når det gjelder tildelinger i prosjektet.

### **3.3.2.2 Styringsgruppe**

Prosjektets styringsgruppe ble konstituert 23. august 2005. Det er holdt 16 styringsgruppemøter på de ti årene fra 2005 til desember 2014 (tallet er basert på tilgjengelige referater og referat omtalt i andre dokumenter). Styringsgruppen oppfattet sitt mandat til å være følgende (*møte 23.8.2005*): «Aktivt følge opp og legge til rette for at prosjektet får en form og en innretning som gjør at målene nås, slik de fremgår av prosjektbeskrivelse og bevilgninger, i nært samarbeid med prosjektets ledelse.»

Styringsgruppen hadde de første årene en sammensetning med direktør i Finnmarkssykehuset (leder), direktør i Helse Nord, fylkeslegen i Finnmark, samt legerepresentanter. Da daværende direktør for Finnmarkssykehuset sluttet i sin stilling i februar 2007, overtok direktøren i Helse Nord som leder av styringsgruppen. Begrunnelsen var et ønske om kontinuitet i ledelsen i hvert fall i en overgangsperiode inntil ny direktør i Finnmarkssykehuset var på plass. Denne ordningen varte imidlertid til 2012. Fra 2012 ble styrets sammensetning endret, etter vedtak i foretaksledelsen i Finnmarkssykehuset. Representant fra Fylkeslegen i Finnmark og legerepresentanter fra klinikkene i Hammerfest og Kirkenes ble byttet ut med fagsjef samt klinikkledere ved Klinikk Kirkenes, Klinikk Hammerfest og Klinikk for psykisk helse og rus. Direktør i Finnmarkssykehuset tok samtidig over lederrollen igjen. Fra høsten 2013 kom også HR-sjefen inn i styringsgruppen. Helse Nord RHF var fortsatt representert på direktørnivå.

### **3.3.3 Gjennomføring**

Det første året ble det arbeidet med forankring av legerekutteringsprosjektet i linjen, synliggjøring av prosjektet internt og eksternt, markedsføring mot legene, og det ble gjennomført en spørreundersøkelse blant alle turnusleger og LiS i Finnmarkssykehuset. Styringsgruppen var opptatt av å identifisere områder hvor prosjektets virkemidler brøt med annet regelverk eller tradisjoner.

I 2006 ble det tatt et initiativ ut fra prosjektet ovenfor Fylkeslegen i Finnmark med mål om å få i gang en særordning med direkte plasser for turnustjeneste i Finnmark. Dette for å sikre en bedre tilgang til egnede spesialistutdanningskandidater i Finnmarkssykehuset. I 2006 satte styringsgruppen også de viktigste rekrutteringsbehov for de neste tre år på dagsorden og satt i gang en grundig kartlegging. Det ble også søkt om flytende legehjemler. I 2007 drøftet styringsgruppen utfordringer og veien videre med hensyn til disse. I 2010 og 2014 behandlet styringsgruppen en rekrutterings- og stabiliseringsplan med henholdsvis et ti- og et femårsperspektiv.

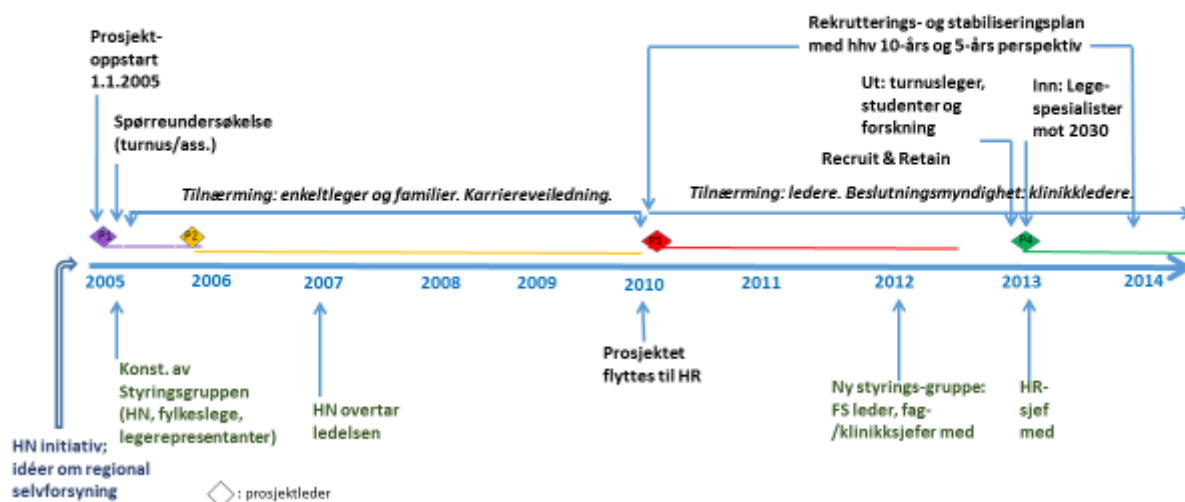
Styringsgruppen har i hele perioden behandlet saker som presiserer hvordan virkemidlene skal benyttes: I 2005 ble det behandlet saker som handlet om retningslinjer for disponering av midler, om nettverksgruppens funksjon og at man bør unngå å legge etablerte ordninger inn i prosjektet. I 2006 ble en sak om føringer for midler til forskning behandlet. I 2010 var det et mål å oppnå kjøreregler for ressursbruk ved legers hospitering ved større sykehus. I 2013 ble det presisert hva gruppe 1-stipendet skal dekke. I 2013 ble det diskutert behov for å utdanne øyespesialister, og i 2014 diskuterte man behovet for flere leger med spesialisering i generell kirurgi.

Det var ingen møter i styringsgruppen i siste halvdel av 2010 og frem til juni 2012, da styringsgruppen ble «gjenopplivet» med ny sammensetning. I den inaktive perioden ble avgjørelser i prosjektet tatt gjennom telefonkontakt og epost mellom prosjektleder og styringsgruppens leder (sak til foretaksledermøtet i Helse Finnmark 13. desember 2011).

I 2013 gjorde styringsgruppen en vurdering av prosjektets ståsted med hensyn til fagspesialister, drift, forankring og strategi. Målgruppene turnusleger og medisinerstudenter ble fjernet, sammen med to stabiliseringstiltak (forskning samt veiledning av LiS-leger i utdanningsløp) og nettverkstiltak

(seminar). Prosjektet deltar i Helse Nord sitt arbeid om behov for legespesialister frem mot 2030 og samarbeider med Recruit & Retain-prosjektet, som er et samarbeid mellom flere nordlige land om rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer i helsesektoren.

Figur 1 oppsummerer legerekrutteringsprosjektet med en tidslinjebeskrivelse.



Figur 1: Tidslinjebeskrivelse av legerekrutteringsprosjektet.

### 3.3.4 Økonomiske ressurser

Fra oppstarten og til med 2012 har legerekrutteringsprosjektet vært finansiert gjennom særskilt bevilgning fra Helse- og omsorgsdepartementet, supplert med bevilgninger fra Helse Nord RHF og Finnmarkssykehuset. Fra 2013 ligger prosjektets midler inne som en del av den totale rammeoverføringen fra Helse Nord RHF til Finnmarkssykehuset.

Legerekrutteringsprosjektet forbrukte mellom 3,0 og 5,7 millioner kroner hvert år fra 2005 til 2011. Det har vært et høyere forbruk i 2012 og 2013, på henholdsvis 7,6 og 6,8 mill. kroner. Forbruket er ikke rapportert på samme måte hvert år, slik at sammenligning over tid vanskelig gjøres. Muligens kan noe av økningen i forbruk fra 2012 tilskrives det høye antallet inngåtte kontrakter om stipend (8 nye stipender), samt at en av stipendavtalene er en stilling i gruppe 1 sykehus (UNN) hvor Finnmarkssykehuset betaler full lønn under tjenesten. Forbruket i 2013 kan muligens forklares av at prosjektet har finansiert flere ekstrastillinger på avdelinger i 2013 (som fortsatte i 2014), med begrunnelse at det var stor arbeidsbyrde og at man ønsket å motvirke faren for at LiS og overleger ville forlate disse avdelingene av den grunn. Det har imidlertid ikke vært mulig å lese ut av årsrapportene hvor mye ressurser som er forbrukt på de enkelte virkemidlene fra år til år. Dermed kan det ikke i evalueringen gjøres noen fullstendig vurdering av ressursbruk i forhold til de ulike virkemidler og i forhold til måloppnåelse.

**Tabell 3: Penger forbrukt i prosjektet.**

År	Forbruk totalt (kr)
2005	3 050 507
2006	4 208 566
2007	5 716 493
2008	4 079 581
2009	3 939 437
2010	<sup>5</sup>
2011	5 134 377
2012	7 687 964
2013	6 809 936

### 3.3.5 Virkemidler

Dette avsnittet gir en oversikt over virkemidler i prosjektet og hvordan disse er benyttet gjennom tiltak rettet mot enkeltpersoner og nettverk. Hoveddelen av ressursene i prosjektet er brukt på tiltak rettet mot enkeltpersoner. I tillegg er det gjennomført en rekke nettverkstiltak. Evalueringen er konsentrert om tiltakene rettet mot enkeltpersoner som innebærer økonomisk støtte. Prosjektleder hadde frem til 2010 også en funksjon som karriereveileder. Denne funksjonen er ikke evaluert.

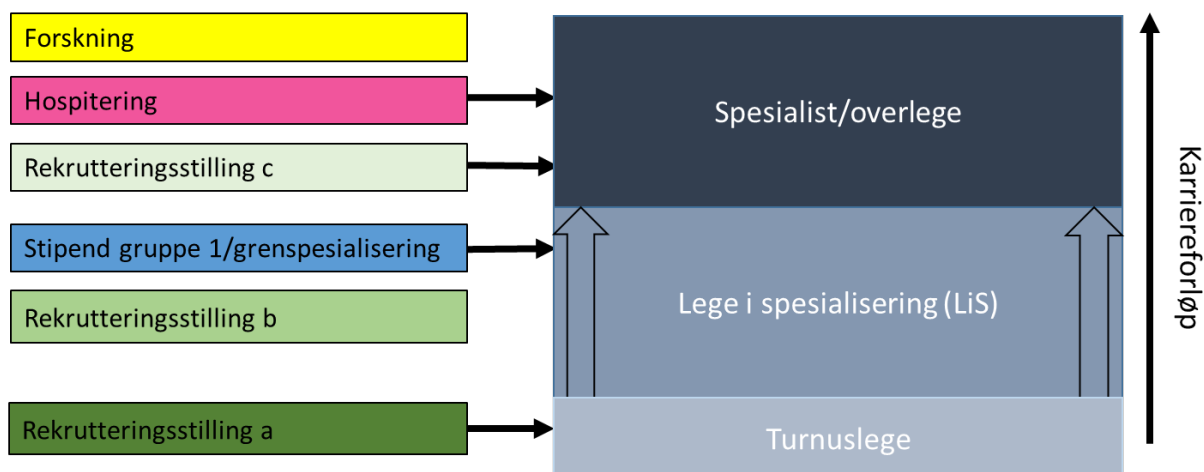
#### 3.3.5.1 Tiltak rettet mot enkeltpersoner

Figur 2 oppsummerer spekteret av virkemidler rettet mot enkeltpersoner som er benyttet i Legerekutteringsprosjektet. Det er satt i verk rekrutterings- og stabiliseringstiltak som i hovedsak kan grupperes i følgende ulike virkemidler som innebærer økonomisk støtte. De to første er rettet mot LiS-leger, den tredje mot potensielle turnusleger og de tre siste mot spesialister/overleger:

- stipend under gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering ved større sykehus
- finansiering av rekrutteringsstillinger, tre varianter:
  - «ventestilling» i påvente av turnusstilling (betegnet som c i figur 2)
  - «ventestilling» i påvente av ledig LiS-stilling (betegnet som b i figur 2)
  - «gjensidig utprøving» mellom Finnmarkssykehuset og spesialist (betegnet som a i figur 2)
- finansiering av hospitering ved annet sykehus for overleger i Finnmarkssykehuset
- frikjøp av arbeidstid for å drive forskning

Forskning, hospitering og rekrutteringsstilling c (gjensidig utprøving) retter seg mot overleger. Stipend og rekrutteringsstilling b (ventestilling) retter seg mot kommende LiS, og rekrutteringsstilling a retter seg mot ferdige cand.med. som mangler turnustjeneste.

<sup>5</sup> Årsrapport 2010 har ikke vært tilgjengelig for evalueringen. Det er usikkert om den er laget.



**Figur 2: Spekteret av økonomiske virkemidler som er benyttet i Legerekrutteringsprosjektet**

### **Stipend under gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering ved større sykehus**

Det viktigste virkemidlet i legerekrutteringsprosjektet har vært stipend for å dekke merutgifter knyttet til gjennomføring av gruppe 1-tjeneste (ekstrakostnader ved blant annet to husholdninger, hjemreise eller andre merkostnader ved å opprettholde tilknytningen til både Finnmark og gruppe 1-tjenestestedet). Stipendavtalen inngås og trer i kraft når legen starter sin gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering. Under gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering er legen ansatt ved sykehuset hvor tjenesten foregår. Det har vært et formål å systematisk utnytte utdanningsstillingene i Finnmarkssykehuset i kombinasjon med gruppe 1 stillinger ved UNN for å tilrettelegge og strømlinjeforme utdanningsløpene frem til spesialiststatus for leger med aktuell potensiell tilknytning til Finnmark. Fra 2013 ble det årlige stipendet økt fra 200 000 til 220 000 kroner. Stipendet medfører to års bindingstid i Finnmarkssykehuset i etterkant.

### **Skreddersydd løsning (lønn fra Finnmarkssykehuset under gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering)**

Stipendet er i noen tilfelle skreddersydd. Dette omfatter tilfeller hvor Finnmarkssykehuset også har betalt lønn under gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering ved større sykehus (UNN). Dette kan ses på som en form for sponning av stillinger ved UNN, mot at Finnmarkssykehuset har fått inn «sine» kandidater i utdanningsstilling. I tilfeller hvor UNN har hatt en halv ledig LiS-stilling, har prosjektet gått inn og betalt den andre halvdel (i tillegg til kandidatens stipend). I ett tilfelle har Finnmarkssykehuset betalt lønn i en ekstra stilling i påvente av ledig LiS-stilling ved UNN, hvor avtalen var at kandidaten skulle over i en LiS-stilling så snart det ble en ledig. Informanter viser til at dette likevel ikke skjedde ved første stilling som ble ledig, dermed betalte Finnmarkssykehuset flere ekstra måneder med lønn til «sin» kandidat. I et lignende tilfelle var det aktuelt å betale for en LiS-stilling ved UNN i to år, begrunnet med at Finnmarkssykehusets kandidat ikke kunne gå foran UNN sine andre eventuelt bedre kvalifiserte søkere. Det førte til at praksisen med at Finnmarkssykehuset betaler lønn til LiS som arbeider ved UNN ble drøftet i foretaksstyret ved Finnmarkssykehuset i september 2014. Det ble vedtatt at problemstillingen skulle tas opp på direktørnivå med hensyn til en avklaring av hvilket ansvar UNN har for utdanning av spesialister til regionen. Resultater fra dette foreligger ikke (pr. 29.12.2014, pers. komm. Wenche Kjølås).



