



Hvordan skape en attraktiv arbeidsplass utenfor de store byene?

**Torben Wisborg, anestesilege Finnmarkssykehuset
og professor UiT**



Min bakgrunn:

- Overlege i Hammerfest siden 1990,
- avdelingsoverlege 1993-1997 & 2004-2008.
- Hovedtillitsvalgt OF fra 2019.



- I vår tid er det stadig vanskeligere å
- rekruttere helsepersonell,
- også i sentrale strøk.
- Hvordan kan vi sikre at også mindre
- sykehus klarer å rekruttere gode fagfolk?



Er premissene riktige?

Ikke bare utenfor «de store byene»

Nyheter for deg som jobber i helsesektoren. Annonser er kun beregnet for helsepersonell.

DAGENS
Medisin

DM Debatt DM Pharma DM Arena DM Jobb [Logg inn](#)



AVLYSTE OPERASJONER: – Ikke engang vikarbyråene greier å hjelpe oss ut av knipa, forteller Kirsten Kjelstrup, avdelingsleder ved anestesivdelingen ved UNN i Tromsø.

Foto: OPIN/UNN

Har avlyst 32 operasjonsdager på seks uker på grunn av mangel på anestesileger

– At operasjonskapasiteten er begrenset av anestesilegekapasitet, har vi aldri opplevd tidligere.

Anne Grete Storvik **28. mars 2021**

Ikke bare utenfor «de store byene»



Den norske legeforening Logg inn

 Norsk psykiatrisk forening

[Forsiden](#) [Psykiatriveka](#) [Utvalg](#) [Utdanning](#) [Tidsskrifter](#) [Om oss](#)

Aktuelle saker

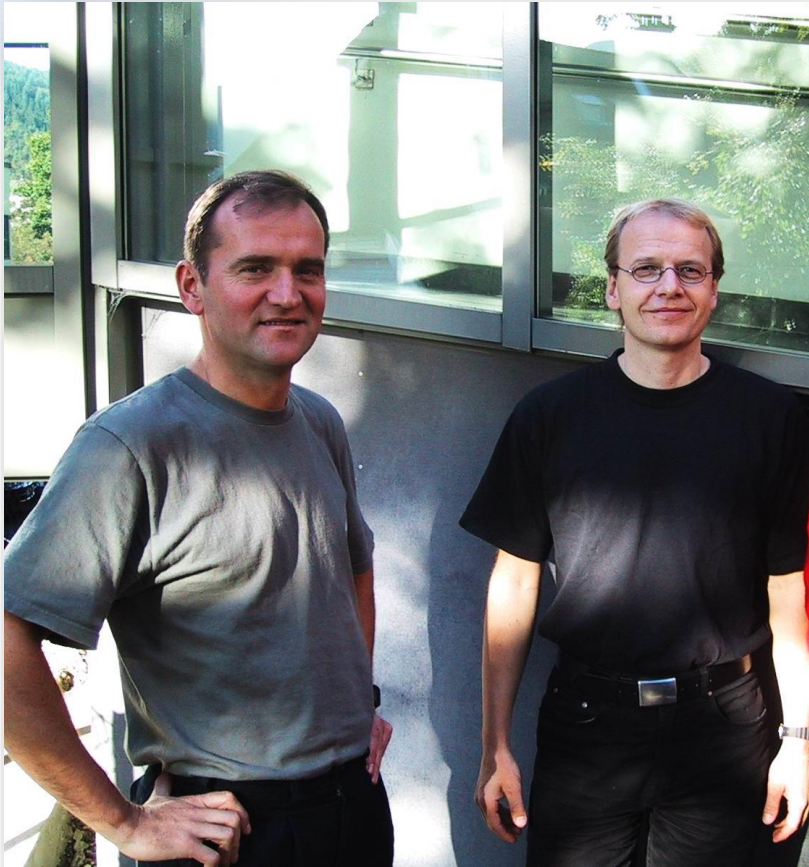
Rekrutteringskrise i psykiatrien

Legeforeningen ser sammen med Norsk psykiatrisk forening alvorlig på rekrutteringsproblemene i psykisk helsevern. I denne artikkelen oppsummerer spesialrådgiver i Legeforeningen, Miriam Sandvik, utfordringer og muligheter.

7. februar 2022



Forutsigbarhet?



Forutsigbarhet?

The Journal of the Norwegian Medical Association. 1995 Vol. 115 Nr. 13

Hvordan monitorere utviklingen i en spesialistpopulasjon?

En metode til å utarbeide prognoser brukt på anestesiology

Tilgjengeligheten av legespesialister varierer geografisk og mellom spesialitetene. Måforhold mellom tilgang og avgang i spesialistpopulasjonen forklarer er del av dette. Det er spesialitetskomiteene som har ansvar for å overvåke sitt fags spesialistproduksjon og -behov. Dette forutsetter regelmessige undersøkelser av faktorer som utdanning, pensjonering og overgang til forskning og andre fag.

Mange av disse opplysningene er tilgjengelige fra eksisterende kilder, men noe må samles inn. Ved å sammenholde opplysninger fra legerestret og de parissammensatte utvalg, med innhentede data fra de godkjente spesialitetene og sykehusavdelingene, kan man danne seg et brukbart bilde av situasjonen. Vi beskriver en metode for å utarbeide en prognose for tilgang og avgang i en spesialistpopulasjon, og dermed det fremtidige spesialistbehov. I anestesifaget ble spesialistbehovet og antall anestesiology kartlagt med den beskrevne metode.

Rundt 15% av anestesiology arbeidende ikke innen spesialiteten, og omkring fem anestesiology vil årlig gå av ut faget, mens fem vil be om vakttfrakt. Rundt 15 vil årlig pensjoneres, med en topp rundt 2015. I alt andels et årlig behov på rundt 30 spesialister for å dekke avgangen. Det var 32 ubesatte spesialiststillinger, og behov for 36 spesialister dersom alle sykehus med akuttinnsjkn skal ha minst tre. Til dette tall kan legges omkring 30 årverk innen luftambulansetjenesten, som for tiden dekkes av anestesiology på frid.

