

## SSU sak 40-2022

### Felles rekrutteringsprosjekt av leger i Vesterålen – forskningsbasert metodikk

Saksbehandler: Anders Svensson og Liss Eberg  
Dato dok: 21.11.2022  
Møtedato: 05.12.2022  
Vår ref: 2022/3859

Vedlegg (t):

Rekruttering av leger i Vesterålen - søknad statsforvalteren med prosjektbeskrivelse

#### Innstilling til konsensus:

1. Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) støtter prosjektet som beskrevet i prosjektbeskrivelsen og er enige i at prosjektet forankres i Helsefelleskapet.
2. SSU oppnevner følgende styringsgruppe som utgår fra SSU:
  - Hadsel kommunen: Marion Celius
  - Sortland kommune: Rita Johnsen
  - Nordlandssykehuset: Klinikkjef psykisk helse- og rus Hedda Soløy Nilsen
  - Nordlandssykehuset: HR-sjef Liss Eberg
3. Prosjektgruppe blir etablert som arbeidsgruppe og tiltak for oppfølging av innsatsområde demografi, rekruttering og teknologi i vedtatt handlingsplan.
4. Medlemmer i referansegruppe og prosjektgruppe utnevnes av prosjektleder i samråd med styringsgruppen

#### Bakgrunn:

En stabil legetjeneste preget av kontinuitet og kompetanse bidrar til gode tjenester både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Stabilitet og kontinuitet bidrar også til god samhandling over tjenestenivå. Prosjektet som er presentert gjennom vedlagt prosjektsøknad er tidligere presentert for Nordlandssykehuset i møte med direktørens ledergruppe, i Vesterålen Regionråd og Arbeidsutvalget i Vesterålen.

Nordlandssykehuset har vært positiv til prosjektet og ønsker å bidra med prosjektstilling fra HR i Nordlandssykehuset. Rekruttering av prosjektstilling er iverksatt. Bø kommune har på vegne av Vesterålskommune søkt og fått innvilget støtte fra Statsforvalteren for å gjennomføre prosjektet.

Prosjektet i regi av Vesterålskommunene tar nå initiativ til at SSU kan implementere prosjektet som en tiltak for å følge opp innsatsområde demografi, rekruttering og teknologi i vedtatt handlingsplan. Prosjektet ønsker en styringsgruppe som kan forankre arbeidet videre i Helsefelleskapet og følge opp målene for prosjektet. Prosjektet vil i forslag til konsensus inngå som tiltak for å følge opp handlingsplan.

#### Kommunenes vurdering:

Kommunene i Vesterålen har over lenger tid hatt utfordringer med rekruttering og stabilisering av fastlegestillinger. Koronapandemien og fastlegekrisen har forverret situasjonen og det er svært krevende å få tak på kompetente vikarer. Vesterålskommunene (med Bø kommune som prosjekteier)

søkte og fikk innvilget midler til et forprosjekt som ble gjennomført i 2021. Kartlegging viser at kommunene i stor grad deler den samme utfordringen og at det å få de unge legene til å bli på sikt kan bidra til å skape en stabil fastlegeordning. Kommunene har nå sikret finansiering til å gjennomføre prosjektet. Målsettingen er å bidra til god og riktig rekruttering og stabilisering av legetjenesten i regionen. Prosjektet skal organiseres gjennom helsefelleskapet og kan ses som et pilotprosjekt i helsefelleskapet. Det kan derfor bidra til å gjøre helsefelleskapet til en effektiv samhandlingsarena for å utvikle helsetjenesten i regionen.

### **Nordlandssykehuset HF's vurdering:**

Nordlandssykehuset Vesterålen er utfordret på rekruttering av legespesialister. Dette medfører et stort innleiebehov og økonomiske kostnader og ikke minst en økt arbeidsbelastning på de som er i jobb. Sammen med kommunene ser også Nordlandssykehuset utfordringer med å stabilisere og rekruttere legespesialister.