### **Hospitering og rekrutteringsstillinger**

Det har gjennom prosjektet vært et ulikt innhold knyttet til begrepene hospitering og rekrutteringsstilling<sup>6</sup>. I dag brukes begrepet rekrutteringsstilling om overleger som prøver ut en stilling ved Finnmarkssykehuset (gjensidig utprøving) eller om leger som går i «ventestilling» i påvente av ledig LiS-stilling. Det vanligste er at rekrutteringsstillingen er den siste typen «ventestilling».

Begrepet hospitering brukes mest om overleger som hospiterer ved annet og større sykehus. Av referat fra styringsgruppens møte 21.6.2010 går det frem at hospitering ved større sykehus i varierende grad har vært vellykket. Noe av utfordringen har vært at prosjektet og Finnmarkssykehuset har måttet bruke en del økonomiske ressurser for å få dette til, samt at noen avdelinger ved større sykehus har vært mindre velvillige enn andre til å ta imot hospiteringskandidater. Erfaringen fra de fem første årene tilsier at om hospitering i denne formen skal fungere optimalt, må det i utgangspunktet være en god dialog mellom avdelingene hvor legen har sitt opprinnelige arbeidssted og avdelingen hvor vedkommende skal hospitere, også på overordnet nivå (klinikkledelsen). Helst bør legen ha utdannet seg på hospiteringsavdelingen i forkant og dermed være innforstått og kjent med rutiner, vaktplaner, kolleger osv. (Erfaringsrapport 2005-9).

### **Forskning**

I det meste av prosjektperioden er *forskning* et virkemiddel som går ut på frikjøp av arbeidstid til forskning i inntil 20 prosent stilling i hovedsak for overleger, men det er også gjort en tildeling til LiS. Virkemidlet er lite benyttet, og det opphørte fra 2013 med henvisning til at det finnes andre forskningspotter tilgjengelig for ansatte i Finnmarkssykehuset.

### **Tiltak som ikke innebærer økonomisk støtte**

Den første halvdel av prosjektperioden var prosjektleder samtidig også karriereveileder. I en av årsrapportene rapporteres det at 2/3 av legene som prosjektleder var i kontakt med i løpet av et år, hadde kontakt som ikke innebar virkemidler med økonomisk støtte, men som for eksempel handlet om individuell rådgivning.

### **3.3.5.2 Nettverkstiltak**

Oversikten over nettverkstiltak i dette avsnittet er ikke endelig, og er basert på opplysninger i erfaringsrapport 2005-2009 og årsrapporter. Prosjektet hadde i den første fasen som mål å legge til rette for nettverkssamlinger både for LiS og overleger i foretaket. I 2006 og 2007 ble det utviklet opplegg for gjennomføring av nettverkstiltak. Man prøvde å arrangere nettverkssamlinger innenfor rus/psykiatri i 2007 men la ned tiltaket på grunn av at det var vanskelig å samle målgruppen, som var spredt over hele fylket.

Det har i en periode vært arrangert ukentlig legelunsj ved Kirkenes sykehus. I 2010 gikk styringsgruppen inn for at man ville opprettholde ukentlig legelunsj, uavhengig av om det skal være prosjektets ansvar. Det går ikke frem av referatene nøyaktig hva prosjektet har finansiert i denne forbindelse. I 2014 har legerekutteringsprosjektet delfinansiert legelunsjen. Legelunsjen brukes som et felles møtested der både fag og enkeltpasienter drøftes, i tillegg gis ulike typer forelesninger (pers. komm. Wenche Kjølås 29.12.2014).

Det fremgår av referater at Gruppe 1-middag for LiS som oppholder seg i Tromsø, er et nettverkstiltak som har vært gjennomført, og som man fortsatt gjennomfører (Årsrapport 2012 og 2013). Middagen benyttes til gjensidig informasjonsutveksling (pers. komm. 29.12.2014 Wenche Kjølås).

---

<sup>6</sup> I årene frem til 2010 ble begrepet hospitering brukt om både leger i utdanningsløp og overleger. For leger i utdanningsløp var det en ordning for a) medisinerstudenter med lisens som venter på turnus og b) lege som skal prøves ut før, venter på eller skal avklare aktualitet før LiS-stilling. For ferdig overlege var det a) utprøving av ferdig overlege for å avklare faglig og personlig egnethet (ved Finnmarkssykehuset) og b) ivaretagelse av kompetanse og faglig utvikling (ved større sykehus).

Det fremgår av referater at nettverkstiltak i form av seminar for LiS og for spesialister har vært arrangert, men er fra 2013 ikke noe prosjektet skal initiere eller finansiere. Nettverkstiltaket «fagmiljømøte» for spesialister, er fra 2013 erstattet med tiltakene nettverksbygging, hospitering og faglig veiledning og samarbeid innen foretaket.

Informanter opplyser at deltakelse på ulike rekrutteringsarrangementer og messer har vært en del av prosjektets virksomhet, men deltakelsen er noe redusert de siste årene.

Fra 2013 tas turnusleger og studenter bort som målgrupper i prosjektet.

### **3.4 Oppsummering**

Rekrutteringsprosjektet er etablert med basis i fire typer virkemidler som man tror vil fremme prosjektets hovedmål, som er å rekruttere og stabilisere legespesialister slik at Finnmarkssykehuset HF innen 2020 har full dekning av legespesialister. Disse virkemidlene er 1) stipend under gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering ved større sykehus (LiS), 2) finansiering av rekrutteringsstilling som ventestilling i påvente av LiS-stilling i Finnmarkssykehuset, eller for gjensidig utprøving mellom Finnmarkssykehuset og lege (spesialist), 3) finansiering av hospitering ved annet sykehus (spesialist), og 4) frikjøp av arbeidstid til å drive forskning (spesialist).

Kapitlet beskriver hvordan man har arbeidet for å nå de ønskede resultater, med vekt på organisering, gjennomføring, ressurser og virkemidler. Denne beskrivelsen er viktig fordi det har sviktet noe i dokumentasjonen og informasjonsflyten mellom ulike faser i prosjektet. Beskrivelsen er også viktig fordi kompleksiteten i virkemidlene er stor – ikke minst hvis man ser hele prosjektperioden i sammenheng.

Fire prosjektledere har i ulike faser ledet prosjektet. De første fem årene var prosjektet plassert direkte under direktøren i Finnmarkssykehuset, og prosjektlederen var samtidig karriereveileder og arbeidet mye opp mot enkeltleger og også deres familier. De siste fem årene har prosjektet sortert under HR-avdelingen og henvender seg mere til lederne i Finnmarkssykehuset. En styringsgruppe har i hele prosjektperioden fulgt opp prosjektet. Fra 2012 kom klinikklederne også inn i styringsgruppen.

I gjennomføringen har prosjektleder hatt en sentral rolle, og i de første fem år av prosjektperioden en særlig selvstendig rolle med både direkte kontakt, utvelgelse og oppfølging av kandidater fra målgruppen og stor beslutningsmyndighet. Fra 2010 har man forsøkt å integrere prosjektet mere i organisasjonen ved at rekrutteringen av aktuelle kandidater foregår gjennom at klinikkene melder inn kandidater. Videre kom klinikklederne med i styringsgruppen og direktøren ved Finnmarkssykehuset overtok ledelsen av styringsgruppen igjen fra 2012.

Forbruket i legerekrutteringsprosjektet var mellom 3,0 og 5,7 mill kroner til og med 2011. I 2012 og 2013 har forbruket vært høyere, på henholdsvis 7,6 og 6,8 mill kroner. Det har ikke vært mulig å lese ut av årsrapportene hvor mye ressurser som er forbrukt på de enkelte virkemidlene fra år til år. Medvirkende årsaker til økt forbruk i 2012 og 2013 kan være et økt antall inngåtte kontrakter om stipend, finansiering av stilling i gruppe 1-sykehus, og finansiering av flere ekstra stillinger på avdelinger med begrunnelse at det var stor arbeidsbyrde, og man ønsket å motvirke legefukt fra disse avdelingene.

Kompleksiteten i virkemidlene som har vært anvendt er stor – ikke minst hvis man ser hele prosjektperioden i sammenheng. De fire hovedtypene av virkemidler som er beskrevet innledningsvis, er nærmere beskrevet med hensyn til endringer over tid. I tillegg har prosjektet anvendt skreddersydde løsninger og tiltak som ikke kan kategoriseres under noen av hovedtypene virkemidler.

## 4 Resultater

I dette kapitlet presenteres først den kvantitative analysen som viser hvordan prosjektets virkemidler er blitt brukt. Til slutt rapporteres den kvalitative analysen, gjennom å trekke ut lærdommer om prosjektet med det innhold og den innretning det så langt har hatt. Her beskrives hvordan legene har nyttiggjort seg av prosjektet, gjennom å skissere idealtyper, og videre presenteres råd fra informantene om hva som er viktig i rekrutterings- og stabiliseringsarbeid ved Finnmarkssykehuset. Informantenes vurderinger av resultatene av rekrutterings- og stabiliseringsprosjektet oppsummeres.

### 4.1 Antallet tiltak rettet mot enkeltpersoner

Tabell 4 viser omfanget av tiltak med økonomisk støtte rettet mot enkeltpersoner som er satt i gang. Det er i perioden 2005-2014 igangsatt til sammen 114 tiltak.

Av tiltakene i Tabell 4, er til sammen 74 rettet mot LiS, 20 tiltak er rettet mot overleger og 9 mot kommende turnusleger (i form av rekrutteringsstilling i påvente av turnustjeneste). Tabellen viser at det i hovedsak er to virkemidler som er brukt: stipend til gruppe 1-tjeneste og rekrutteringsstillinger. Det har videre vært mellom ett og fire hospiteringstiltak per år i perioden 2007 til 2013. Støtte til forskning er gitt kun til tiltak som starter i perioden 2005-2007. De 14 hospiteringstiltakene er alle tildelt overleger. Det samme gjelder fem av de seks forskningstiltakene. 10 tiltak er klassifisert i kategorien «annet». Blant disse er 6 rette mot LiS og 4 mot overleger.

**Tabell 4: Igangsatte tiltak i perioden 2005-2014<sup>7</sup>**

År	Nye stipend (LiS)	Nye rekrutteringsstillinger (turnus)	Nye rekrutteringsstillinger (LiS)	Ny hospitering (overlege)	Ny forskning (overlege)	Annet	Total
2005	7	-	-	-	1	-	8
2006	2	2	1	-	1	-	6
2007	5	-	2	3	4	-	14
2008	3	-	4	2	-	2	11
2009	3	1	4	4	-	2	14
2010	4	1	8	1	-	-	14
2011	3	2	5	2	-	-	12
2012	8	3	4	1	-	1	17
2013	3	-	2	1	-	2	8
2014	5	-	2	-	-	3	10
Totalt	43 <sup>8</sup>	9	32	14	6	10	114

#### 4.1.1 Stipend under gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering ved større sykehus

Tabell 5 viser at det er tildelt til sammen 43 stipend for gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering i perioden 2005-2014.<sup>9</sup> 27 av de som har fått stipend under gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering hadde fullført stipendperioden pr desember 2014.

Fordelingen av fullførte stipend på Finnmarkssykehusets tre klinikker er 9 ved klinikk psykisk helse og rus (PHR), 11 ved Klinikk Hammerfest (KHF) og 7 ved Klinikk Kirkenes (KKN). De 15 stipendene for gruppe 1-tjeneste som enda ikke er fullført, fordeler seg slik mellom klinikkene: 2 ved PHR, 7 ved KKN og 6 ved KHF. Til sammen er det altså tildelt 17 stipend for gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering ved KHF, 14 ved KKN og 11 ved PHR.

<sup>7</sup> Basert på oversikt fra prosjektleder 2007-2014 med suppleringer fra to andre prosjektledere. Opptellingen gjelder ikke antall personer, men antall tiltak; deltakere på to tiltak er altså notert på to steder.

<sup>8</sup> Inkluderer en overlege som har fått lønn under videreutdanning og ikke stipend, men med bindingstid til Finnmarkssykehuset.

<sup>9</sup> En person har skiftet spesialitet underveis, og dermed ikke fullført det første stipendet.

Fordeelingen av stipend på ulike fagområder er slik: Indremedisin (8), psykiatri (6), kirurgi (5), anesthesiologi (4), barne- og ungdomspsykiatri (4), radiologi (4), barnesykdommer (2) ortopedisk kirurgi (2), øyesykdommer (2), gynekologi (1), fysikalsk medisin og rehabilitering (1), hud- og veneriske sykdommer (1), og nevrologi (1).

**Tabell 5: Igangsatte, fullførte stipend og pågående stipend under gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering 2005-2014<sup>10</sup>**

År	Igangsatte stipend (antall)	Fullførte stipend (antall, fagområde og klinikk)	Pågående stipend (antall, fagområde og klinikk)
2005	7	1 anesthesiologi (KHF) 1 ortopedisk kirurgi (KHF)	
2006	2	1 generell kirurgi (KHF) 1 fødselshjelp og kvinnesykdommer (KHF)	
2007	5	2 psykiatri (PHR) 1 videreutdanning for overlege (PHR)	
2008	3	2 barne- og ungdomspsykiatri (PHR)	
2009	3	2 generell kirurgi (KHF), 1 indremedisin/geriatri (KHF), 1 radiologi (KKN), 1 anesthesiologi (KHF)	
2010	4	1 indremedisin/lunge (KKN)	1 ortopedisk kirurgi (KKN)
2011	3	1 indremedisin/kardiologi (KKN), 1 anesthesiologi (KHF) 1 hud- og veneriske sykdommer (KKN) 1 radiologi (KKN)	1 øyesykdommer (KHF)
2012	8	2 psykiatri (PHR), 1 fysikalsk medisin og rehabilitering (KKN),	1 generell kirurgi (KHF) 1 barne- og ungdomspsykiatri (PHR) 1 anesthesiologi (KKN) 1 radiologi (KKN) 1 nevrologi (KKN)
2013	3	1 indremedisin/nyresykdommer (KKN) 1 indremedisin/kardiologi (KHF)* 1 psykiatri (PHR)	1 barnesykdommer (KHF) 1 radiologi (KHF) 1 indremedisin (KHF)
2014	5	1 indremedisin/geriatri (KHF) 1 psykiatri (PHR)	1 barne- og ungdomspsykiatri (PHR) 1 øyesykdommer (KKN) 1 barnesykdommer (KHF) 1 generell kirurgi (KKN) 1 indremedisin/geriatri (KKN)
<b>Totalt</b>	<b>43</b>	<b>27 fullførte stipend</b>	<b>15 pågående stipend</b>

\* Vedkommende lege er kjøpt ut av bindingstiden.