Skal disse behov dekkes over ti år, må den nåværende spesialistproduksjon på omkring 20 årlig, når forordnings. Dette må gjøres for pensjoneringer av alvorlyt fart.

Cutterm Bratveit
Seksjon for hyperbarmedisin
Yrkessundskoleavdeling
Haukeland Sykehus
5023 Bergen

Torben Wisberg
Anestesi- og intensivavdelingen
Hannestift sykehus
9601 Hammerfest

Bratveit G, Wisberg T.
Factors influencing the availability of Norwegian anaesthesiologists

The Norwegian Medical Association has been delegated responsibility for suggesting guidelines to monitor the quality and capacity of postgraduate specialist training. In every specialty, a committee for specialist training has to monitor the availability of specialists in their field on behalf of the Association.

The authors describe a systematic approach to monitoring, in which available information was carefully matched with selected survey data, to enable prognostications. The method was then applied to anaesthesia, and revealed a need for higher production of specialists in this field.

More than 10% of the 309 consultant anaesthetist positions were vacant, owing to lack of applicants, and another 36 consultants are needed to ascertain a minimum of three specialists in every hospital providing emergency services. 15% of the certified specialists did not work as anaesthesiologists. It was estimated that ten persons would leave annually, either to do research or take up another specialty, and that 15 would retire.

Based on the findings, it is suggested that the present specialist production of about 20 per year should be increased to secure the nation's future need of anaesthesiologists.

I Norge har Den norske lægeforening på vegne av Helsestatistikk og Sosial- og helsedepartementet fått delegert ansvaret for legers spesialistutdanning og godkjemning av spesialister (1). Foruten å sikre et nært samarbeid mellom dem som står for den faglige spesialistutdanning av leger, og dem som arbeider og forsker i vedkommende fag, også disse situasjonen at i Lægeforeningens ofte kommer i eskudningens når enkelte

fag og sykehusavdelinger mangler kvalifiserte spesialister (2, 4).

Fleire organer deltar i overvåkingen av spesialistutdanning og utdanninger, spesialitetskomiteene, spesialitetsrådet, spesialitetsforbudsene og de parissammensatte utvalg. To parissammensatte utvalg regulerer legerestretingsmarkedet i Norge. Det rådgivende utvalg for legers stillingsstruktur (DRULS) overvåker stillingsstrukturavtalen, som regulerer antall stillinger og fordelingen mellom over- og underordnede stillinger (5), og Legerestretingsutvalget (LEU) som holder oversikt over det utdannede behovet for spesialistutdanning (6).

Spesialitetskomiteene skal på vegne av spesialitetsrådet overvåke spesialistutdanningen innen sitt fag og foreta endringer i utdanningstilbudet og regulerer dersom situasjonen gir grunn til dette (7) (1). Det er således nødvendig at hver spesialitetskomité holder seg i løpende orientert om sitt eget fag. Da kan de gi nyttig informasjon og korrektiv til Lægeforeningen og de utvalgene.

Dynamikken i tilgjengelighet av spesialister

Faktorer som avgjør hvor mange spesialister som er aktive i et fag, er vist i Figur 2. De viktigste variabler i denne sammenheng er det antall kandidater som godkjemmes i faget hvert år og den årlige avgang ved pensjonering.

Den årlige avgang fra en spesialist kan estimeres ved å trekke aktuell alder på de spesialistene som arbeider i faget, fra pensjonistalene, f.eks. (7) 6. Skulle noen ønske å stå i jobben kortere eller lenger, vil dette bare forflytte avgangen et par år. Sammenhengsvis vil de fleste stå i stillingen opp mot vanlig pensjonsalder. Tidligere arbeidsmarkets har angjeldet at jo eldre man er, desto lenger ønsker man å stå i sin stilling (H.A. Holm, personlig meddelelse).

Pensjonistal til forskning og administrative oppgaver, eller reduksjon av vaktbelastning og svangenskap, omsorgsoppgaver eller

høy alder vil redusere antall spesialister som til enhver tid kan på vakt. I mange tilfeller er dette personer som i neste omgang vil vende tilbake til faget, etter at forskningsprosjekt eller andre oppgaver er fullførte.

Der er i flere fag en ikke ubetydelig slekkeskap av spesialister til andre fag. Et eksempel på dette er anesthesiology, hvor en del av de godkjente spesialistene ikke arbeider i faget.

Innvandring og utvandring av faglige spesialister fra andre land vil kunne endre noe på tallene, men dette betyr lite i andre europeiske land (7).

Hvordan kan antall tilgjengelige spesialister overvåkes?

I legerestret, som drives av vedlikeholdet av Lægeforeningen, finnes en oppdatert oversikt over de til enhver tid godkjente spesialister i hvert fag. Her finnes fødselsdato, kjønn, godkjenningstidspunkt, eventuelle suspensjoner, og adresse. Derimot er ikke arbeidsstedet registrert med like stor nøyaktighet. Disse data benyttes av utdanningsavdelingen i Lægeforeningen, DRULS og LEU.

Annem viktig informasjon finnes i tallmateriale for DRULS, hvor hver stilling i hvert fag har sin bestemte plassering på avdelingsnivå, med eventuelt tidbegrensning (8). Ved å sammenlikne disse to registre kan man få et inntrykk av hvordan som til enhver tid holder hvilken stilling. Dessuten er det ikke lett å gjøre dette automatisk ved hjelp av EDB.

Spesialitetskomiteene har selv oversikt over spesialistgodkjenninger, og de skal også kjennetillingsstrukturen og spesialitetsbegrepet i sitt eget fag. De har dermed mulighet for analyse av utdanningskapasitet og eventuelle begrensende faktorer. Fra legerestret kan man på gjennomsnittlig utdanningsforhold for dem som godkjemmes som spesialister.

Oplysninger om hvor de enkelte spesialistene er ansatt, om planlagt overgang til forskning, andre arbeidsoppgaver, vakttfri-



Figur 1. Utvalg av bestemte fag for spesialistutdanning (1)

akt og pensjonering, må innsamles særskilt. Likeledes idet det rettes en henvendelse til hver sykehusavdeling for å registrere det reelle antall og type stillinger. Utdanningsavdelingen i Lægeforeningen vil ha kjennskap til månedlige omlegninger.