Det er behov for å styrke vår attraktivitet som arbeidsplass i region Vesterålen i et langsiktig kunnskapsbasert arbeid med stabilisering og rekruttering. Felles kunnskapsbasert rekrutteringsprosjekt av leger initiert av kommunene i Vesterålen, stiller Nordlandssykehuset seg positivt til.

Gode fagmiljøer vil være nødvendig for å beholde de leger vi har og virker rekrutterende. Dette tror vi er mulig å få til i et samarbeid mellom lokalsykehus og kommunene.

Det er avgjørende at det legges en metodisk tilnærming til grunn for prosjektet.

Nordlandssykehuset HF ønsker å bidra inn i prosjektet med 50% stilling tilknyttet HR-avdelingen som skal være lokalisert på lokalsykehuset i Vesterålen. Slik ressurs forutsetter at det er søkere til slik stilling.

### **Innledning**

Pasienten lever og bor i et lokalsamfunn, og det meste av behandlingen av pasienten foregår i kommunehelsetjenesten og i lokalsykehus. Kvaliteten på den helsetjenesten som kommunene og lokalsykehuset sammen yter og hvordan de samhandler er med andre ord avgjørende for innbyggernes helse.

Sykehuset og Vesterålskommunene deler utfordringen med rekruttering av legespesialister og instabilitet i helsetjenesten. Lokalsykehuset i Vesterålen har i dag flere ledige stillinger som overlegespesialist, fremfor alt innenfor psykisk helse. Kartlegging som ble gjort som en del av forprosjektet i 2021 viser at de fleste legene i Vesterålen både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene er unge og i begynnelsen av sin utdanning.

I kommunene har fastlegekrisen og pandemien skapt store problemer med å skaffe nødvendige vikarer noe som truer stabiliteten i fastlegeordningen. Kommunene og lokalsykehuset tilbyr en rekke ulike legestillinger i flere fagfelt og med ulike rammebetingelser. Flere leger i Vesterålen skifter arbeidsplass fra kommune til sykehus eller omvendt for å tilpasse arbeidet til faglige preferanser og sosial situasjon. Dette må ikke ses som et problem, men som en mulighet for både kommuner og lokalsykehus. Dersom vi kan få de unge legene til å bli i regionen kan vi på sikt løse utfordringene med legespesialister.

Hovedmålsettingen for prosjektet er god og riktig rekruttering og stabilisering av leger i Vesterålen. Det finnes lite dokumentasjon på at enkelttiltak for å bedre rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt fungerer, men samlet kan de ha effekt. Får å lykkes kreves det systematisk kunnskapsbaserte, langsiktige tiltak som involverer organisasjonene og lokalsamfunnet. Både kommuner og helseforetak har organisatoriske og økonomiske rammer som gjør dette utfordrende. Det er nødvendig med en balanse mellom rekruttering og stabilisering, og kortsiktighet og langsiktige

løsninger. Prosjektet skal gjennomføre en rekke aktiviteter i både sykehus og kommuner for å bidra til økt stabilitet og bedre rekruttering.

Prosjektet skal også bidra til å gjøre Helsefelleskapet til en effektiv og innovativ arena for samhandling og utvikling. Prosjektet kan organiseres og styres innenfor helsefelleskapsstrukturen inn under et faglig samarbeidsutvalg og Strategisk samarbeidsutvalg som styringsgruppe, og kan ses som et pilotprosjekt for å utforske og utvikle helsefelleskapets innsatsområde.

Prosjektet skal bruke et kunnskapsbasert implementeringsverktøy utviklet av Nasjonalt senter for Distriktsmedisin sammen med flere andre EU land som ramme for arbeidet.

Prosjektet er et 3-årig samarbeidsprosjekt finansiert av Statsforvalteren (lønn til prosjektleder og driftskostnader) og Nordlandssykehuset (lønn til prosjektmedarbeider i helseforetaket). Bø kommune er prosjekteier. Prosjektleder veiledes av Nasjonalt senter for Distriktsmedisin.