Blant de 27 stipendene som er fullført, skjuler det seg totalt 26 personer. En lege har fått stipend i to omganger, første gang for hovedspesialisering og andre gang for grenspesialisering. Av disse har de fleste fått stipend for gruppe 1-tjeneste, to har fått stipend for grenspesialisering og en har fått stipend for annen spesialisering; alle med to års bindingstid i etterkant.

En av de 26 personene som har fått stipend, har i etterkant av stipendperioden blitt kjøpt ut av bindingsavtalen med Finnmarkssykehuset (i den forstand at stipendet er tilbakebetalt). Av de 25 med stipend og bindingsavtale som har returnert til Finnmarkssykehuset, har 19 hittil oppnådd den spesialistkompetansen de fikk stipend for.<sup>11</sup> To av dem var allerede spesialister da de fikk

<sup>10</sup> Tabellen er basert på opplysninger hentet fra oversikter fra desember 2005, desember 2008 og juni 2009, erfaringsrapport 2005-9, årsrapporter (årene 2011-13), og suppleringer fra nåværende og to tidligere prosjektledere.

<sup>11</sup> <https://hpr.sak.no/hpr/> og <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Spesialistutdanning/Godkjente-spesialister/psykiatri/>

stipendet. Det er dermed fire som har gjennomført gruppe 1-tjeneste med stipend, som enda ikke har oppnådd spesialistkompetanse.

Pr september 2014 var 23 av de 26 som har fullført stipendet fortsatt tilsatt i Finnmarkssykehuset. De fleste av disse jobbet som overleger i faste, hele stillinger (13 av 23), seks jobbet i faste, deltidsstillinger som overleger (4 i 50 prosent stilling eller mer), mens fire fortsatt jobbet som LiS, alle i fulle stillinger.

#### ***Skreddersydde løsninger (lønn under gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering)***

Årsrapportene inneholder ingen fullstendig oversikt over hvor mange som er tildelt tiltak som innebærer skreddersydde løsninger med lønn fra Finnmarkssykehuset under gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering ved større sykehus. Dette dreier seg om minimum seks tilfeller (fire innvilget i 2007, ett innvilget i 2012 og ett i 2014).

#### **4.1.2 Hospitering og rekrutteringsstillinger**

I alt 55 tiltak gjelder ulike former for rekrutteringsstillinger og hospitering (se Tabell 4). De fleste (32) som har vært i rekrutteringsstilling er leger som ventet på en LiS-stilling. Pr september 2014 var 15 fortsatt ansatt i Finnmarkssykehuset, 14 av dem som LiS og en som overlege.

Ni leger som har ventet på turnusstilling, har også vært i rekrutteringsstilling, før dette virkemidlet ble avsluttet i 2012. Pr september 2014 var tre av disse i LiS-stilling ved Finnmarkssykehuset.

Til sammen 14 overleger har hospitert/hatt rekrutteringsstilling. De fleste (minst åtte) var Finnmarkssykehusets ansatte som har hospitert ved et større sykehus, og minst fire var potensielt nye overleger som har vært på gjensidig utprøving ved Finnmarkssykehuset (rekrutteringsstilling). Av de 14, var ni fortsatt ansatt som overleger i Finnmarkssykehuset pr september 2014.

#### **4.1.3 Forskning**

Til sammen fem personer har mottatt forskningsstøtte i løpet av perioden 2005-2009. Blant disse har fire finansiert en periode med 20 prosent stilling til forskning, de øvrige tiltakene har dekket driftskostnader til forskning og forskningskurs. Ett av forskningstiltakene er tildelt en LiS. Fire av de fem med forskningstiltak, har senere disputert for PhD-graden.

Pr september 2014 var tre av de som har fått støtte til forskning fortsatt ansatt i Finnmarkssykehuset. En har sluttet, mens den siste var i gruppe 1-tjeneste ved UNN.

#### **4.1.4 Annet**

Denne kategorien består av dekning av tre kursutgifter/kompetansetiltak, to rekrutteringskostnader, fire tilfeller med utbetaling av grunnlønn, og et tiltak som ikke er nærmere definert. I noen av tiltakene fremgår det ikke hvilken person tiltaket er rettet mot.

I to tilfeller er ekstra stillinger på en avdeling (medisinsk avdeling i Hammerfest 2013 og 2014, kirurgisk avdeling i Kirkenes 2013) finansiert med begrunnelsen å motvirke at LiS og overleger skal slutte ved avdelingen grunnet stor arbeidsbyrde. Det ikke klart hvor mange månedsverk dette dreier seg om til sammen; i følge årsrapport 2013 gjelder dette 2 hele stillinger i 2013. Her finner vi altså et nytt virkemiddel som er laget i regi av prosjektet, rettet mot fast ansatte i form av ekstra LiS-stillinger for å fordele det ordinære arbeidet i avdelingen på flere leger. Etter evaluering av erfaringene, har avdelingene selv opprettet nye faste LIS-stillinger over eget budsjett. Det er også i regi av prosjektet opprettet en ekstra stilling ved kirurgisk avdeling Hammerfest 2014-2015 for at en lege skulle fullføre sin spesialisering. I ett tilfelle er det gitt grunnlønn for grenspesialisering ved gruppe 1 sykehus (2014).

#### 4.1.5 Kombinasjoner av tiltak

I alt sju personer har hatt rekrutteringsstilling først (seks i påvente av LiS-stilling ved Finnmarkssykehuset, og en i påvente av turnusstilling), og senere fått stipend for gruppe 1 spesialisering. I tillegg har en person hatt kombinasjonen «rekrutteringsstilling» ved UNN i form av ekstra LiS-stilling betalt av Finnmarkssykehuset, og samtidig stipend.

Av de fem personene som har fått støtte til forskning, er det to som i tillegg har fått stipend for gjennomføring av gruppe 1-tjeneste. To personer har fått stipend i to omganger. Den ene for gruppe 1-tjeneste og grenspesialisering, den andre etter å ha byttet spesialisering. Den første av disse har i tillegg fått støtte til hospitering.

Det er en mild tendens til opphopning av tiltak/støtte til noen få enkeltpersoner. Men her er det veldig små tall som man skal være svært forsiktig med å konkludere bastant om.

#### 4.2 Egne krefter?

I følge prosjektinterne registreringer er det innvilget tiltak i form av et eller flere virkemiddel til totalt 92 personer. De prosjektinterne registreringene gir opplysninger om disse personenes tilknytning til Finnmark, men det er knyttet usikkerhet til kvaliteten på disse registreringene. Med tilknytning til Finnmark menes at personen selv eller ektefelle/partner er fra Finnmark, eller at personen har vært bosatt over lang tid i Finnmark før de fikk tildelt støtte (les: stipend) fra prosjektet. Blant de 92 er det 39 (42 prosent) som er registrert med denne typen tilknytning til Finnmark. Det vil si at flertallet blant de som er innvilget tiltak i prosjektet ikke er registrert med tilknytning til Finnmark.

Tabell 6 viser at det er forskjeller mht. Finnmarkstilknytning mellom de ulike virkemidlene. De med tilknytning til Finnmark dominerer blant de som er tildelt stipend for gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering og blant de som er tildelt støtte til forskning. De er i mindretall blant de som har vært i ulike typer rekrutteringsstillinger eller på hospitering.

Samlet sett var det 51 (55 prosent) av de 92 som er innvilget et tiltak i prosjektet, som pr september 2014 jobbet i Finnmarkssykehuset. Av disse var det 27 (53 prosent) som var registrert med tilknytning til Finnmark. Blant de 22 som har fullført stipend for gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering, og som fortsatt var i jobb ved Finnmarkssykehuset pr september 2014, var 18 (82 prosent) registrert med tilknytning til Finnmark. Blant de 26 som er innvilget rekrutteringsstilling eller hospitering, og som fortsatt jobber i Finnmarkssykehuset, var 6 (23 prosent) registrert med tilknytning til Finnmark. Alle de tre som fortsatt var i jobb ved Finnmarkssykehuset og som hadde fått støtte til forskning, var registrert med tilknytning til Finnmark.

Det er viktig å huske på at det ligger et stort potensiale for å øke andelen «egne krefter» i Finnmarkssykehuset blant de som i dag har stipend for å gjennomføre gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering ved et større sykehus. Det er i alt 41 personer som hittil har fått stipend. Av disse har 26 personer fullført. Det er med andre ord i dag 15 leger som holder på med gruppe 1-tjeneste ved et større sykehus. Disse vil etter hvert komme tilbake til Finnmarkssykehuset, forhåpentligvis for å jobbe der lenger enn den toårige bindingstida som er den avtalte motytelsen for stipendet. Blant de 15 personene dette dreier seg om, er det 11 (73 prosent) som er registrert med tilknytning til Finnmark.

Resultatene fra legerekutteringsprosjektet, fordelt på virkemidler og personer, kan oppsummeres i følgende tabell:

**Tabell 6: Oppsummerte resultater fordelt på virkemidler.<sup>12</sup>**

Personer	Stipend (2 års binding)	Rekrutteringsstilling (turnuslege)	Rekrutteringsstilling (LiS)	Rekrutteringsstilling eller hospitering (overlege)	Forskning (overlege)
<b>Antall med innvilget tiltak</b>	41	9	32	14	5
<b>Antall fullført<sup>13</sup></b>	26				
<b>Antall som har sluttet ved Finnmarkssykehuset</b>	3 <sup>1</sup>	6	16	6	1
<b>Antall som i dag<sup>14</sup> er tilsatt i full stilling ved Finnmarkssykehuset</b>	17 <sup>1</sup>	3	14	5	3 <sup>2</sup>
<b>Antall som i dag<sup>14</sup> er tilsatt i deltidsstilling ved Finnmarkssykehuset</b>	6 <sup>1</sup>	0	1	3	1
<b>Andel tiltaksmottakere som i dag<sup>14</sup> er tilsatt i full stilling ved Finnmarkssykehuset</b>	0,65 <sup>1</sup>	0,33	0,44	0,36	0,40
<b>Antall (andel) med tilknytning til Finnmark</b>	31 (0,76)	4 (0,44)	9 (0,28)	3 (0,21)	4 (0,80)

<sup>1</sup> Antallet og andel er beregnet med utgangspunkt i de 26 personene som har fullført stipend for gruppe 1-tjeneste. Det vil si at 15 personer som har fått innvilget stipend, fortsatt er i gruppe 1-tjeneste ved større sykehus.

<sup>2</sup> En av disse personene jobbet ikke ved Finnmarkssykehuset pr september 2014, men var i gruppe 1-tjeneste ved UNN med bindingstid til Finnmarkssykehuset i etterkant.

### 4.3 Hvordan legene nyttiggjør seg virkemidlene: idealtyper

I dette avsnittet skisseres idealtyper (se kap. 2.1), som skal utdype og nyansere hvordan legene på ulikt vis nyttiggjør seg, eller gis mulighet til å nyttiggjøre seg, virkemidlene i legererekrutteringsprosjektet. Formålet har vært å lage beskrivelser som kan gjelde for flere leger ved Finnmarkssykehuset enn de som er intervjuet. Vi har med dette understreket og forenklet legenes ulike måter å forholde seg til karrierevalg, inkludert hvordan legererekrutteringsprosjektet treffer dennes behov. I alt fem idealtyper er beskrevet. Vi har hatt utfordringer med å få tak i alle de legene som vi hadde ønsket å snakke med, og dette gjelder spesielt overleger. På grunn av dette, kan det tenkes at vi har gått glipp av enkelte av idealtypene i Finnmarkssykehuset.

Fra teorier om karrierevalg vet vi at det er mange ulike aspekter som spiller inn i prosessen rundt valg av arbeidssted og valg av spesialisering, og vi forsøker derfor å beskrive idealtyper basert på flere ulike aspekter; personers oppvekstbakgrunn, omgivelsenes krav og muligheter og endringer av disse, samt positiv feedback og andre læringserfaringer.

#### **Type 1: Den utvalgte/den som ble sett**

Den utvalgte/den som ble sett, er den relativt nyutdannede legen (fra Finnmark eller andre steder) som preges av usikkerhet omkring valg av spesialisering og arbeidssted i fremtiden. Legen har ikke nødvendigvis den rette Finnmarksbakgrunnen, men det er den positive feedbacken fra Finnmarkssykehuset i noen grad på grunn av befattning med prosjektet, som er avgjørende for valget om å satse på Finnmark fremover. Anerkjennelse og det å bli sett, er for denne legen fundamentalt for valg av karriere.



<sup>12</sup> Kategorien «Annet» er ikke inkludert her.

<sup>13</sup> Dokumentene i prosjektet gir ingen systematisk oversikt over fullførte tiltak, så tallet er beheftet med usikkerhet.

<sup>14</sup> Pr. september 2014.



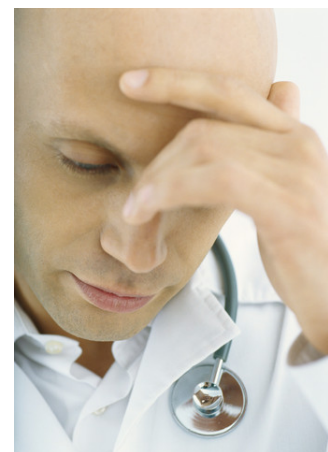
### **Type 2: Den fagmiljøavhengige**

Den fagmiljøavhengige legen er en LIS med tilknytning til Finnmark, som kvier seg for binding til et fagmiljø i fremtidens lokalsykehus i Finnmark som han/hun er usikker på. For denne legen er det viktigst av alt å vite at stedet man skal arbeide på har, og fortsatt vil ha, et levedyktig fagmiljø også i fremtiden. Legen er derfor ikke interessert i å la seg «kjøpe» av goder som krever bindingstid til et arbeidssted hvor fagmiljøets levedyktighet er beheftet med usikkerhet. Det nytter ikke å friste med legerekutteringsprosjektets goder; det er legens oppfatninger om fagmiljøet som er avgjørende for valg av arbeidssted.