I tillegg vil tallmateriale fra de to utvalgene gi verdifull informasjon (8, 9). Ved å sammenlikne disse tall vil man finne ut i hvilken grad det finnes stillinger som ikke inngår i stillingsstrukturen (og stillingene). I tabell 1 finnes de viktigste faktorer som danner grunnlag for en prognose.

Er spesialistproduksjon forutsigbar?

Det er av stor betydning for spesialistproduksjonen i en spesialitet om alle stillinger benyttes til spesialistutdanning, og om stillingene er besatt. Den årlige spesialistproduksjon sett i forhold til antall utdannings-

stillinger vil til en viss grad avspeile i hvilken grad stillingene fungerer effektivt, på samme måte som gjennomsnittlig utdanningsnivå ved godkjemning. Videre er det avgjørende hvor lenge hver kandidat sitter i de ulike stillinger. (En tidbegrenset utdanningsstilling ved en gruppe-tilsvelling i de store fag er på fem år, selv om det formelt sett ikke er nødvendig med mer enn 12 måneders tjeneste dersom vedkommende umiddelbart kan gå inn i en gruppe-tilsvelling på fire år.) Spesialistproduksjonen vil være mer forutsigbar dersom både arbeidsforholdene og avdelingsoverlegene lojalt følger stillingsstrukturavtalen og spesialistreglene (10).

Korttidsvaktanter er ofte den dominerende type stilling ved enkelte avdelinger, mens andre avdelinger leserer sine stillinger med spesialister og sier åpent ut de ikke ønsker å ansatte leger uten erfaring. Regge deler er i strid med innsettningen i vaktene og vanskeligheter også forutsetninger som spesialistproduksjonen.

Forklaringer i anestesiology

behovt med den beskrevne metode. Antall spesialistgodkjenninger i anestesiology har økt de senere år (Fig. 3). Likevel er det framdeles mange mindre sykehus som lider med mangel på anestesiology, og en del anestesiology jobber fortsatt uten fagte kollega og med ulikt arbeidsforhold. Styret i Norsk anestesiologyforning og Lægeforeningens spesialitetskomité i anestesiology ønsket derfor bl.a. å skaffe seg oversikt over stillingsmarkedet, nåværende og fremtidige behov for anestesiology.

Et slikt arbeid er tidligere gjort, da Norsk anestesiologyforning i 1978 reduserte et utvalg som utarbeidet en generalplan for anestesiology i Norge (11). Denne prognose er derfor på nå del felter en videreføring av dette arbeidet.

Målet med vårt arbeid var å opplytte en metode for forutsigbar tilgang og avgang i en spesialistpopulasjon, og dermed det fremtidige spesialistbehov. Dette needede ble så brukt til å beskrive antall spesialister i anestesiology, deres nåværende beskjefelighet, planer for pensjonering/annen avgang fra klinisk anestesiology, samt utdannede behov for anestesiologyer nå og fremover.