# God og riktig rekruttering av leger i Vesterålen - et vinnende lag

PROSJEKTBEKRIVELSE  
ANDERS SVENSSON, BØ KOMMUNE

## Innhold

Prosjektbeskrivelse God og riktig rekruttering og stabilisering av leger i Vesterålen 2022 – et vinnende lag .....	2
Introduksjon .....	2
Bakgrunn .....	2
Kartlegging av legetjenesten i Vesterålen .....	3
Rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt .....	6
Rammeverket for rekruttering og stabilisering av helsepersonell.....	7
Vurdering og analyse.....	8
Hva skal vi gjøre: Prosjekt «God og riktig rekruttering av leger i Vesterålen – det vinnende laget»	10
Målsetting.....	11
Formål.....	11
Hovedmål .....	11
Resultatmål.....	11
Organisering/prosjektstyring.....	11
Gjennomføring og aktiviteter .....	13
Forutsetninger (suksessfaktorer) .....	15
Risikohåndtering.....	15
Interessenter og avhengigheter .....	16
Overføringsverdi.....	16
Evaluering .....	16
Tidsramme.....	16
Budsjett og finansering.....	17
Budsjett .....	17
Tidsestimat og kostnad for aktiviteter .....	17
Finansiering .....	18
Referanser .....	18

# God og riktig rekruttering og stabilisering av leger i Vesterålen– et vinnende lag

## Introduksjon

*Helsevesenet, fremfor alt i distrikts-Norge, har lenge hatt utfordringer med å rekruttere helsepersonell. Mange lokalsykehus og kommuner mangler legespesialister. Til tross for mange tiltak er vi fortsatt avhengige av kostbare vikarordninger for å opprettholde tjenestene. Dette truer kvaliteten på tjenesten og kvaliteten på utdanningen av nye leger. Lokalsykehus og kommuner sitter i samme båt, og fisker etter leger i den samme dammen. Det foreslåtte prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom lokalsykehuset i Vesterålen og de fem kommunene som sokner til sykehuset. Målsettingen er «god og riktig» rekruttering og stabilisering av leger i regionen. Prosjektet er et resultat av et felles forprosjekt som har kartlagt legetjenesten i Vesterålen. Prosjektet er utviklet med hjelp av og skal bruke et kunnskapsbasert rammeverk for å implementere felles systematiske langsiktige tiltak basert på kunnskap om lokale forhold. Prosjektet skal utforske og utnytte de muligheter som ligger i det nyetablerte helsefellesskapet ved å styre og forankre prosjektet i den nye strukturen. Dette er nybrottsarbeid med potensiell stor overføringsverdi, og det er tenkt at følgeforskning skal gi ny kunnskap om både rekruttering og stabilisering og hvordan helsefellesskapene kan utvikles.*

## Bakgrunn

Pasienten lever og bor i et lokalsamfunn, og det meste av behandlingen av pasienten foregår i kommunehelsetjenesten og i lokalsykehus. Kvaliteten på den helsetjenesten som kommunene og lokalsykehuset sammen yter og hvordan de samhandler er med andre ord avgjørende for innbyggernes helse.

*«Vi trenger sterke lokalsykehus som har både infrastruktur og økonomi til å sikre befolkningen god spesialisthelsetjeneste som kan være attraktive arbeidsplasser for ansatte. Den internasjonale trenden viser at det er ønskelig å flytte spesialisthelsetjenester ut fra sykehusene og nærmere befolkningen, og det gjør ikke lokalsykehusene mindre viktig som base for kompetanse og rekruttering» (1)*

Vi trenger også kommuner med en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste og fastlegetjeneste av god kvalitet og innhold. Vi må ha personell med riktig kompetanse og gode arbeidsvilkår i alle ledd. Kontinuitet gir bedre kvalitet i helsetjenesten (2), men er også en forutsetning for god samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Kommunene i Vesterålen og lokalsykehuset, har i likhet med andre distriktsregioner, hatt store utfordringer med å rekruttere leger over lang tid. Den pågående fastlegekrisen og pandemien har forverret situasjonen, ikke bare i Vesterålen, men i hele landet, og har ført til at også kommuner i mer sentrale strøk har blitt rammet. Pandemien har i tillegg ført til mangel på vikarer både i spesialisthelsetjenesten og kommunen, noe som har forverret situasjonen ytterligere og ført til redusert kapasitet og store kostnader.