### **Type 3: Den ideelle men noe frustrerte overlegen**

Den ideelle men noe frustrerte overlegen, er overlegen med Finnmarksbakgrunn som har nyttiggjort seg virkemidler i legerekutteringsprosjektet. Prosjektet gjorde det praktisk mulig, alternativt mer økonomisk fordelaktig, å fullføre spesialiseringen på større sykehus. Siden legen ønsket å arbeide i Finnmark var det greit å samtidig ha en bindingstid til Finnmarkssykehuset. Overlegen er i dag i arbeid ved Finnmarkssykehuset og er gjerne en av få bofaste spesialister ved sin avdeling – som sitter igjen som ansvarlig når vikarene og de ambulerende spesialistene har reist. Fremtiden i Finnmarkssykehuset ses imidlertid på som noe usikker, da arbeidet skaper frustrasjoner enten hva angår arbeidsmengde, mangel på kollegaer/fagmiljø, kollegaers «gullkantede» ambuleringsavtaler, eller det man oppfatter som sendrektighet eller negative holdninger fra administrasjonens side.



### **Type 4: Opportunisten med potensiale**

Legen som kan betegnes som opportunisten med potensiale, nyttiggjør seg godene som Finnmarkssykehuset, Legerekutteringsprosjektet og Tiltakssonen byr på. Dette gjør at de opparbeider en tilknytning til Finnmark som gjør at de slår rot og blir boende – i hvert fall for en periode.



### **Type 5: Søringen som insisterer på å bli**

Dette er legen sørfra, som er Finnmarkspatriot og ser seg selv som en fremtidig bofast innbygger. Legen opplever imidlertid å i utgangspunktet ikke ha den rette bakgrunnen til å bli tilbudt godene i legerekutteringsprosjektet, selv om han/hun selv anser seg som en del av målgruppen. Over noen år jobber legen seg imidlertid tålmodig inn i målgruppen.





## 4.4 Råd fra informantene: hva er viktig i rekrutterings- og stabiliseringsarbeid

Dette avsnittet er basert på en systematisk rapportering fra de kvalitative intervjuene. Først rapporteres informantenes oppfatninger av hvordan Finnmarkssykehuset arbeider med rekruttering og stabilisering. Siste del av avsnittet beskriver informantenes råd om innretting av og innhold i tiltak. Vi understreker at informantene ikke utgjør et representativt utvalg av ansatte i Finnmarkssykehuset.

### 4.4.1 Bekymringer og usikkerhet for fremtidens sykehus

Utgangspunktet for rådene som gis fra informantene, er en oppfatning av dagens virkelighet hvor flere av informantene (både leger og administrative ledere) peker på at de savner en avklaring av hvilken faglig grunnmur lokalsykehusene skal bygges på, og man savner en felles forståelse av hva Finnmarkssykehuset skal holde på med (også benevnt som en styringsplattform). Dette kan knyttes til at det nasjonalt foregår en debatt om hvilke funksjoner de ulike sykehusene skal ha. En leder stiller spørsmål ved om det er lurt å bruke «hundredevis av tusen» på en legespesialisering i noe som UNN faktisk skal gjøre, for Nord-Norge og Finnmark, og at det er en diskusjon om dette nå i disse dager. Det stilles spørsmål ved om man har gjort en god nok behovsanalyse av hva Finnmarkssykehuset faktisk har behov for av spesialistkompetanse fremover i tid. En slik analyse ville gitt føringer for hvilke funksjoner og ansatte det vil være behov for. En administrativ leder peker på at en slik prosess bør være fagdrevet.

Den manglende avklaringen om hva Finnmarkssykehuset skal holde på med i fremtiden knyttet til en bekymring for jobb i fremtiden. Denne bekymringen spiller inn på ulike måter. En lege etterlyser at ledelsen forteller de ansatte hva som er visjonen; hva sykehuset skal drive på med i fremtiden:

*«At det å være en del av et større fagmiljø det er et savn, og hele tiden ha negativ mediaoppmerksomhet mot seg og hele tiden få prosesser mot seg der hvor man lur på om fins det her sykehuset om fem år. Fins min avdeling om fem år? Kommer aktiviteten til å opprettholdes? Det begynner jeg å bli lei av. All, all den negative støyen, det er jo populært å kalle alt sånt for støy, hvert fall i vår avdeling så kaller man sånt for støy. Jeg kaller det ikke for det, jeg synes det er mye mer alvorlig enn støy. Det er faktisk være eller ikke være for oss som jobber i avdelingen. Og der synes jeg ikke ledelsen tar det nok på alvor»*

Sitatet illustrerer viktigheten av at ledelsen arbeider for å trygge ansatte med hensyn til sikkerhet for egen jobb. Det pekes på at mens man snakker om rekruttering, så skjærer man samtidig ned avdelinger og kutter sengeplasser. Dette oppfattes som et selvmotsigende signal, som avler usikkerhet med hensyn til fremtidige funksjoner. For en annen av våre informanter, har denne usikkerheten omkring framtidige funksjoner ført til at legen har valgt en annen arbeidsgiver.

### 4.4.2 LiS og overleger vurderer arbeidet med rekruttering og stabilisering ulikt

Legene fikk spørsmål om å karakterisere måten det arbeides på med rekruttering og stabilisering ved Finnmarkssykehuset, og hvorvidt det i dag er et godt «rekrutteringsklima» i deres avdeling.

En LiS gir honnør til avdelingen som legen er knyttet til, for at det arbeides godt med å hanke inn tidligere turnusleger som LiS. En annen LiS sier at det ikke er noen etablert praksis at avdelingen oppsøker gode turnusleger aktivt, men at det gjerne blir kommentert til turnusleger som er godt likt, at man håper at de søker stilling der etterpå. En overlege peker på at rekrutteringsklimaet i avdelingen er godt, og at det er en kø av potensielle LiS som ønsker å arbeide der. En annen peker også på godt rekrutteringsklima ved avdelingen og fleksibilitet til å kunne få permisjon til å forske. En annen positiv kommentar til spørsmålet om hvordan det arbeides ved Finnmarkssykehuset generelt med hensyn til rekruttering og stabilisering, er at det gjøres en grei innsats for rekruttering.

For øvrig virker det som om dette spørsmålet trigger overlegene. En overlege er tydelig provosert, og uttaler at:

*«...det jobbes ikke i det hele tatt med det på systemnivå. Tvert imot så har de motsatt fokus. De fratrar oss arbeidsbetingelser. Det er antirekruttering; med fokus på økonomi. Det er viktig at vi som nå er her fast blir behandlet ordentlig.»*

En annen overlege peker på at det som oppfattes å være politikken, er det motsatte av å stole på egne krefter; at Finnmarkssykehuset inngår ambulerende spesialistavtaler som oppfattes som for lukrative ordninger. Det henvises til at ambulerende spesialister får høyere lønn, dekning av reise og opphold, gratis bolig og at man får ha hjemmekontor når man ikke er i klinikken. I et eksempel får en overlegekollega med 100 prosent stilling mulighet for å ha 50 prosent hjemmekontor, 25 prosent tid til forskning og arbeid med tilstedeværelse i klinikken bare hver fjerde uke. Reise til og fra arbeidsstedet kan foregå i arbeidstiden, slik at tilstedeværelsen i klinikken kun er tirsdag til torsdag hver fjerde uke. En kommentar er at slike avtaler burde være foreldet:

*«En gang i tiden så var det en nødvendighet å ha det sånn, men nå burde man virkelig ha gått inn og så sett på det her, og så sagt at, nei nå skal vi vise det er de fastboende man satser på.»*

Overlegen oppfatter signaleffekten av disse avtalene som demoraliserende og destabiliserende for de bofaste, fast ansatte. Det er flere informanter blant de fastboende legene og ledelsen som gir uttrykk for stor frustrasjon over ambulerende spesialistavtaler. Flere av overlegene peker på konsekvensene for de bofaste overlegene av at overlegekollegaer enten ambulerer eller er vikarer. Det er de få bofaste overlegene som må stille opp når flyet med den ambulerende spesialisten eller vikaren ikke lander, eller når noen av dem blir syke. Dette tærer på de bofaste overlegene og virker negativt med tanke på stabilisering.

Videre er det to informanter som peker på standarden på boliger som tilbys nyansatte i Hammerfest; at denne standarden er langt under normalen, og at dette virker destabiliserende på leger som kommer flyttende til Hammerfest.

En overlege peker på at de på dennes avdeling ikke har et rekrutteringsproblem, men et ledelsesproblem og trekker inn den høye arbeidsbelastningen som fører til at folk blir overarbeidet. Også andre informanter trekker inn dette; og viser til eksempler på at leger blir syke av arbeidsbelastningen.

Tre LiS peker på at det er mange vikarer blant overlegene å forholde seg til. Den ene synes dette er greit siden det er de samme vikarene som har vært der mange ganger. De to øvrige synes det er slitsomt å forholde seg til dette, fordi vikarene ikke vet hva som foregår i avdelingen selv om det er de samme vikarene som har vært der mange ganger.

Et moment det pekes på, er at det er utfordrende å jobbe ved en avdeling hvor det er store kulturforskjeller blant ansatte med opprinnelse fra ulike land.

#### **4.4.3 Vil man nå målet med full dekning av legespesialister innen 2020?**

Oppsummert heller de administrative lederne til at man er på god vei til å nå full dekning av legespesialister, men ingen svarer ubetinget ja på spørsmålet om man vil nå dette målet innen 2020. Forbeholdene de har er enten at man er nærmere å klare det innen de store fagene, men ikke de små, eller at «pensjonistslusen» snart åpnes, og dermed trenges flere spesialister. Utvikling i funksjonsfordeling og arbeidstidsordninger nasjonalt trekkes også inn. De administrative lederne ser på legerekutteringsprosjektet som nyttig. Det ses på som nyttig i forhold til å få retning på hvem man ønsker å rekruttere og på hvilken måte. De ser at LiS som har nytt godt av virkemidlene i prosjektet blir spesialister og kommer tilbake, og at det gir stabilitet i klinikken:

*«Det er jo ikke sånn at de er bindingstiden sin og så drar de... stipendmidlene mens de er ute og kanskje har dobbel bolig er viktig... Så jeg tror at, med det resultatet vi har, ... så tror jeg at det er en god ordning.»*

Blant de åtte av legene som svarer ja eller nei på spørsmålet om man vil nå målet med full dekning av legespesialister innen 2020, er det sju som ikke tror at man vil nå dette målet. Dette begrunnes for eksempel med at strategien i prosjektet må forankres i avdelingene og ikke bare i administrasjonen, at det skal mye til for at folk vil flytte såpass perifert, eller at legerekutteringsprosjektet har liten innflytelse på forholdene som virkelig betyr noe, som er ivaretagelse av ansatte og fagmiljø.

Videre er det fem leger som mener at legerekutteringsprosjektets virkemidler bidrar, i hvert fall for dem selv, at det er gode tiltak, eller at det er effektivt å satse på lokale krefter, men de svarer altså ikke på spørsmålet om full dekning innen 2020. Det kommenteres også at legerekutteringsprosjektet kanskje har større betydning for somatikken enn for psykiatrien, og noen viser til at psykiatrien har egne utdanningsprogrammer i Nord-Norge, selv om disse ikke omfatter stipend.

Legen som tror at man vil få full legedekning innen 2020, mener at dette vil skje fordi det blir overflod av leger, uavhengig av legerekutteringsprosjektet. Legene presses ut i distrikter på grunn av mangel på stillinger i mer sentrale strøk.

#### **4.4.4 Råd om forhold som fremmer og hemmer rekruttering og stabilisering**

Videre gjengis de råd og anbefalinger som informantene har kommet med for hvordan man bør arbeide med rekruttering og stabilisering i Finnmarkssykehuset med deres egne ord. Dette gjelder råd om prosjektets virkemidler, råd om hvordan Finnmarkssykehuset bør forholde seg til de nyutdannede, råd om arbeidsforholdene og fagmiljøet, samt en rekke andre råd om rekruttering og stabilisering. Råd og synspunkter på Finnmarksavtalen er også tatt med. Til slutt gjengis råd om organisering av arbeidet i legerekutteringsprosjektet.

#### **4.4.5 Råd om prosjektets virkemidler**

De fleste av disse rådene handler om å vende tilbake til det man oppfatter som det mest sentrale virkemiddelet i prosjektet, som er stipend under gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering.

- Hvis man hadde blitt leid i hånden til et rekrutteringsprosjekt; at man føler seg verdsatt og får litt selvtilit på den måten og da er det lettere å takke ja.
- Kanskje skal man benytte sånne rekrutteringsmidler først senere i det her spesialisingsløpet. For eksempel hvis det var virkelige nødvendig med en sånn mellomfinansiering hvor man plutselig måtte ha to bosteder eller noe i den duren, under gruppe 1-tjeneste.
- Jeg skulle bare ønske at bindingstiden (etter stipend) var lenger.
- Vi må tilbake til fundamentet. Vi er nødt å rekruttere våre egne leger til spesialisering for å få dem tilbake igjen.
- Målgruppene turnusleger og medisinstudenter er tatt ut av strategien: det er greit. For vi må jo satse på de som er kommet et hakk videre og vi har jo søkere til de LIS legestillingene, og da må vi kanskje konsentrere oss om det. Vi kan ikke gjøre alt.
- Er litt mer sånn usikker på stillingene som Finnmarkssykehuset gjennom rekrutteringsprosjektet betaler i sin helhet, både innen anestesi og innen kirurgi.

#### **4.4.6 Satse på finnmarkinger - eller ikke?**

De fleste rådene handler om å satse på lokale krefter, men dette utelukker ikke de som er fra andre steder og har fått lokal tilhørighet ved at de har bodd en periode i Finnmark.

- Satse på lokale krefter. Det tror jeg er veldig effektivt og kanskje nødvendig for å få på sikt en stabil legemasse på sykehuset.
- Støvsuge markedet for folk som er interessert og kommer fra området, og som enten er blitt spesialister eller i ferd med å bli det, som kanskje kunne tenke seg å flytte nordover.
- Ikke se seg blind på Finnmarksbakgrunn. Det faglige er kanskje det aller viktigste.
- SANKS har gjort mye mer enn prosjektet; legene der kontakter fast alle samiske medisinstudenter: ringer til dem, inviterer dem inn.
- Har veldig tro på å satse på folk med lokal tilhørighet. Det er jo de som har lyst til å være her og oftest de som har røtter her, det er jo de man skal satse på. Så om da man er født utenfra et sted så får

ikke det hjelpe hvis man har jobbet her over en del år og tar en sånn pakke og kommer tilbake igjen, så er man definitivt en del av målgruppen.

#### 4.4.7 Tilnærming til turnuslegene

Flere nevner at man savner en mer aktiv tilnærming til turnuslegene fra Finnmarkssykehusets side, som ikke nødvendigvis innebærer at legererutteringsprosjektet skal stå for dette.