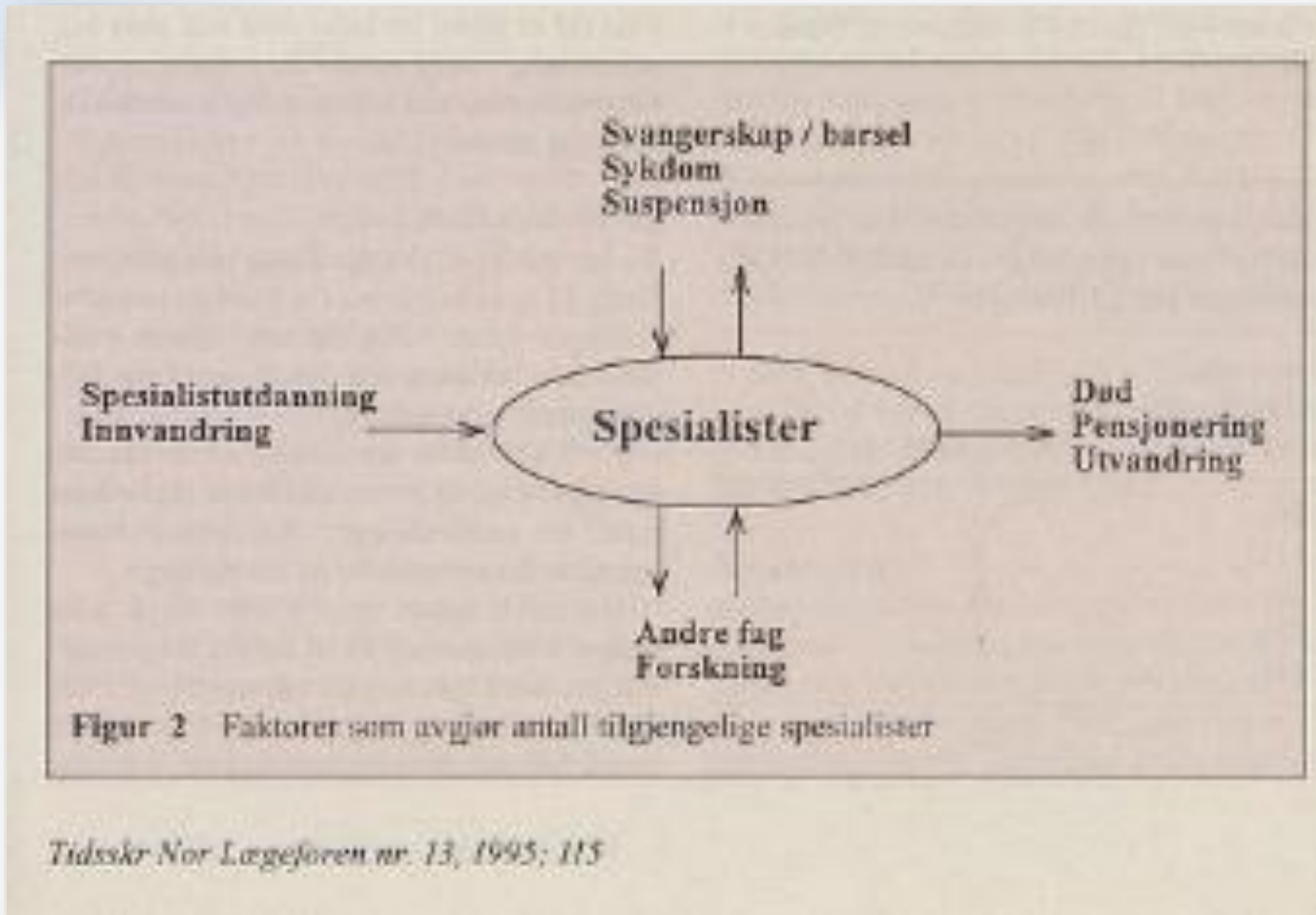
Materiale og metode

Undersøkelsen omfatter først en registrering av alle anestesiologystillinger basert på opplysninger fra avdelingsoverlegen eller personaladministrasjonen på hvert enkelt sykehus. Alle anestesiologydelagene i landet ble i løpet av årlig rundt 19 1993 kontaktet per telefon. Overstede i akasene, vaktanter og omgjorte stillinger ble også registrert.

Alle godkjente spesialister i anestesiology per 1.9.1993 fikk så tilsendt et enkelt spørreskjema hvor det bl.a. ble spurt etter kjønn, alder, arbeidssted, ønsket pensjonsalder, eventuelle planlagte avgang fra anestesiologyfaget. Pensjons-



Forutsigbarhet?



Forutsigbarhet?

- Antall sykehus
- LIS-utdanning
- Forventninger til liv/arbeid-balanse
- Økonomi



A vertical dotted line on the left side of the page, starting from the top of the text area and extending downwards.

Hva vet vi?

NOU 2023:4 Tid for handling

NOU

Norges offentlige utredninger 2023:4

Tid for handling

Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste



NOU 2023:4 Tid for handling

106
Kapittel 5

NOU 2023:4
Tid for handling

Boks 5.2 Systematisk oversikt om effekt av tiltak for å beholde helsepersonell i distriktene

Det kan være særlig utfordrende å beholde helsepersonell i distriktene. Russell mfl. (2021) har laget en systematisk oversikt over forskning fra flere høyintektsland, inkludert Norge, på tiltak for å beholde helsepersonell i distriktene. De fleste av de inkluderte studiene omhandler leger, og det er kun noen få studier om andre yrkesgrupper. Tiltak for å beholde helsepersonell kan grupperes i fire hovedkategorier. Den systematiske oversikten viser følgende om effekten av tiltak i de fire kategoriene:

1. Utdanningsrelaterte tiltak

Det er økende evidens for at prioritering av studenter fra utkantstrøk har sammenheng med at flere blir værende i utkantstrøk.

Tiltak som gir ansatte mulighet til å gjennomføre sykepleierutdanning, for eksempel betalt utdanning og fleksible studieordninger som tillater heltids- eller deltidarbeid i studietiden, kan også føre til at flere blir værende på arbeidsplassen.

2. Personlige og profesjonelle støttetiltak

Det er flere ulike personlige og profesjonelle støttetiltak som har vært forsøkt i ulike land.

En norsk studie (Gaski og Abelsen 2017) viste at medisinstudenter som tidlig fikk velge turnusplass (nå omtalt som LIS1) i distrikt i Finnmark heller enn tilfeldig trekning, var forbundet med at flere fortsatte å arbeide som leger i området etter at praksisen var avsluttet. Samtidig var fordelene størst for de tettest befolkede kommunene.

En australsk studie viste at et program for kognitiv adferdsveiledning (cognitive behavioural coaching program) innrettet mot en bedre balanse mellom arbeid og privataliv, førte til at flere allmennleger ble værende i jobben i distriktene.

En kanadisk studie indikerte at mer fornuftig arbeidstid, tilgang på en stedfortredende lege som kan ta over ved fravær («locum tenens»), tilgjengelig faglig støtte og utdanningsmuligheter for barn ville påvirke legenes villighet til å bli i distriktene, men studien hadde lav kvalitet, ifølge Russell og kollegene hennes.

3. Regulatoriske tiltak

Regulatoriske tiltak som innebærer pliktjeneste i distriktene som gjentelse for en fordel, som for eksempel tilgang på spesialistutdanning, er forbundet med relativt lav retensjon i distriktene, særlig etter at pliktjenesteperioden er over.

4. Økonomiske insentiver

Internasjonalt har det vært benyttet en rekke ulike økonomiske insentiver for å beholde leger, som for eksempel mulighet til fastbetalt vikar, og økt lønn. De inkluderte studiene, som var gjennomført i USA og Australia, viste at de ulike økonomiske insentivene har ulik effekt, og effekten kan også variere med kontekst. Noen økonomiske insentiver kan være mer effektive til å rekruttere nye leger enn til å beholde leger. Noen av tiltakene som gjennomgås er mindre relevante for Norge, som subsidierte skolepenger for barn eller dekning av forsikringspremie.

Utdanningsmuligheter bør styrkes – tvangsartede tiltak bør unngås

Russell mfl. (2021) konkluderer med at det er økende evidens for at tiltak for å beholde helsepersonell i distriktene har effekt. De mener at beslutningstakere kan være trygge på at det å prioritere studenter med bakgrunn fra distriktene, tilbyr dem utdanning i distriktene og reduserer barrierer for kompetanseutvikling, bidrar til å beholde helsepersonellet i distriktene.

De mener at beslutningstakere som ønsker å beholde helsepersonell over tid bør styrke utdanningsmulighetene («training pathways») i distriktene og begrense mer tvangsartede tiltak, som pliktjeneste (bindingstid), som i mindre grad har en positiv effekt på om helsepersonellet blir værende i lengre tid.