I 2021 fikk Bø kommune skjønnsmidler fra Statsforvalteren til et forprosjekt med målsettingen om å beskrive og kartlegge legetjenesten i regionen og vurdere hvordan kommunene og lokalsykehuset kan jobbe i lag for å bedre situasjonen.

## Kartlegging av legetjenesten i Vesterålen

Vesterålen er en distriktsregion med fem kommuner og et lokalsykehus med poliklinisk og døgntilbud innenfor indremedisin (27 senger), kirurgi og ortopedi (17 senger), gynekologi og fødeavdeling (8 senger), psykiatri og rus (8 senger) og poliklinisk barne- og ungdomspsykiatri. Sykehuset har øyeblikkelig hjelp plikt for somatiske helsetjenester og har døgnvaktordninger for indremedisin, kirurgi, gynekologi og psykiatri og rus.

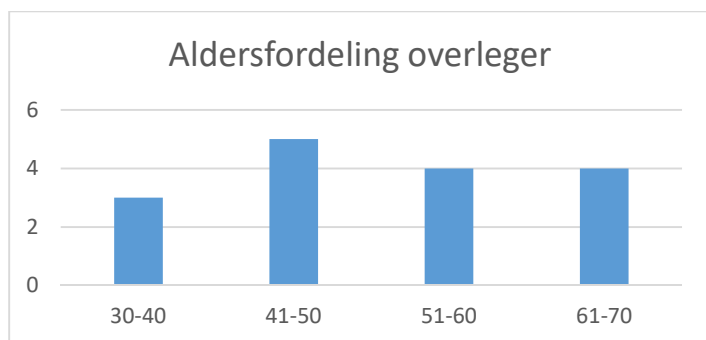
Det jobber 106 leger i Vesterålen, 45 jobber i kommunene og resten på lokalsykehuset. Erfaring tilsier at det er vanlig at leger i Vesterålen skifter arbeidsplass mellom kommunene og mellom sykehuset og kommunene. Vesterålen kan derfor ses som en bo- og arbeidsregion for leger.

Det finnes ikke data på mobilitet av leger på lokalsykehusnivå (HR NLSH). Kartleggingen viser at ni av de 25 overlegestillingen på sykehuset er vakante (2021). Antall kvalifiserte søkere på overlegestillinger er lavt og det har vært vanskelig å få tilsatt overleger. Dette, og kravet til vaktordninger med minst firedelt vakt for overleger, skaper stort behov for innleie av overlegevikarer.

	Overleger	Alder	Ledige	LIS2	Alder LIS2	Ledige stillinger
<b>Indremedisin</b>	6	45	3	7	31	0
<b>Kirurgi</b>	4,5	53	1	2	31	0
<b>Ortopedi</b>	4	44	0	2	35	0
<b>Gynekologi</b>	4	62	2	1	33	0
<b>Psykiatri</b>	4	66	2	2	32	0
<b>BUP</b>	2	50	1	2	48	1

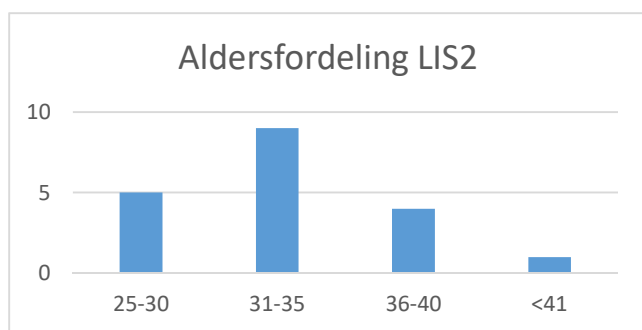
### Stillingsoversikt NSLH Vesterålen

Gjennomsnittsalderen for overleger er lavere enn landsgjennomsnittet (51 år). Fire av overlegene kommer i pensjonsalder de neste ti årene.