- Satse tidligere; på turnuslegene.
- Når man ser noen har kanskje et anlegg og som har en interesse, så er det vel lov å starte en dialog. Og det tror jeg må være den beste rekrutteringsarenaen.
- Om en eller annen kunne spørre hva du har tenkt deg fremover i livet. At vi vil jo gjerne ha deg her, at kanskje vi skal prøve å se litt på det. Det handler mye om å bli sett. Og så er det liksom ingen som er der og ønsker deg velkommen eller sier at ikke, ikke fær.

#### 4.4.8 Arbeidsforholdene

Mange setter fokus på arbeidsforholdene. Både ledere og ansatte peker på at for å få til rekruttering og stabilisering, så handler det mye om hvordan arbeidsforholdene er, og hvor godt fagmiljøet er. Det pekes på som viktig å sørge for at de som er her har gode arbeidsforhold og at fagmiljøet er godt, med stabile og kjente rammer.

- Fokus på arbeidsforholdene, at det ikke blir for stor belastning på den enkelte: få inn flere folk, god planlegging, organisering, riktig bruk av de legeressursene; konkret handler dette om mangel på merkantilt personell som har ført til oppgaveforskyvning (gjelder hele landet).
- Skape trivsel blant de som allerede er her. Det må jo ikke bli sånn at alle de som har vært her og sett avdelingen de vil for alt i verden ikke være her. For når turnuslegene kommer hit nå og hører på at ass legene nesten sitter og så gråter i kantinen ikke sant, og alt de ikke får gjort fordi de må jobbe så mye og de er slitne og alt sånn. Så det er klart at det hjelper ikke på rekrutteringen i det hele tatt.
- Mener det er viktig å ta vare på de eldre overlegene. De er veldig flinke. Flere gir veldig god veiledning. Det er viktig for helseforetaket at de orker å stå på. Det bør gjøres noe med vaktbelastningen.
- Det er viktig å passe på at overlegene ikke sliter seg ut, at man i mangel på faste folk har solide, gode vikarer: alle kan gjøre skippertak over en kort periode, men man kan ikke gjøre skippertak i år inn og år ut. Jeg har inntrykk av at en del leger sliter seg ut i dag. Det må jo til dels finne sine løsninger innenfor avdeling og klinikkstrukturen. Det er jo de som skal ordne med det.
- Sørge for stabile arbeidsforhold; Det vil lekke folk så lenge man truer med å legge ned.

#### 4.4.9 Fagmiljøet og forholdet til UNN

Flere av lederne stiller spørsmål ved om det er riktig at Finnmarkssykehuset skal betale for stillinger på UNN, og at det er viktig at dette er diskutert prinsipielt. De synes ikke det er rett at Finnmarkssykehuset subsidierer LiS-stillinger ved UNN. Det vises til UNN sin strategiplan, hvor det slås fast at de har et ansvar for å være Finnmarkssykehusets universitetssykehus (regionsykehus), som har et utdanningsansvar for lokalsykehusene.

- Tenke fagmiljø: ikke bare en, men to overleger for å stabilisere.
- Det pekes på viktigheten av å ha en at basis med et bredt nok arbeid; at ikke UNN «sluker» alle de spennende arbeidsoppgavene, og at bygging av faglig basis foregår parallelt med at rekrutteringsprosjektet bidrar til å få tak i de rette fagfolkene for å få dette til.
- Skape gode fagmiljøer; muligheter for faglig utvikling, faglig oppdatering, å bygge opp en kultur.
- Veiledningstilbud til nye overleger som jobber alene.
- Rekruttering av overlegevikarer som kan bidra til å heve fagmiljøet,
- Spesialister bør få gå på lederprogram.
- Ordninger der du får litt mer overlegepermisjon i Finnmark enn resten av landet, men, at man kanskje hadde ordninger der du hospiterer litt oftere andre steder. Og spesielt i det kirurgiske faget.
- Det bør legges til rette for utveksling til annet fagmiljø.
- Vi er så små at vi trenger et større fagmiljø (hospitering på UNN). Spesielt de som er alene spesialister har behov for å være en del av et større fagmiljø.

- Man kunne jo diskutert om man kunne ha gjort andre ting for å få det til, ikke sant, at for eksempel Universitetssykehuset hadde 20 % stillinger som de lønnet, og så ble våre leger brukt i slike 20 % stillinger. Da hadde jo ikke kostnadene vært så store for Finnmark.
- Har tro på bistilling ved UNN for overleger ved lokalsykehusene. Dette fremfor hospitering. Da blir man litt sånn passivisert, er egentlig sløsing av tid og penger for å være helt ærlig... nei du må være en del av teamet, du må være en del av kollegiet, du må dra lasset med dem, de må vite at du er ressurs for dem.
- Har tro på hospiteringsstillingene. Spiser man matpakka i lag, så knytter man noen bånd. Og da jobber man sammen en uke hver femte uke, så knytter man bånd, og det er bånd som går på å rekruttere, på pasientbehandling, på faglig samarbeid, og på forskning. Veldig viktig.

#### 4.4.10 Andre rekrutteringsråd

Informantene nevner et bredt spekter av andre råd for rekruttering, som innebærer både arbeidsrelaterte forhold som tempoet i utarbeidelse av tilbud og arbeidsavtaler og infrastruktur som bolig, barnevakt og barnehage.

- Som organisasjon kunne Finnmarkssykehuset være litt raskere mht å gi tilbud og arbeidsavtaler.
- Finnmarksavtale for LiS som gir bindingstid.
- Barnevaktordning.
- Boliger i Hammerfest.
- Samarbeid med kommunen, og litt bedre løsninger på tomter og barnehage, et opplegg der som passer med oppmøtetider på sykehus.
- Fronte fellesskapet og naturen.

#### 4.4.11 Andre stabiliseringsråd

Andre stabiliseringsråd handler om utstyr, forskningsmuligheter, flere (besatte) stillinger, kulturen på arbeidsplassen og synliggjøring av satsingen på egne krefter.

- Det er viktig med mye godt utstyr.
- Flytte hele familien til Finnmark; det er stabiliserende.
- Temadager, sosiale tiltak (noen å gå på jakt med).
- Beholde forskningspotten; forskning er jo selvfølgelig, det å gi folk muligheten til faglig fordypning og ikke faglig isolasjon.
- Kunne brukt pengene på andre ting; få mere legestillinger. Den største jobben starter når LiSene er ferdig: holde de der, holde de faglig oppdatert.
- Finnmarkssykehuset må bli flinkere til å vise at det er de fastboende legene som blir prioritert.
- Ikke la stillinger stå ledige (i hvert fall tidligere var det en sparestrategi)
- Endre litt på kulturen; på forholdet mellom fagmiljø og ledelse. Legene føler at vi blir veldig lite sett.
- Endre P-ordningen i Hammerfest, som gjør det praktisk lettere å organisere hverdagen.

#### 4.4.12 Finnmarksavtalen

Informantene fikk spørsmål om synspunkter og råd som konkret gjelder Finnmarksavtalen<sup>15</sup>. Blant de 13 legene som svarte på dette spørsmålet, er det flere som uttrykker usikkerhet med hensyn til hvilke regler som gjelder og hvem som bør få tilbud om Finnmarksavtale. De fleste som svarte er i utgangspunktet positive til avtalen, men det påpekes at den er uthulet og at avtalen, slik som den er i dag, ikke virker rekrutterende eller stabiliserende på overlegesiden:

*«Den er veldig viktig, den overlegeavtalen har jo vært bra. Men de prøver stadig å plukke flere ting vekk fra den. Det er de bofaste som må stå for veldig mye av kontinuiteten og det som skal skje her. Så har man plukket en av to uker ekstra ferie eller tjenestefri med lønn. Og på hver forhandling prøver de å ta bort noe derifra. Det føles merkelig sett fra mitt*

<sup>15</sup> Finnmarksavtalen er en individuell avtale mellom Finnmarkssykehuset og en rekke overleger. Hovedregelen er at overlegen skal ha 100 prosent fast stilling, og avtalen kan tilbys 12 mnd etter tiltredelse. Avtalen omfatter 4 mnd utdanningspermisjon etter 32 mnd tjeneste, en uke tjenestefri med lønn pr år, stabiliseringstillegg for hver avtaleperiode (36 mnd), og rett til 2 uker etter- og videreutdanning pr år med full lønn og dekning av utgifter.

*ståsted samtidig som man driver med rekruttering. For dette virker ikke verken rekrutterende eller stabiliserende på overlegesiden. Før tror jeg man kunne rekruttere overleger hit utenifra at man hadde bedre lønn, men det har man ikke lenger, du tjener vel så bra på UNN. Så det som man har stått igjen med er en litt bedre overlegeavtale, dette med fire måneder permisjon pluss den der lille ferieuka. Og det tror jeg er kjempeviktig at de holder på, for hvis ikke så har du ikke noe mere å skilte med, og du har en del andre ulemper med å være her som det altså skal litt til å oppveie.»*

Andre kommentarer fra overlegene er at dette virkemidlet er dyrt, men alternativet er vikar, eller at overlegene arbeider så mye og trenger pusterom. Det hevdes at Finnmarksavtalen er en av de viktigste grunnene til at man har fått spesialister til sykehusene.

En LiS peker på hvor bra det fungerer når en overlege kommer tilbake fra permisjon med nytt pågangsmot. En annen tror avtalen er et trekkplaster mest for leger som ikke er fra Finnmark. En tredje LiS fremhever hvor viktig det er med Finnmarksavtale for å holde på kompetansen og ansatte. En fjerde lege vil ha en bedre organisering av hvordan permisjonen skal være, og anbefaler å se til prestene som ansetter en som kan rullere så de faste kan ta ut permisjonene sine.

En overlege som ikke lenger arbeider i Finnmarkssykehuset, foreslår å heller bruke pengene i avtalen til sosiale tiltak fremfor å utbetale dette til den enkelte. En annen mener at stipendene under gruppe 1-tjeneste er mye viktigere for stabilisering enn hva Finnmarksavtalen er. En siste overlege tror på den ene siden at Finnmarksavtalen er bra for stabilisering, men selv har denne legen ikke hatt muligheter til å ta ut oppspart permisjon, på grunn av at det ikke er nok stillinger til å ivareta den kliniske jobben hvis legen går ut i permisjon.

#### **4.4.13 Råd om organisering**

Legerekutteringsprosjektet startet med Helse Nord som fødselshjelper, og det meste av finansieringen kom i årlige bevilgninger utenfra. Fra 2013 finansieres prosjektet over Finnmarkssykehusets eget budsjett. De administrative lederne oppfatter at dette nå er mere deres eget prosjekt – selv om det for så vidt har vært det hele tiden.

I starten av prosjektperioden lette prosjektlederen etter kandidater i hele organisasjonen. Ulempen da var at lederne var mindre involvert. Man rekrutterte uten at det var øremerkede lønnsmidler til legen videre. Det var heller ikke alltid avklart hvor legen skulle jobbe. Vi har i kapittel 3 beskrevet at man ønsket bedre forankring av prosjektet og derfor plasserte det under HR i 2010. Videre fikk klinikkjefene beslutningsmyndighet over tildelinger i legerekutteringsprosjektet, og klinikkene meldte inn aktuelle kandidater. Resultater fra intervjuene tyder på at prosjektet etter omleggingen er bedre forankret på ledersiden, men at variasjonen i prosjektets forankring er stor, både i målgruppen og i blant avdelingsledere. Et råd fra informanter er å engasjere resten av organisasjonen (bedre); dette inkluderer ledelsen på avdelingene.

Det andre punktet kan knyttes til spørsmålet om hvorfor legerekutteringsprosjektet enda er et prosjekt etter 10 års drift. I starten var det et krav fra departementet at dette skulle organiseres som et prosjekt, men de to siste årene er prosjektet finansiert helt og holdent gjennom Finnmarkssykehusets egne midler. Er det et prosjekt fordi man har hatt eksterne penger så lenge? Hvorfor er ikke legerekutteringsprosjektet innarbeidet i organisasjonen? Er det slik at man ikke har tatt opp til diskusjon hvordan arbeidet med legerekuttering i Finnmarkssykehuset skal drives? Det argumenteres for at det er lederne som skal legge løpet med de kandidatene de selv har valgt seg ut, og at dette gjøres i en dialog med prosjektet, hvor prosjektleder i dagens rolle virker som en fasilitator. Det reises spørsmål om hvorvidt det trengs en egen prosjektstilling for å arbeide med legerekuttering.

#### **4.5 Forskjeller mellom fagområder?**

I problemoppstillingen for evalueringen spørres det om i hvilken grad det er forskjeller i prosjektets rekrutterings- og stabiliseringseffekt mellom ulike fagområder/klinikker i Finnmarkssykehuset,

Videre om det er mulig å finne forklaringer på slike forskjeller som utgangspunkt for å vurdere mulige justeringer av tiltak.

Under arbeidet med evalueringen, har det blitt klart at de som har mottatt støtte, er relativt få og fordelt på mange avdelinger. Datamaterialet gir derfor i liten grad grunnlag til å svare på den oppsatte problemstillingen. Fra intervjuene framgår det imidlertid at informantene oppfatter at det er stor variasjon i hvordan det jobbes med rekruttering og stabilisering på avdelingene ved de to somatiske sykehusene. En klinikkleder forklarer dette med at selv om man i utgangspunktet jobber likt mot de forskjellige avdelingene, er det vanskeligere å nå gjennom på enkelte avdelinger. Det pekes på forklaringsfaktorer som arbeidsmiljø, vaktssystem og alder på avdelingenes overleger; en avdeling med mange vikarer, intern uro, eller det som oppfattes som et noe «satt» miljø, virker ikke tiltrekkende på unge leger i spesialisering.

Vi registrerer også en oppfatning fra ansatte i PHR (Klinikk psykisk helsevern og rusomsorg) at de først opplevde at prosjektet bare foregikk innenfor somatikken. De syntes at de satt langt unna og de mente at de fikk for lite og for sjelden informasjon om prosjektet. Resultatene viser imidlertid at PHR har benyttet seg av prosjektets virkemidler i samme grad som de øvrige klinikkene (se kap. 4.1.1). Men pågående stipend for gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering er noe lavere i PHR, enn i Klinikk Hammerfest og Klinikk Kirkenes.

Generelt har stipend for gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering i stor grad gått til kandidater fra de største fagområdene i Finnmarkssykehuset.

#### **4.6 Oppsummering av gjennomføring og resultater**

I alt 114 ulike tiltak som innebærer økonomisk støtte og er rettet mot i alt 92 enkeltpersoner, er satt i gang i perioden 2005-2014. Av disse er det 43 stipend for gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering, 55 rekrutteringsstillinger/hospitering, seks forskningstiltak og 10 tiltak som er kategorisert i «Annet».