Behov for mer kunnskap om effekten av tiltak

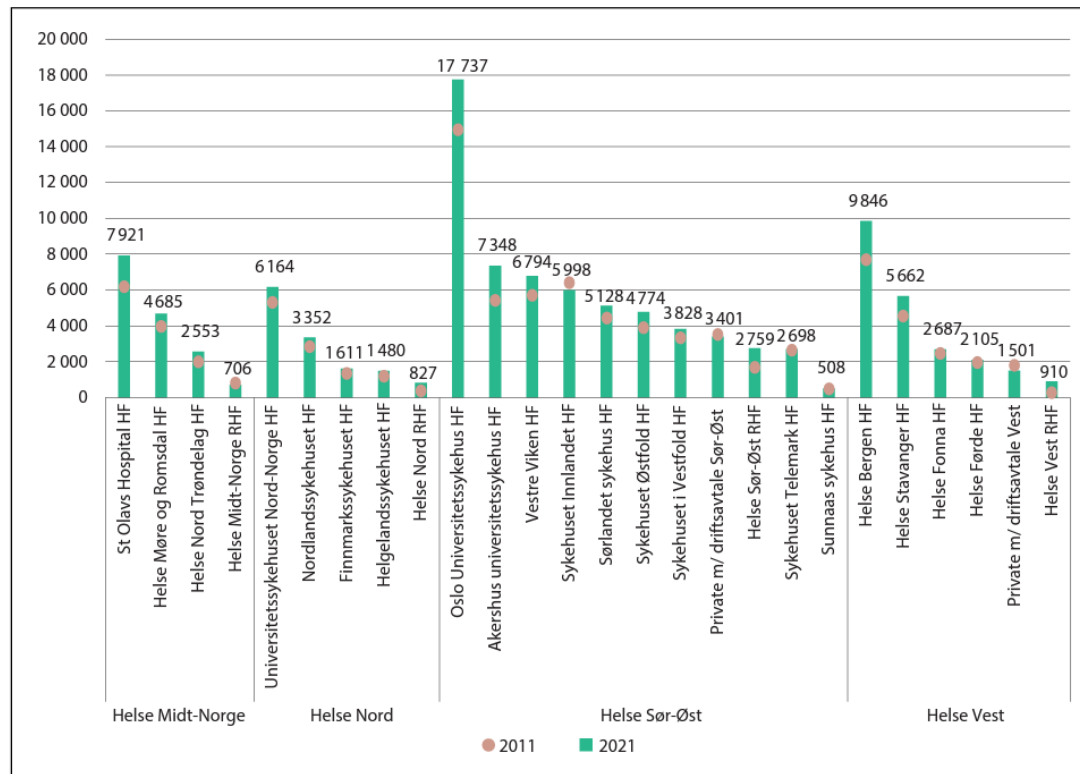
Samtidig mener Russell og hennes kolleger at det er betydelige mangler i kunnskapsgrunnlaget, at metodene som har vært benyttet har sine begrensninger og at det er behov for mer forskning på andre yrkesgrupper enn leger.

Folkehelseinstituttet (Dahm og Larun 2022) har skrevet en såkalt forskningsomtale av den systematiske oversikten til Russell mfl. (2021), og peker på det samme. FHI har liten tillit, og i noen tilfeller svært liten tillit, til resultatene på grunn av usikkerhet rundt metodisk kvalitet på de inkluderte studiene, ulike resultater på tvers av studiene og usikkerhet rundt overføringsverdien. Med andre ord er det begrenset med forskning om tiltak for å beholde helsepersonell i distriktene som holder høy nok kvalitet og som er overførbar til norske forhold.

- Utdanning
- Personlig og profesjonell tilrettelegging
- Regulering
- Økonomiske insentiver



Suget fra sentrum

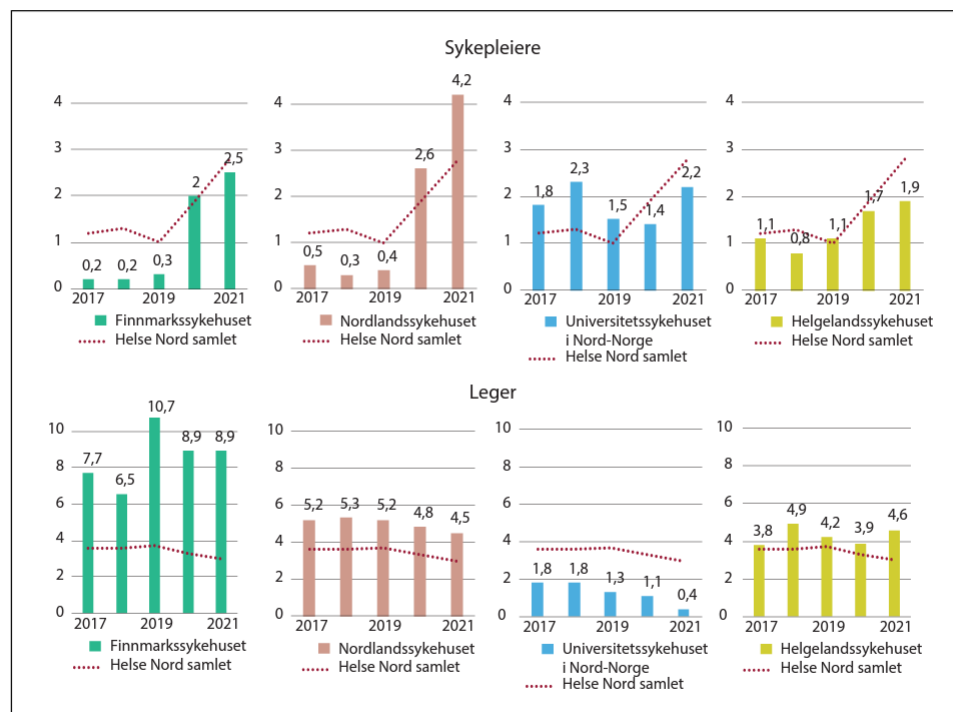


Figur 4.7 Avtalte årsverk i spesialisthelsetjenesten, fordelt på helseforetak. 2011 og 2021