### Aldersfordeling overleger NSLH Vesterålen

Sykehuset har totalt 15 utdanningsstillinger (LIS2). Alle stillinger unntatt en (BUP) er besatt. Gjennomsnittsalderen er lav (31 år) og bare to av LIS2-legene har gjennomført hele eller deler av videreutdanningen ved større sykehus.



### Aldersfordeling LIS2

Psykatri og BUP har få søkere til utlyste LIS2-stillinger, men de andre avdelingene har relativt god tilgang på kvalifiserte søkere (5 søkere i gjennomsnitt).

Undersøkelse viser at 12,8 % av fastlegene i Nord-Norge slutter hvert år (Rapport Helse Nord RHF, 2018 s.7). Vesterålen har lyst ut 6 stillinger som fastlege de siste to årene, det vil si at ca 7% av fastlegene i Vesterålen har sluttet de siste to årene.

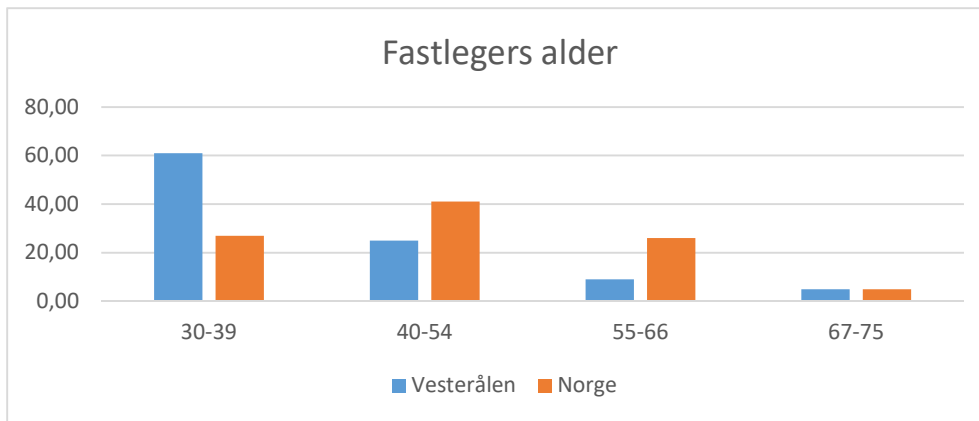
Kommunene har 45 leger ansatt, 44 av disse jobber som fastlege og en jobber som fulltids sykehjemslege. Kommunene har en rekke ulike legeoppgaver knyttet til helse- og omsorgstjenesten og samfunnsmedisin som i stor grad dekkes av fastlegene. Fire av de fem kommuneoverlegene er fastleger, den femte er kommuneoverlege og sykehjemslege. Fire av kommuneoverlegene er spesialister i samfunnsmedisin og en er under utdanning. Andelen spesialister i allmenntid medisin i Vesterålen er lavt (19%) sammenlignet med landsgjennomsnittet (56%). Mange er i begynnelsen av sin spesialistutdanning og 13 av legene har ikke gjennomført obligatorisk videreutdanning på sykehus.

Kommune	Antall fastleger	Gjennomsnittsalder	Erfaring	Antall spesialister	Leger over 60 år
<b>Sortland</b>	14	38	5,4	4	0
<b>Hadsel</b>	11	35	3,6	1	0
<b>Øksnes</b>	6	43	12	2	1
<b>Bø</b>	5	52	15	3	3
<b>Andøy</b>	6	46	4,8	3	0