Et sentralt virkemiddel har vært stipend for å dekke merutgifter knyttet til gruppe 1-tjeneste eller grenspesialisering (ekstrakostnader ved blant annet to husholdninger, hjemreise eller andre merkostnader ved å opprettholde tilknytningen til både Finnmark og det andre tjenestestedet). I alt 26 personer har fullført gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering med stipend i perioden 2005-2014, mens 15 leger holder på med gruppe 1-tjeneste.

I alt 55 tiltak i form av rekrutteringsstillinger og hospitering er igangsatt. De fleste (32 tiltak) er leger som har gått i «ventestilling» i påvente av en ledig LiS-stilling. Ni turnusleger har også vært i rekrutteringsstilling. Tre av disse har fått en LiS-stilling i etterkant. Til sammen 14 overleger har hospitert/vært i rekrutteringsstilling.

Det er en mild tendens til opphopning av tiltak til noen få enkeltpersoner. Av de fem som har fått forskningsstøtte, er det to som også har fått stipend. To personer har fått stipend i to omganger. Sju personer har hatt rekrutteringsstilling først, og senere stipend.

Stipendet har i noen tilfelle vært skreddersydd. Dette omfatter et ukjent antall (minst seks) tilfeller hvor Finnmarkssykehuset også har betalt lønn under gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering ved større sykehus (UNN). Dette innebærer en betydelig ressursbruk for hver kandidat.

Hvis man sammenligner de fire hovedtypene av virkemidler, så er det stipendmottakerne og de som har fått støtte til forskning som i størst grad fortsatt er ansatt ved Finnmarkssykehuset. Til sammen har fem personer (fordelt på seks tiltak) fått støtte til forskning. Pr september 2014 var fire av de fem som har fått forskningsstøtte, fortsatt ansatt i Finnmarkssykehuset. 23 av de 26 som har fullført stipendet var fortsatt tilsatt i Finnmarkssykehuset. De fleste av disse (13 av 23) jobbet som overleger i faste, hele stillinger, seks jobbet i faste deltidstillinger, mens fire fortsatt jobbet som LiS. Pr september 2014 var 15 av de 32 som har gått i ventestilling for LiS, fortsatt ansatt i Finnmarkssykehuset, 14 som LiS og en som overlege. Blant de 14 overlegene som har hospitert/vært i rekrutteringsstilling, var ni fortsatt ansatt i Finnmarkssykehuset pr september 2014.

På bakgrunn av alle legene som er intervjuet, er det beskrevet fem idealtyper leger, som understreker og forenkler legenes ulike måter å forholde seg til karrierevalg, inkludert hvordan legerekutteringsprosjektet treffer deres behov. Idealtypene er beskrevet basert på aspekter som oppvekstbakgrunn, omgivelsenes krav og muligheter, samt positiv feedback og andre læringserfaringer. De fem typene har fått betegnelsene: Den utvalgte/den som ble sett, Den fagmiljøavhengige, Den ideelle men noe frustrerte overlegen, Opportunisten med potensiale, og Sørningen som insisterer på å bli.

Informantene som er intervjuet består av administrative ledere og leger som arbeider i – eller har arbeidet i – Finnmarkssykehuset. Informantene har kommet med mange råd om hva de ser på som viktig for Finnmarkssykehuset å gjøre eller ikke gjøre i rekrutterings- og stabiliseringsarbeidet. Flere informanter savner en avklaring av hvilken faglig grunnmur lokalsykehusene skal bygges på, og en felles forståelse av hva Finnmarkssykehuset skal holde på med framover (en styringsplattform). Dette knyttes til en bekymring for jobb i fremtiden. Rådene som gis gjelder bruk av prosjektets virkemidler, satsingen på finnmarkinger, tilnærmingen til turnuslegene, arbeidsforholdene, fagmiljøet, Finnmarksavtalen, og organiseringen av prosjektet. Spesielt fremheves det behov for å gjøre det attraktivt for de legene som nå har oppnådd spesialistkompetanse, å bli i stillingene sine. Her pekes det blant annet på at muligheten for å kunne ta ut oppspart overlegepermisjon må bli bedre og at goder som er igjen i Finnmarksavtalen, må beholdes.



## 5 Diskusjon

Det grunn til å tro at legerekutteringsprosjektet har satt utfordringene med å rekruttere og stabilisere legespesialister på dagsorden i Finnmarkssykehuset på en annen måte enn det som ville vært tilfelle uten prosjektet.

Vi har dessverre ikke noe datagrunnlag som gjør at vi kan sammenlikne hvilken effekt legerekutteringsprosjektets virkemidler har på leger som har nytt godt av dem, sammenliknet med leger som ikke har vært i befatning med prosjektet. Vi har dermed ikke noe godt grunnlag for å hevde at legerekutteringsprosjektet har bidratt til at man har mer stabile legespesialister i Finnmarkssykehuset i dag enn det man ville hatt uten prosjektet.

### 5.1 Lite fokus på dokumentasjon av måloppnåelse

Hovedmålet med legerekutteringsprosjektet (i henhold til opprinnelig strategiplan) er full spesialistdekning i Finnmarkssykehuset innen 2020. Dette innebærer et behov for å utdanne, rekruttere og stabilisere legespesialister. Data som handler om måloppnåelsen, i form av utvikling i andelen ledige spesialiststillinger, har imidlertid ikke vært gjenstand for rapportering i prosjektet siden 2009. Tabell 7 viser hvordan måloppnåelsen er rapportert i prosjektet.

**Tabell 7: Rapporteringer i prosjektet av utvikling i antall og andel ledige legespesialistlegeårsverk**

Tidspunkt	Antall spesialistlege-årsverk	Antall stillinger ledige eller dekket av vikar/innleie	Andel stillinger ledige eller dekket av vikar/innleie	Kilde
<b>2005</b>			57 %	Erfaringsrapport 2005-9
<b>1.1.2006</b>	71	30,6	44 %	Årsrapport 2006 s.1
<b>31.12.2007</b>	70,3	16,63	24 %	Årsrapport 2007 s.3
<b>31.12.2009</b>	72,3		5 %	Årsrapport 2009 s.3

Det er verdt å understreke at man i prosjektet ser ut til å ha fokusert lite på å dokumentere måloppnåelsen. I henhold til Erfaringsrapport 2005-2009 og Årsrapport 2009, er overlegestillingene som er ledige eller dekket av vikar/innleie, redusert fra 57 prosent i 2005 til kun fem prosent ved utgangen av 2009. I senere årsrapporter og referater fra styringsgruppemøter finner vi ikke at grad av måloppnåelse hverken er rapportert eller drøftet.

Vi vil også stille spørsmål ved om antall og andel ledige stillinger i henholdsvis 2005 og 2006-2007 og 2009 kan være målt på samme måte og med utgangspunkt i de samme datakildene. I tabell 7 er det store endringer fra år til år i andel overlegestillinger som er ledig/dekket av vikar.

I mangel av rapporterte data om måloppnåelse underveis i prosjektet, hentet evalueringen først inn data fra Legestillingsregisteret om situasjonen i 2014. Legestillingsregisteret er nytt og har ikke historiske data. For 2014 fremstår Finnmarkssykehuset med 82,5 spesialistlegeårsverk totalt, og ifølge registeret er det nærmest full dekning av overleger med kun én ledig spesialiststilling. Det vil si at det kan se ut som om det kun er 1,2 prosent av spesialiststillingene som er ledige eller dekket av vikar. Basert på vår kjennskap til Finnmarkssykehuset, antok vi at disse registreringene ikke gir et reelt bilde av situasjonen.

Vi har i avslutningsfasen av evalueringen derfor bedt HR-avdelingen om å lage en oversikt over overlegeårsverkene i Finnmarkssykehuset pr 1.1.2015. Oversikten er gjengitt i tabell 8 og viser overlegeårsverk totalt og fordelt på spesialitet. Den synliggjør årsverk utført av overleger i faste stillinger (hele og deltid), årsverk utført i midlertidige stillinger eller vikariat samt ubesatte årsverk.

Tabell 8 viser at det ved inngangen til 2015 var 88,34 overlegeårsverk i Finnmarkssykehuset. Av disse ble 69,79 årsverk (79 prosent) utført av overleger i faste stillinger. Av disse er 54 årsverk (61 prosent) utført av overleger i 100 prosent stillinger og 15,79 årsverk (18 prosent) av overleger i

deltidsstillinger. Andelen årsverk som var ledige eller dekket inn med midlertidige stillinger eller vikarer var på 21 prosent (18,55 årsverk).

Det har vært en betydelig reduksjon i andel ledige eller vikarbesatte overlegestillinger i løpet av prosjektperioden sammenliknet med status i starten av legerekutteringsprosjektet, hvor 57 prosent av overlegestillingene i 2005 var ledige eller dekket inn med midlertidige stillinger eller vikarer. Men det er fortsatt slik at mer enn ett av fem årsverk enten ikke utføres eller utføres av ikke fast tilsatt personell, så det er fortsatt en vei å gå før man når hovedmålet om full spesialistdekning i Finnmarkssykehuset.

**Tabell 8: Overlegeårsverk i Finnmarkssykehuset pr. 1.1.2015. Antall årsverk utført av fast tilsatte overleger, dekket av midlertidige stillinger/vikariat og ubesatte årsverk. Totalt og fordelt på spesialitet.**

Spesialitet	Overlege -årsverk	Antall årsverk utført av overleger i faste stillinger			Antall årsverk dekket av midlertidige stillinger/ vikariat	Antall ubesatte årsverk	Andel årsverk ledige eller dekket av vikar/innleie
		100 % stilling	inntil 50 % stilling	mellom 50 % og 100 % stilling			
Indremedisin	15,76	11	0,95	1,76	1	1,05	0,13
Generell kirurgi	8,5	4	2,75		1,5	0,25	0,21
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	9	4	1	0,55	2,45	1	0,38
Anestesiologi	8	4	1,23	1,46	0,89	0,42	0,16
Radiologi	7	5	0,5		1,5		0,21
Ortopedisk kirurgi	6	5		0,9		0,1	0,02
Barnesykdommer	4	2		0,72	1,28		0,32
Øre-nese- halssykdommer	2,98	1	0,32	0,89		0,77	0,26
Fysikalsk medisin og rehabilitering	1	1					0,00
Hud- og veneriske sykdommer	1	1					0,00
Øyesykdommer	2		0,26			1,74	0,87
Psykiatri	13,1	9	1,2	0,7	1,4	0,8	0,17
Barne- og ungdomspsykiatri	10	7	0,6	0	0	2,4	0,24
<b>TOTALT</b>	<b>88,34</b>	<b>54</b>	<b>8,81</b>	<b>6,98</b>	<b>10,02</b>	<b>8,53</b>	<b>0,21</b>

I følge tall fra SSB, var det 1 512 avtalte årsverk i Finnmarkssykehuset i 2013<sup>16</sup>. Legene utgjør en liten andel av disse årsverkene. Men i spesialisthelsetjenesten er spesialistene (les: legene) helt sentrale, selv om de ikke utgjør den største yrkesgruppen. Det er derfor meget viktig at man har god oversikt over dette personellet og har god kunnskap om både den stabile stammen, de som rekrutteres inn og de som forsvinner ut av denne gruppen. Det faktum at det dreier seg om et begrenset antall slike kritiske stillinger, burde gjøre jobben med å holde oversikt både høyt prioritert og relativt overkommelig.

Et av delmålene med rekrutteringsprosjektet, som ble beskrevet i utkastet til prosjektskisse, var å etablere et kompetanseregnskap i foretaket som skulle synliggjøre både tilstedeværende og manglende spesialistressurser fortløpende. Det var ment å kunne gi nødvendig informasjon til å både planlegge og avvikle spesialistutdanningen mer effektivt (se kap. 3.3.1). Dette er ikke gjort, men dette ville uten tvil vært et viktig styringsredskap i rekrutterings og stabiliseringsarbeidet. Ikke minst ville det gitt viktig dokumentasjon for resultatevalueringen av prosjektet.

<sup>16</sup> Tall fra Statistikkbanken: <https://www.ssb.no/statistikkbanken> (Henten ut 08.01.2015).

## 5.2 Vurdering av virkemidlene

Etter gjennomgang av prosjektets årsrapporter med regnskap, er det ikke mulig å sette opp en oversikt som synliggjør ressursbruk knyttet til de enkelte virkemidlene; for eksempel hvor mye som er brukt til stipend, rekrutteringsstillinger, hospitering, forskning og annet de enkelte år. Dette er en oversikt som savnes som et grunnlag for bedre å kunne vurdere effektiviteten i ressursbruken.

Stipend for gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering er et virkemiddel som ikke overlapper andre ordninger. Stipendet synes å fungere godt, med hensyn til at de aller fleste stipendmottakerne kommer tilbake for å arbeide ved Finnmarkssykehuset i bindingstiden, og mange fortsetter utover dette (se tabell 6). Dette kan ha sammenheng med at hovedvekten av stipendene i motsetning til de andre virkemidlene, er tildelt leger med tilknytning til Finnmark. Et spørsmål som vi ikke kan svare på, er om disse legene ville kommet tilbake til Finnmarkssykehuset etter gruppe 1-tjeneste selv om de ikke fikk stipend.

Utforming av kontraktene ved tildeling av stipend synes å være et svakhetstegn ved virkemiddelet. Så langt, er det imidlertid kun en av de som har mottatt stipend som har kjøpt seg ut av bindingstiden ved å betale stipendbeløpet tilbake. Det er signaler om at en til vil komme til å gjøre dette. Svakheter som nevnes, er at det finnes en viss mulighet for å utnytte systemet; du kan få 220 000 kroner pr år i flere år, hente ut renter, og så bryte kontrakten og sitte igjen med overskudd etter å ha betalt stipendbeløpet tilbake. Den ferdige spesialisten taper altså ikke noe, Finnmarkssykehuset får tilbake stipendpengene men sitter igjen uten den planlagte spesialisten. Andre svakheter er at det ikke er kontraktfestet blant annet hvordan man skal forholde seg til permisjoner og til forlengelse av tiden som spesialisingsløpet tar. Det er også nevnt at det årlige stipendbeløpet har stått relativt stille. Det er justert opp kun en gang i løpet av tiårsperioden. Legeinformantenes bekymring handler imidlertid mer om at de binder seg opp, og at familiesituasjon, mål og karriereplaner kan endres underveis i stipendperioden etter hvert som man blir klar over nye muligheter.