Merk: Denne figuren viser avtalte årsverk eksklusive lange fravær, ettersom statistikk for avtalte årsverk inkludert lange fravær ikke er tilgjengelig. Både personell med og uten helse- eller sosialfaglig utdanning er inkludert. I 2011 var 400 årsverk registrert i det nå avviklede helseforetaket Rusbehandling Midt-Norge HF, og 19 og 75 årsverk var registrert i private institusjoner med drifts-



Innleie



Figur 4.21 Andel innleie for leger og sykepleiere relativt til totalt antall månedverk (faste og innleide) i helseforetakene i Helse Nord. 2018–2021

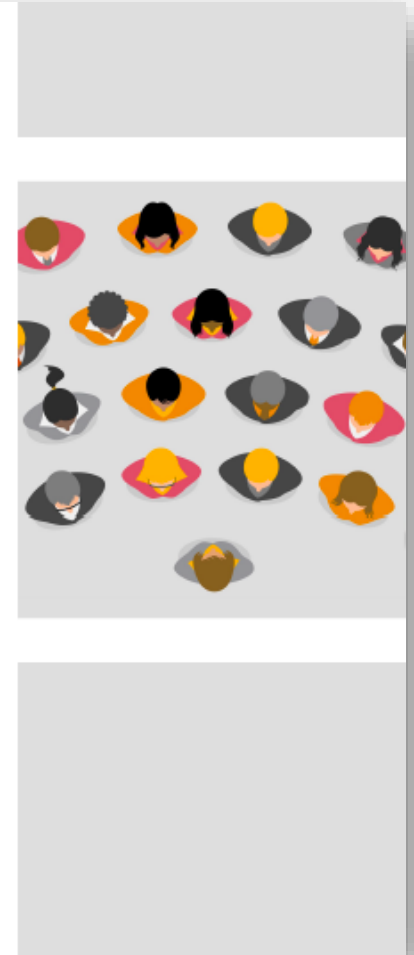


PWC - Finnmarkssykehuset

Hvordan sikre ressurser
til Finnmarkssykehuset?

August 2022

Finnmarkssykehuset HF



PWC - Finnmarkssykehuset

Høy turnover av administrerende direktører på Finnmarkssykehuset, samt fokus på økonomiske nedskjæringer har også bidratt til den negative spiralen

Det ble påpekt i flere intervju at det det har vært hyppig utskifting av administrerende direktører på Finnmarkssykehuset over lengre tid, og at dette oppleves som slitsomt. I intervjuene ble det fortalt om at ny ledelse satte i gang endringer, med fokus på nedskjæringer, og skulle "rydde opp", men sluttet før endringene hadde fått resultater eller blitt iverksatt ordentlig. Etter at ledelsen sluttet kom det så gjerne en ny ledelse som satte i gang endringer som igjen også ble "hengende" før de sluttet. Intervjukandidatene poengterte at endringene gjorde arbeidshverdagen vanskeligere.

En stadig endring i øverste ledelse gjør også noe med distansen mellom ledelsen og de som møter pasientene. Det tar tid for øverste leder å bygge opp tillit og forstå hvordan foretaket fungerer. Flere av de som ble intervjuet nevnte at de ikke føler at ledelsen forstår deres hverdag, og at man nå dessverre ikke har noen forventning om at ledelsen blir værende over tid. Flere oppga at de opplevde at fokuset i øverste ledelse er nedskjæringer uten god nok forståelse for hvordan foretaket henger sammen og hvordan ting ser ut for de som skal møte pasienter. Dette bildet gjenspeiles i spørreundersøkelsen. I snittet er det bare 46 prosent enighet i en påstand om at ledelsen ved Finnmarkssykehuset forstår deres hverdag (svarene var jevnt fordelt, men nesten 20 prosent ga lavest mulig score).

Mange av nedskjæringer som er gjort virker også å ha bidratt til destabilisering og gjort det vanskeligere å rekruttere. Ved å kutte i velferdsgoder og merkantil støtte blir det både mer krevende å rekruttere og få folk til å bli. Flere av de som ble intervjuet påpekte for eksempel at kutt i sekretærtjenesten og merkantil støtte gjorde at legene ikke klarte å bruke tiden sin godt, og måtte bruke uforholdsmessig mye av tiden sin på ting som ikke var fagrelatert og som andre kunne gjøre mer effektivt og billigere.

De røde tallene styrer alt. Helt forferdelig at de skal styre det meste. Opplevs som at hver gang vi kutter penger så skjer det klinisk, og ikke på ledelsen.



46%

enighet i at ledelsen ved Finnmarkssykehuset forstår deres hverdag



PWC - Finnmarkssykehuset

Lønn er viktig, men hvordan det fordeles er minst like viktig

I undersøkelsen fra McKinsey & Company kom det også frem at arbeidsgiver ofte tror at for lav kompensasjon er det mest utslagsgivende når ansatte forlater jobbene sine, sammen med dårlig helse og at medarbeidere ser etter en bedre jobb. Altså et sprik i forhold til det arbeidstakere selv trekker frem, nemlig tilhørighet og det å føle seg verdsatt av både leder og organisasjon.

Gjennom intervjuene kom det frem at det er forskjell rundt hvor viktig lønn anses å være for den enkelte. Mye tyder på at det er store forskjeller mellom yrkesgrupper, og at dette henger sammen med lønnsnivåene til de ulike yrkesgruppene. En overlege som tjener godt over snittet i Finnmark er forståelig nok mindre opptatt av lønn enn en nyutdannet sykepleier som sliter med å få boliglån. Trolig spiller også livsfase og ansiennitet inn på hvor viktig lønn er for motivasjonen.

I spørreundersøkelsen ble det spurt om *utover det som er fastlagt i lov, regler og tariffavtaler, hvilke tre faktorer anser du som mest motiverende*. Det som ble trukket fram som mest motiverende var 1) lønn, 2) utvikling og kompetansehevende tiltak og 3) spennende arbeidsoppgaver.

Noe som ble trukket frem i både intervju og arbeidsamlingene var at *hvordan* lønn fordeles er minst like viktig som *hva* som fordeles. Som nevnt tidligere så sier mange at store forskjeller som er lite transparente er demotiverende. Dette bekreftes gjennom spørreundersøkelsen hvor de ansatte fremmer at de verken opplever at måten faktorer som lønnstillegg, fri, fleksibilitet og kompetansehevende tiltak fordeles på er motiverende eller åpen og gjennomsiktig.