Rekrutteringsstillinger er et langt mindre effektivt og treffsikkert tiltak med tanke på å sikre rekruttering og stabilisering av leger, enn stipend (se tabell 6). Dette gjelder alle de tre typene rekrutteringsstillinger som er benyttet i prosjektet. Virkemidlet tildeles uten noen krav til gjenytelse. Det er også i stor grad gitt til leger uten tilknytning til Finnmark. Samtidig spiller det inn at virkemidlet i hovedsak har vært rettet mot leger som er i en tidlig fase av sin karriere. Hvorvidt disse har fått nødvendige LiS-stillinger for videre spesialisering i Finnmarkssykehuset vet vi lite om. Det er også vanskelig å ha noen formening om hvor vesentlig det enkelte av disse forholdene har vært for det resultatet vi ser i tabell 6. Sammenliknet med stipend for gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering, er rekrutteringsstillinger et virkemiddel som tildeles under langt større usikkerhet om effekt, enn det som er tilfelle med stipendene, som tildeles leger som allerede har lang fartstid i Finnmarkssykehuset.

Hospitering ved annet sykehus for overleger i Finnmarkssykehuset er en ordning som er relativt lite brukt. På bakgrunn av intervjuene med leger, vil vi peke på et behov for et mer formalisert samarbeid med UNN om delte stillinger, hvor legene fra lokalsykehus kan gå inn i vanlig vakt ved UNN og ikke på topp som synes å ha vært mest vanlig ved den hospiteringen som har foregått.

Det at forskning er tatt ut som et virkemiddel i legerekreteringsprosjektet er begrunnet med at det finnes andre forskningsmidler i Finnmarkssykehuset. Det å tildele forskningsmidler krever også en annen type kompetanse enn det man kan forvente at en prosjektleder for et rekrutterings- og stabiliseringsprosjekt har. Dette argumentet styrker valget som er gjort, om å gå bort fra forskning som et virkemiddel i prosjektet.

I tillegg til de enkelte virkemidlene som er beskrevet (avsnitt 3.3), er det i prosjektperioden gjort tildelinger av enkelttiltak som ikke kan plasseres i noen av de definerte kategoriene. En type tiltak er skreddersydde løsninger som innebærer at legerekreteringsprosjektet utbetaler grunnlønn til leger med stipend for gruppe 1-tjeneste som arbeider ved UNN. Dette er en praksis som flere informanter kommenterer; man er usikre på om det er riktig at Finnmarkssykehuset skal subsidiere stillinger på

UNN med midler som de alternativt kunne ha brukt på en bedre måte. Dette er tiltak som kan vare i flere år, og er dermed tiltak som innebærer mye høyere kostnader enn de øvrige tiltakene. Det synes rimelig å avklare med UNN hvilke forpliktelser UNN har i utdanning av spesialister ved lokalsykehusene, og hvilken kostnadsdeling som skal benyttes. Dette er en diskusjon som aktualiseres av innføringen av faste LiS-stillinger, hvor det synes nødvendig å inngå forpliktende avtaler mellom Finnmarkssykehuset og UNN om gjennomføringen av gruppe 1-tjenesten/grenspesialisering idet en ny LiS ansettes ved lokalsykehus. Videre er det grunnlag for å drøfte om de som er målgruppe for slike kostnadskrevende ordninger, bør ha en lenger bindingstid til Finnmarkssykehuset i etterkant.

Et nytt tiltak fra 2013 er tildelinger fra prosjektet til avdelinger i Finnmarkssykehuset og ikke til enkeltleger. Midlene gis for å opprette ekstra midlertidige stillinger i en periode for å lette arbeidsbelastningen på de fast tilsatte legene i avdelingen. Dette er, i likhet med utbetaling av grunnlønn omtalt i avsnittet over, et ressurskrevende tiltak. En kan stille spørsmål ved om dette er oppgaver som legerekutteringsprosjektet skal løse. På en annen side har legerekutteringsprosjektet gitt avdelinger mulighet for å opprette en ekstra stilling og dermed erfaringer med at det var en så god løsning at avdelingene selv har overtatt kostnadene for stillingen på eget budsjett.

### **5.3 Hvor viktig er det å satse på «egne krefter»?**

Samlet sett var det 51 (55 prosent) av de 92 personene som er innvilget et tiltak i prosjektet som pr. september 2014 jobbet i Finnmarkssykehuset. Av disse var 27 (53 prosent) registrert med bakgrunn fra Finnmark. Det ligger videre et stort potensiale for å øke andelen «egne krefter» i Finnmarkssykehuset blant de som i dag har stipend for å gjennomføre gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering ved et større sykehus. Det er i dag 15 leger som er i gruppe 1-tjeneste ved et større sykehus. Blant disse er det 11 (73 prosent) som er registrert med tilknytning til Finnmark.

Resultatene oppsummert i Tabell 4, tyder på at det er ved tildeling av stipend at man har vært mest opptatt av å rette innsatsen mot leger som har bakgrunn fra Finnmark. Dette har gitt gode resultater. Man må samtidig ikke glemme at det også er en betydelig andel uten bakgrunn fra Finnmark som er tildelt tiltak i prosjektet, og som i dag også er i jobb i Finnmarkssykehuset. Det å satse på «egne krefter» i en bredere forstand enn kun å satse på de med bakgrunn fra Finnmark, har med andre ord også gitt effekt.

Legerekutteringsprosjektet har i utgangspunktet et stort fokus på leger med tilknytning til Finnmark. Vi har i innledningen vist til at dette kan begrunnes i studier som er gjort nasjonalt, hvor man dokumenterer «lakseeffekten»; hvis man klarer å utdanne leger fra og i områder med dårlig legedekning, så vil dekingen bli bedre i disse områdene. Studier som er gjort internasjonalt dokumenterer at leger med bakgrunn fra distrikt er mer tilbøyelige til å praktisere i distrikt etter endt utdanning. Det å ha tilknytning til Finnmark er imidlertid en statisk egenskap som Finnmarkssykehuset og legerekutteringsprosjektet ikke kan gjøre noe med. Det å utelukkende satse på rekruttering på denne basis forutsetter god tilgang på kvalifiserte «egne krefter».

Teorier om karrierevalg har også et breiere perspektiv hvor man er opptatt av at legens mål kan endre seg i tråd med omgivelsenes krav og muligheter. Slike teorier har også fokus på viktige kilder til utvikling av interesser som positiv feedback og mer eller mindre gode rollemodeller. For å utdanne fremtidens overleger i Finnmarkssykehuset trenges det godt kvalifiserte kandidater å velge mellom. Internasjonale studier viser hvordan påført distriktserfaring for eksempel ved gjennomføring av en del av utdanningen i distrikt, gir en effekt tilsvarende lakseeffekten. Vi antar derfor at dette er en god begrunnelse for å tenke rekruttering noe breiere. Vi har pekt på idealtypene 1 (den utvalgte/den som ble sett), 4 (opportunisten med potensiale), og 5 (søringen som insisterer på å bli). For disse idealtypene er det ikke oppvekstbakgrunn, men henholdsvis det å få anerkjennelse/bli sett, det å opparbeide avgjørende tilknytning til Finnmark gjennom godene i Finnmarkssykehuset og legerekutteringsprosjektet, og det å ha blitt Finnmarkspatriot, som er de

viktigste forholdene som styrer valg av arbeidssted. For å unngå at man går glipp av noen gode kandidater, er det viktig at disse forholdene også preger legerekutteringsprosjektet framover.

#### **5.4 Evig prosjektorganisering?**

Legerekutteringsprosjektet har eksistert i Finnmarkssykehuset i over 10 år. Det er spesielt at et prosjekt varer så lenge. Prosjekter er av natur tidsavgrenset, og det kan av den grunn synes selvmotsigende å drive arbeidet med rekruttering og stabilisering av leger som er kontinuerlige oppgaver i foretaket, som et tidsavgrenset prosjekt, styrt av en styringsgruppe. Et annet argument mot prosjektorganisering, er at prosjekter, og spesielt prosjekter som det ikke spesifikt forventes at skal føres over i daglig drift, har en tendens til å forbli «noe» på utsiden av en organisasjon. Et tredje argument mot videre prosjektorganisering, er at det i noen grad fritar avdelinger, avdelingsledelse, administrasjon og toppledelse for ansvar for rekruttering og stabilisering av leger som i det lange løp kanskje ikke er heldig. Dette kan illustreres med et resultat fra vår analyse av idealtyper, som viser at enkelte ferske, og trolig også dyktige leger, føler seg oversett i Finnmarkssykehuset. Det å oppleve at de blir lagt merke til, kan føre til at de velger å bli og utdanne seg videre i Finnmarkssykehuset. Det krever ikke mye å få det til. Men det trengs trolig en større bevissthet og en mer systematisk kulturbygging og tilnærming som sikrer at gode kandidater opplever å være sett og ønsket. Ansvar for en mer systematisk tilnærming bør ha sitt utspring på avdelingsnivå.

Det kan imidlertid også være gode argumenter for en videre prosjektorganisering av oppgavene som gjøres i regi av prosjektet. Et argument er at det gir mulighet til å avsette dedikerte ressurser som kun rettes inn mot rekruttering og stabilisering av leger. På denne måten er det mulig å jobbe konsentrert, eksperimentere med tiltak og bygge spesifikk kunnskap om hvilke tiltak som fungerer og hvilke som ikke gjør det. Forutsetningen er at dette blir gjort og at kunnskapen blir gjort kjent og brukt i organisasjonen.

Når man nå gjør opp status for legerekutteringsprosjektet, er det en gylden anledning for Finnmarkssykehuset til en grundig drøfting av om man fortsatt vil organisere arbeidet med rekruttering og stabilisering av leger som et prosjekt. Alternativet er å ta det inn i organisasjonen. Man har de siste årene beveget seg i den retning, ved at man i større grad enn tidligere har arbeidet med å forankre prosjektet i de organisatoriske ansvarslinjene. Det at klinikklederne er gitt større innflytelse i prosjektet, kan ses som et ledd i dette. Det å ta prosjektet inn i organisasjonen kan trolig også bidra til at det blir tatt nødvendige ledelsesbeslutninger som sikrer at det er mulig å dokumentere måloppnåelse med spesifikke rekrutterings- og stabiliseringstiltak, og studere effekt av ulike tiltak sett i forhold til ressursinnsats.

Prosjektorganiseringen har gitt anledning til å prøve ut ulike virkemidler. Av disse peker stipend for gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering seg ut som det mest effektive. I tillegg synes rekrutteringsstilling i påvente av LiS å være et virkemiddel som bør beholdes. Dette er ordninger som kan implementeres som del av daglig drift. Det som kan egne seg godt for en videre prosjektorganisering, er utprøving av nye virkemidler som for eksempel etablering av en ny hospiteringsordning i form av deltidsstillinger i samarbeid med UNN.

#### **5.5 Legerekutteringsprosjektet som en medvirkende årsak til bedring i rekruttering og stabilisering**

Vi betrakter legerekutteringsprosjektet som en medvirkende årsak til bedringen i rekruttering og stabilisering av overleger i Finnmarkssykehuset. En rekke andre aktuelle årsaksvariabler og trender kan også bidra til å forklare nedgangen i andelen ledige spesialiststillinger.

Tilfanget av legespesialister må ses i nær sammenheng med tilfanget av nye medisiner. Det er gjort flere ulike framskrivninger av legearbeidsmarkedet i Norge. Samnordisk Arbetsgrupp for Prognos- og Specialistutbildningsfrågor (2010) har framskrevet legemarkedet i to alternativer frem mot 2025. Med Alternativ A kommer Norge også i fortsettelsen til å ha underskudd på leger, og dette underskuddet kommer til å øke. Alternativ B viser et moderat underskudd, som kommer til å

gå ned etter 2020. SSB har også framskrevet behovet for leger mot år 2035 (Roksvaag og Texmon, 2012). Rapporten konkluderer med at det trolig blir en underdekning av leger, men de ulike modellene med ulike forutsetninger, spriker mye i sine prognoser. For 2010 er det rapportert en underdekning på 400 leger (Handal og Myklebø 2011). Det finnes imidlertid ingen registerdata eller annen tilgjengelig statistikk hos SSB som kan gi en god og klar definisjon av underdekningen. En snever definisjon kunne være summen av ubesatte stillinger, men dette dekker ikke opp for regionale forskjeller.

Under arbeidet med evalueringen har vi registrert at det på administrativt ledernivå i Finnmarkssykehuset synes å eksistere en oppfatning om at det i dag og framover utdannes mer enn nok leger og at rekrutterings- og stabiliseringsutfordringer derfor vil avta. I Canadian Recruit and Retain Conference Statement (2014) hevdes på generelt grunnlag det motsatte; selv om det er overproduksjon av helsepersonell i urbane områder så løser ikke dette nødvendigvis distriktenes bemanningsutfordringer.

Det er en langsiktig trend at flere Finnmarkinger tar høyere utdanning, dette innebærer også at flere Finnmarkinger studerer medisin. Samtidig er det fortsatt slik at det er en lav andel av befolkningen i Finnmark som tar lang høgere utdanning, sammenlignet med landsgjennomsnittet (Finnmark: 4,5 prosent, hele landet åtte prosent). De store endringene i utdanningsnivået samt fremveksten av geografiske inntakskvoter på medisinstudiet i Tromsø (nordnorsk kvote har økt fra 25 prosent av studieplassene i 1973 til 60 prosent fra 1998), er to viktige faktorer som styrer hvor mange Finnmarkinger som har muligheter for å komme inn på medisin på ordinært opptak.

Samtidig er det viktig å påpeke at selv om tilfanget av utdannede leger fra Finnmark øker, og noen har forventninger om at «det kommer til å bli nok av leger i framtiden», så betyr det ikke at det kommer til å være tilstrekkelig mange spesialiserte leger å ta av for Finnmarkssykehuset. Dette vil fortsatt kreve at det gjøres en jobb av Finnmarkssykehuset hvor man sørger for å legge godt til rette for spesialiseringen av egne leger.

Andre faktorer som bør nevnes som mulige medforklaringer på den positive utviklingen i andelen ledige spesialiststillinger, kan være turnusprosjektet i regi av Fylkesmannen i Finnmark (Gaski og Abelsen, 2014), og Tiltakssonen for Finnmark og Nord-Troms (Angell et al, 2012).