45%

enighet i at måten faktorer som lønnstillegg, fri, fleksibilitet og kompetansehevende tiltak fordeles på er **motiverende**

41%

enighet i at måten faktorer som lønnstillegg, fri, fleksibilitet og kompetansehevende tiltak fordeles på er **åpent og gjennomsiktig**

Goder er ikke til alle.

Lønn er ikke essensielt og er ikke en drivkraft



Søke

Starte

Være ansatt

Komme tilbake



PWC - Finnmarkssykehuset

Ledelsen skjønner nå at de er i ferd med å miste mange. Legger inn en bonus for å beholde seniorenene. Og bonus for å rekruttering. Men det er brannsløkking. De kommer i to år og forsvinner. Ingen som kommer opp permanent for den bonusen. Men vi andre trenger at vi blir satt pris for å bli. Vi trenger å bli sett. Vi mister motivasjonen. Det er veldig demotiverende.

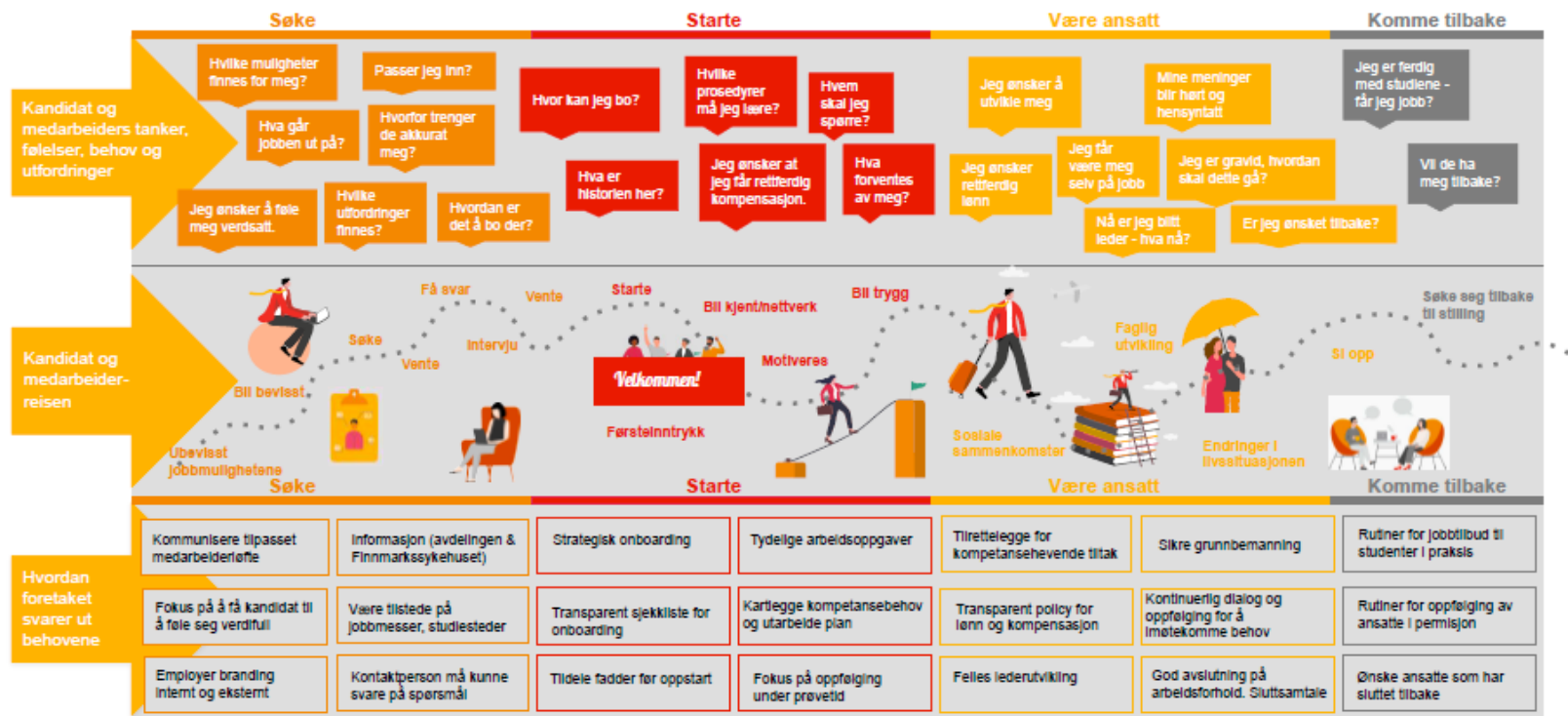


Har inntrykk av at de trenger folk så hardt at de prioriterer lønn og goder til de som de skal ha tak i, og så blir det forskjellsbehandling i forhold til vi som allerede er her. Det føles ikke greit. Min kollega får samme lønn, men også betalte reiser til Europa og betalt bolig.



PWC - Finnmarkssykehuset

Et overordnet bilde på hvordan en helhetlig kandidat- og medarbeiderreise kan fremstilles - fra før en kandidat søker til medarbeideren søker seg tilbake




A vertical line of white dots on the left side of the slide, extending from the top of the text area down to the bottom.

Erfaringer fra et mindre sykehus

Rammebetingelser

- Politisk ansvar
 - Private sykehus
 - Samfunnsmessige endringer

MANDAG 24. APRIL 2023


Tidsskriftet
DEN NORSKE LEGEFØRENING

ARTIKLER FAGOMRÅDER UTGAVER PODKAST FORFATTERVEILEDNING LEGEJØBBER SØK


LEDER
Nord og ned?


ARTIKKEL *Kari Milch Agedahl, Torben Wisborg Om forfatterne*




LITTERATUR


KOMMENTARER (0)


I sykehustalen for 2023 ba helseministeren Helse Nord om å sikre «bærekraften» fordi den økonomiske situasjonen er prekær. Dette brukes nå for å legitimere strukturelle endringer som vil endre helsetjenesten i nord dramatisk.