## 5.6 Innspill til veien videre

Vi vil trekke frem tre forhold ved Legerekutteringsprosjektet som vi anbefaler at settes på dagsorden:

1. For det første bør det avklares hvorvidt denne oppgaven fortsatt skal organiseres i form av et prosjekt, eller om det heller skal legges inn i den ordinære driften av Finnmarkssykehuset. Vi har pekt på argumenter både for og imot fortsatt prosjektorganisering i avsnitt 5.4.
2. For det andre er det på sin plass å avklare relasjonen til UNN. Et delmål i prosjektet har fra starten av vært å etablere et tettere og mer formalisert samarbeid med UNN vedrørende gruppe 1-tjeneste, og å systematisk utnytte utdanningsstillingene i Finnmarkssykehuset i kombinasjon med gruppe 1 stillinger ved UNN for å tilrettelegge og strømlinjeforme utdanningsløpene frem til spesialiststatus. Behovet for en avklaring med UNN aktualiseres spesielt av det faktum at flere leger i spesialisering vil tilsettes i faste stillinger. Dette fordrer trolig en mer omfattende og langsiktig planlegging av spesialiseringsløpet enn det som har vært tilfelle tidligere. Videre har flere stilt spørsmål ved om det er riktig at Finnmarkssykehuset subsidierer UNN gjennom å betale for LiS-stillinger ved UNN. Det må avklares hvor langt UNNs utdanningsansvar for lokalsykehusene strekker seg og hvilken kostnadsdeling som skal benyttes. Det synes også å være behov for å utvikle gode hospiteringsordninger for overleger. Her er delte stillinger med UNN nevnt som en mulighet.

3. For det tredje er det viktig å sørge for å kunne dokumentere grad av måloppnåelse i form av utvikling i andelen ledige spesialiststillinger. Etableringen av et kompetanseregnskap i foretaket, som synliggjør både tilstedeværende og manglende spesialistressurser fortløpende, vil gi et viktig informasjonsgrunnlag for å kunne planlegge og avvikle spesialistutdanningen mer effektivt.

## 6 Referanser

Elisabeth Angell (red), Sveinung Eikeland, Leo A.Grünfeld (Menon), Ivar Lie, Sindre Myhr, Vigdis Nygaard og Paul Pedersen. Tiltakssonen for Finnmark og Nord-Troms - utviklingstrekk og gjennomgang av virkemidlene. Rapport 2012:2. Alta: Norut Alta.

Baklien B. 2000. Evalueringsforskning for og om forvaltningen. I Foss, O og Mønnesland, J (red): Evaluering av offentlig virksomhet. Oslo: NIBR.

Bertelsen T. Hvor kommer lægene fra og hvor blir de av? Tidsskrift for den norske lægeforening 1963; 83:861-870.

Callan CU. A program for improving physician distribution. Public Health Reports 1954; 69(7): 699-700.

Canadian Recruit and Retain Conference Statement. Remote Rural Recruitment Retention Recommendations. The Canadian Recruit and Retain Conference, Thunder Bay, Ontario, Canada, January 2014.

Curran V, Rourke J. The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians. *Medical Teacher* 2004; 26(3): 265-272.

Dagens medisin. Kan bruke "hele livet" på spesialisering. 7.12.2012  
<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/kan-bruke-hele-livet-pa-spesialisering/>

Det regionale helseutvalg for helseregion 5. *Stol på egne krefter. En regional strategi for å bedre tilgangen på legespesialister i Nord-Norge.* April 1991.

Flere yngre leger får faste stillinger. Helse og omsorgsdepartementet, pressemelding nr. 56/2010. [www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressemeldinger/2010/Flere-ynge-leger-far-faste-stillinger.html?id=615814](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressemeldinger/2010/Flere-ynge-leger-far-faste-stillinger.html?id=615814) (2.4.2012).

Foss O. 2000. Evaluering – samfunnsforskning i politikkenes tjeneste. I Foss, O og Mønnesland, J (red): Evaluering i offentlig virksomhet. Oslo: NIBR.

Gaski M, Abelsen B, Hasvold T. Forty years of allocated seats for Sami medical students - has preferential admission worked? *Rural and Remote Health* 8: 845. (Online) 2008. Available: <http://www.rrh.org.au>

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.

Ginzberg, E. 1984. Career development: D. Brown & L. Brooks (red.), *Career choice and development.* San Francisco: Jossey-Bass.

Hancock C, Steinbach A, Nesbitt TS, Adler SR, Auerswald CL. Why doctors choose small towns: A developmental model of rural physician recruitment and retention. *Social Science & Medicine*, 2009, 69: 368–1376.

Handal J, Myklebø S. Bedriftsundersøkelsen 2011. Arbeid og velferd. Rapport nr. 2, 2011. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.



Helsedirektoratet. Fremtidens legespesialister. IS-2079-3. Oslo: Helsedirektoratet 2014. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/201/Fremtidens-legespesialister-en-gjennomgang-av-legers-spesialitetsstruktur-og-innhold-IS-2079-3.pdf>

Helsedirektoratet. Fremtidens legespesialister. Konsekvensutredning av forslag til ny spesialitetsstruktur for leger. IS-2180. Oslo: Helsedirektoratet 2014. <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/801/Fremtidens-legespesialister-konsekvensutredning-av-forslag-til-ny-spesialitetsstruktur-for-leger-IS-2180.pdf>

Holland, J.L. (1973). *Making a vocational choice: A theory of careers*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Jones M, Humphreys JS, McGrail MR. Why does a rural background make medical students more likely to intend to work in rural areas and how consistent is the effect? A study of the rural background effect. *Aust. J. Rural Health* (2012) 20, 29–34.

Kleinbaum DG, Klein M. Survival analysis. A Self-Learning Text. Third edition. Springer: New York.

Krumboltz J.D. (1979). A social learning theory of career decision making . Revised and reprinted in A. M. Mitchell , G. B. Jones, and J. D. Krumboltz (Eds) *Social learning theory and career-decision making*. Evanston, RI: Carroll Press.

Laven G, Wilkinson D. Rural doctors and rural backgrounds: how strong is the evidence? A systematic review. *Australian Journal of Rural Health* 2003; 11(6): 277-284.

Lindøe PH, Mikkelsen A, Olsen OE. Fallgruver i følgeforskning. Tidsskrift for samfunnsforskning, 2002, vol 43, 191-217.

Parsons, F. (1909). *Choosing a vocation*. Boston: Houghton Mifflin.

Playford DE, Evans SF, Atkinson DN, Auret KA, Riley GJ. Impact of the Rural Clinical School of Western Australia on work location of medical graduates. *Med J Aust* 2014; 200 (2): 104-7.

Rabinowitz HK. Recruitment, retention, and follow-up of graduates of a program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. *The New England Journal of Medicine* 1993;328(13):934–9.

Rabinowitz HK, Diamond JJ, Gayle JA, Turner TN, Rosenthal MP. Alternate career choices of medical students and their eventual specialty choice: a follow-up study. *Family Medicine* 1998;30(10):695.

Richards HM, Farmer J, Selvaraj S. Sustaining the rural primary healthcare workforce: survey of healthcare professionals in the Scottish Highlands. *Rural and Remote Health* 5: 365. (Online) 2005.

Roksvaag K og Texmon I. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. SSB Rapport 2012/14 [http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp\\_201214/rapp\\_201214.pdf](http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201214/rapp_201214.pdf)

Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor. Den framtida läkararbetsmarknaden i de nordiska länderna. 2010. <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/>

Skoglund E. Leger til folket. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2013; 133: 1847-50.

Stearns JA, Stearns MA. Graduate medical education for rural physicians: curriculum and retention. *The Journal of Rural Health* 2000;16(3):273–7

Super, D. E. (1990). A life-span, life-space approach to career development; D. Brown & L. Brooks (red.), *Career choice and development*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

## 7 Vedlegg

Vedlegg 1: Inndeling i hoved- og grenspesialiteter per 2014 (hentet fra Helsedirektoratet, 2014)

Hovedspesialitet	Grenspesialitet
<b>Indremedisin</b>	
<b>Generell indremedisin</b>	
	Hjertesykdommer
	Lungesykdommer
	Endokrinologi
	Nyresykdommer
	Blodsykdommer
	Fordøyelsesykdommer
	Infeksjonssykdommer
	Geriatrici
<b>Kirurgi</b>	
<b>Generell kirurgi</b>	
	Karkirurgi
	Thoraxkirurgi
	Gastroenterologisk kirurgi
	Urologi
	Barnekirurgi
	Bryst- og endokrinkirurgi
<b>Allmenntidrett</b>	
<b>Anestesiologi</b>	
<b>Arbeidsmedisin</b>	
<b>Barne- og ungdomspsykiatri</b>	
<b>Barnesykdommer</b>	
<b>Fysikalsk medisin og rehabilitering</b>	
<b>Fødselshjelp- og kvinnesykdommer</b>	
<b>Hud- og veneriske sykdommer</b>	
<b>Immunologi og transfusjonsmedisin</b>	
<b>Maxillofacial kirurgi</b>	
<b>Klinisk nevrofysiologi</b>	
<b>Klinisk farmakologi</b>	
<b>Medisinsk biokjemi</b>	
<b>Medisinsk genetikk</b>	
<b>Medisinsk mikrobiologi</b>	
<b>Nevrokirurgi</b>	
<b>Nevrologi</b>	
<b>Nukleærmedisin</b>	
<b>Onkologi</b>	
<b>Ortopedisk kirurgi</b>	
<b>Patologi</b>	
<b>Plastikkirurgi</b>	
<b>Psykiatri</b>	
<b>Radiologi</b>	
<b>Revmatologi</b>	
<b>Rus- og avhengighetsmedisin</b>	
<b>Samfunnsmedisin</b>	
<b>Øre-, nese- halssykdommer</b>	
<b>Øyesykdommer</b>	

## Vedlegg 2: intervjuguider

Intervjuet gjøres i forbindelse med en evaluering av prosjektet «Stol på egne krefter». Prosjektet ble etablert i 2005 og har sin bakgrunn i Finnmarkssykehuset HF sine utfordringer med å rekruttere legespesialister. Hovedmålet med prosjektet er å rekruttere og stabilisere legespesialister slik at Finnmarkssykehuset HF innen 2020 har full dekning av legespesialister.

I regi av prosjektet er det satt i verk rekrutterings- og stabiliseringstiltak som i hovedsak kan grupperes i fire ulike virkemidler:

1. stipend under gruppe 1-tjeneste/grenspesialisering ved større sykehus
2. rekrutteringsstilling som ventestilling i påvente av LIS-stilling, eller for gjensidig utprøving mellom Finnmarkssykehuset og lege(spesialist)
3. støtte til hospitering ved annet sykehus
4. støtte til å drive forskning som del av jobben

---

### Administrative ledere

1. Hvilken kjennskap har du til prosjektet «Stol på egne krefter»?
2. På hvilken måte/når ble du informert, og når ble du involvert i prosjektet?
3. På hvilken måte har prosjektet vært nyttig for deg i din jobb?
4. På hvilken måte samhandler du med prosjektleder? (før og nå)
5. Hva er det etter din mening viktig at Finnmarkssykehuset gjør for å rekruttere leger?
6. Hva er det etter din mening viktig at Finnmarkssykehuset gjør for å stabilisere leger?
7. På hvilken måte mener du at legerekreteringsprosjektet bidrar/har bidratt i rekrutterings- og stabiliseringsarbeidet?
8. Har du tro på at man når målet om full dekning av legespesialister ved Finnmarkssykehuset innen 2020?

### Leger

1. Hvordan ble du rekruttert til å jobbe ved Finnmarkssykehuset?
2. Fortell om ditt valg av spesialisering og ditt spesialiseringsløp
3. Har du i løpet av den perioden du har vært ansatt i Finnmarkssykehuset har benyttet deg av noen av de fire ordningene som er beskrevet over? I tilfelle, hvilke?
4. Hvilke erfaringer har du med ordningene?
5. Hvilken betydning har ordningene hatt for ditt spesialiseringsløp?
6. Hvilken betydning har ordningene hatt for din tilknytning til Finnmarkssykehuset?
7. Hvilken betydning har ordningene hatt for deg og din familie?
8. Svarte ordningene til ditt behov?

### Administrative ledere og leger

9. Tenker du at ordningene i prosjektet er hensiktsmessige/effektive virkemidler for å nå målet om å full dekning av legespesialister innen 2020?
10. Hvilke alternative ordninger/tiltak vil etter din mening være mer hensiktsmessige/effektive for å bidra til rekruttering og stabilisering av legespesialister?
11. Hvordan vil du karakterisere måten det arbeides med å rekruttere og stabilisere legespesialister (utover ordningene beskrevet over) i Finnmarkssykehusets avdelinger og enheter?
12. Tiltakssonen for Finnmark og Nord-Troms, med nedskrivning av studielån samt skattefordeler (og tidligere dobbel barnetrygd): hvilken betydning tenker du at dette har for legene ved Finnmarkssykehuset?
13. Hvilken betydning mener du Finnmarksavtalen har hatt for legenes valg av arbeidssted?

### Prosjektledere

1. Fortell om hvordan/hvorfor du kom inn i prosjektet «Stol på egne krefter»
2. Fortell om hva prosjektlederjobben har gått ut på i din tid som prosjektleder
3. Beskriv ordningene i prosjektet
  - Hvordan oppsto de/hvordan ble de utformet/utviklet
  - Hvilke tiltak har vært mest/minst populære/etterspurt?

- Grad av skreddersøm?
  - Vanlige misforståelser/feiloppfatninger
  - Hvor attraktive er ordningene blant potensielle kandidater?
  - Endringer over tid?
4. Fortell om arbeidet med å rekruttere kandidater
    - Samme tilnærming til alle aktuelle kandidater uavhengig av geografisk bakgrunn og bånd til Finnmark?
    - I hvilken grad prioriteres kandidater til rekrutteringssvake fagområder?
    - Hvilken tilnærming har man hatt til fremmedkulturelle/utlendinger?
    - Stor/liten interesse?
    - Aktiviteter knytte til Tromsø som studiested?
    - Blir det gjort noe spesielt i forhold til turnuskandidater?
  5. Fortell om oppfølgingen av kandidatene når de er/har vært i ordningen og eventuelt etterpå
  6. Kjennskap til prosjektet i foretaket – på ledelsesnivå og blant aktuelle leger?
  7. Holdninger til prosjektet i foretaket – ulikheter på ledelsesnivå, i klinikker/fagområder?
  8. Informasjonsstrømmer/informasjonsutveksling – internt og eksternt – Hva har vært utfordrende?
  9. Hvem er/har vært viktige samarbeidspartnere/diskusjonspartnere for deg?
  10. Fortell om forholdet ditt til styringsgruppen
    - Enighet og uenighet om ulike saker – hva har eventuell uenighet handlet om
    - Viktige veivalg og beslutninger som styringsgruppen har tatt
  11. Hvilke styrker og svakheter har prosjektet etter din mening?
  12. Tror du Finnmarkssykehuset HF vil nå målet om full dekning av legespesialister i 2020?
    - Hvilken rolle tenker du at prosjektet «Stol på egne krefter» spiller i forhold til dette
  13. Hvis du fikk sjansen til å starte på prosjektet «Stol på egne krefter» på nytt:
    - Hva ville du beholdt og hva ville du gjort annerledes?
    - Ville du valgt de samme tiltakene?