Publisert: 29. mars 2023
Tidsskr Nor Legeforen 2023
doi: 10.4045/tidsskr.23.0207
 PlumX Metrics

 PDF

 SKRIV UT

 KOMMENTER ARTIKKEL



Forutsigbare spilleregler

Forside > Nyheter > Disse områdene skal utredes innen funksjons- og oppgavedeling

Disse områdene skal utredes innen funksjons- og oppgavedeling

Helse Nord går nå i gang med et omfattende utredningsarbeid av funksjons- og oppgavedelingen i regionen. Styret har vedtatt hvilke områder som skal utredes.

Av: Anne May Knudsen, Helse Nord RHF / Publisert 29.03.2023 / Sist oppdatert 04.04.2023



Styret i Helse Nord vedtok i møtet 29. mars konkrete områder som skal utredes for å vurdere funksjons- og oppgavedeling. Foto: Ingrid B. Hangaas

Helse Nord har fått i [oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å vurdere behovet for endringer i funksjons- og oppgavedeling](#) som bidrar til at Helse Nord RHF kan ivareta sitt sørge for-ansvar på lang sikt. Oppdraget ble gitt 9. november 2022. Helse Nord's tilnærming til arbeidet er å ta steg for steg gjennom flere styresaker (se faktaboksen).

I styremøtet 29. mars 2023 var saken kommet dit at styret vedtok konkrete områder som

Forutsigbare spilleregler

1. Akuttfunksjoner

1. Akuttfunksjoner på sykehus
 1. Utrede organiseringen av akuttfunksjoner
2. Fødeenheter
 1. Utrede organisering av fødselsomsorgen
3. Psykisk helsevern – sykehusfunksjoner
 1. Utrede behovet for styrking av sykehusfunksjoner

2. Kapasitet og drift av elektive funksjoner

1. Psykisk helsevern - allmennpsykiatri
 1. Utrede organiseringen av distriktpsikiatriske senter (DPS)
 2. Utrede funksjoner og tjenestetilbud i DPS, inkludert variasjon i forbruk
 3. Utrede styrking av polikliniske tjenestetilbud
2. Planlagt kirurgi
 1. Utrede etablering av elektive enheter eller sykehus i Helse Nord
 2. Utrede ytterligere deling av elektive funksjoner
3. Rehabiliterings- og habiliteringstjenester
 1. Utrede endring av tjenestetilbud til egne sykehus med mer spesialisert rehabilitering
4. Private tjenester og avtalespesialister
 1. Utrede oppbygging av egen kapasitet for å kunne redusere kjøp av helse tjenester fra private

3. Diagnostiske funksjoner

1. Radiologi
 1. Utrede ytterligere vaksamarbeid i radiologi
 2. Utrede samorganisering av bildediagnostiske tjenestetilbud
 3. Utrede standardisering av medisinsk teknisk utstyr og undersøkelsesprotokoller
2. Laboratoriemedisin
 1. Utrede vaksamarbeid i laboratoriemedisin
 2. Utrede standardisering av medisinsk teknisk utstyr
 3. Utrede økning i egen analysekapasitet

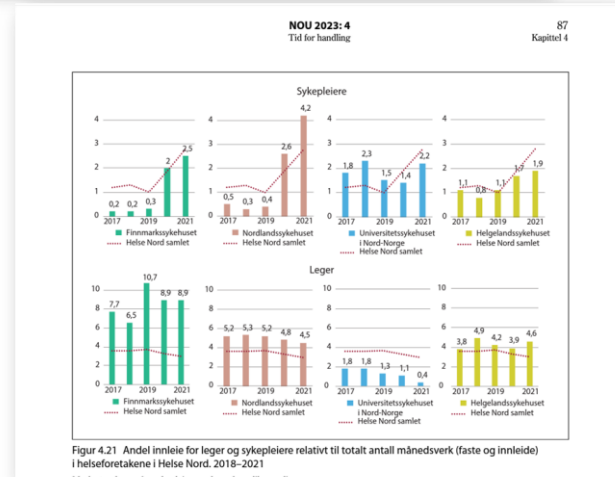
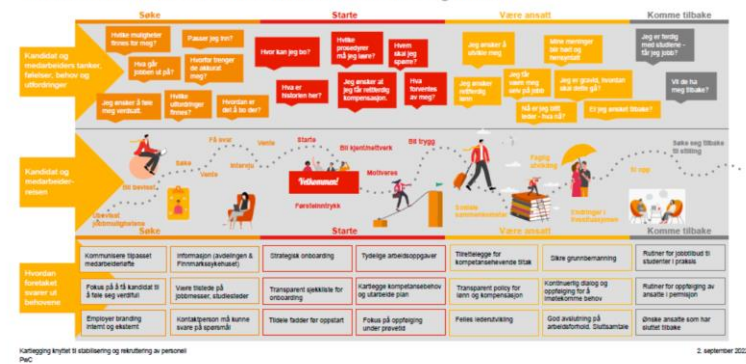
4. Samordning av primær- og spesialisthelsetjenesten



Respekt for medarbeidere

- Lik lønn
- Samkjørt organisasjon
- HR og jus
- Arbeidsforhold
- Mot til økonomisk fleksibilitet
- Muligheter for deltid/andre oppgaver

Et overordnet bilde på hvordan en helhetlig kandidat- og medarbeiderreise kan fremstilles - fra før en kandidat søker til medarbeideren søker seg tilbake



Nye Hammerfest sykehus



- 4 av 19 vaktrom
- «Bookbare» kontorer
- For få møterom
- For få poliklinikkrom
- Møtt med mistro



Lojalitet mellom helseforetak

- Behandlings samarbeid
- Nye spesialister jobber «begge steder»
- Regionale fagmøter

Spesialistutdanning på sentrale sykehus

- Stipendordninger
- Hostile take-over





Konklusjon

- Rammebetingelser
- Forutsigbarhet
- Respekt
- Arbeidsforhold
- Lojalitet & samarbeid



Takk for oppmerksomheten

torben@wisborg.net