### Fastleger i Vesterålen

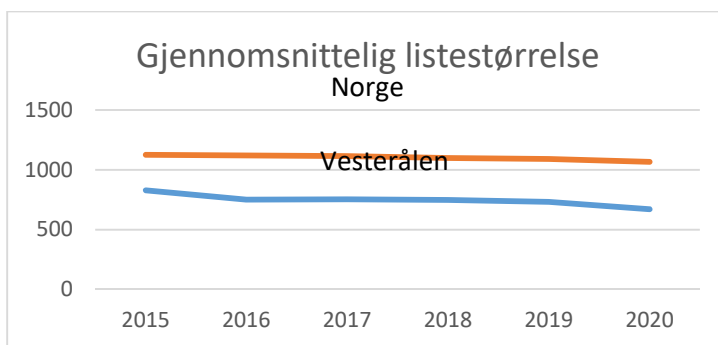
Gjennomsnittsalderen er også lav (43år) og 60% av fastlegene er under 40 år. Fem av legene er over 58 år og kommer til å oppnå pensjonsalder de neste ti årene. Det rammer fremfor alt Bø kommune der halvparten av legene er >59 år.





### Aldersfordeling fastleger Vesterålen

Antall fastlegehjemler har gått opp fra 35 i 2015 til 44 i 2021 og gjennomsnittlig listestørrelse har gått ned fra 829 til 672. Listestørrelsene nasjonalt er også redusert, men i mye mindre grad.



### Gjennomsnittlig listestørrelse

De to største kommunene, Sortland og Hadsel, har lange ventelister til fastleger, men ingen ledige plasser. De som står på venteliste kan ha fastlege, men et ønske om å bytte. Det er likevel sannsynlig at ventelistene også representerer et udekket behov. Forskrift om pasient og brukerrettigheter i fastlegeordningen (§2) gir innbyggerne har rett til å skifte fastlege. For å ha en reell mulighet til å skifte skal det være minst to ledige lister tilgjengelig. En av kommunene (Øksnes) oppfyller dette kravet.

Det er to ledige fastlegehjemler i regionen (Andøy). Bare to av spesialistene i allmenntmedisin er utdannet utenfor regionen og regionen har bare rekruttert en spesialist i allmenntmedisin de siste fem årene. Antall søkere til fastlegehjemler er relativt lav, og ingen eller veldig få er spesialister i allmenntmedisin.

I tre av kommunene har fastlegene næringsdrift helt eller delvis (8.2 avtale). De andre kommunene har fastlønn med forskjellige tillegg. En av kommunene planlegger overgang til fastlønn det neste året. Grunnet stort fravær hos fastlegene (utdanningspermisjoner, fødselspermisjoner, sykefravær) har behovet for vikarer vært stort. Vikarkostnadene er økende fordi vikarene nå krever fastlønn. Til tross for at sykefraværet er relativt lavt hos leger, er det forventede fraværet utenom ferie og kurs relativt stort (andre utdanningspermisjoner, avtalefestede permisjoner, lokale avtaler, fødselspermisjoner og fravær grunnet sykt barn). Fraværet er beregnet til ca 7 årsverk/år samlet for

fastlegene i Vesterålen. Legene på sykehus har også stort forventet fravær. Mangel på vikarer har ført til økt arbeidsbelastning hos de faste legene i flere av kommunene og på sykehuset.

NLSH Vesterålen har 12 stillinger som LIS1-lege. Sykehuset har svært godt rykte blant medisinstudenter og mange kvalifiserte leger søker stilling i Vesterålen. LIS1-tjenesten ved lokalsykehuset er en svært viktig lege-rekrutteringskilde både for kommunene og lokalsykehuset. 41% av fastlegene og 64% av LIS2 på sykehuset har gjort LIS1/turnustjeneste i regionen. Spesielt viktig har dette vært for Hadsel, der 83% av fastlegene har gjort LIS1 i regionen. Det legges vekt på lokal tilknytning, det vil si at de er oppvokst i Vesterålen eller har nær familie i regionen både ved ansettelse av leger i kommunene og helseforetaket. 39,5% av fastlegene har tilknytning til Vesterålen. I Øksnes er fire av seks leger fra Vesterålen og i Bø er halvparten fra Vesterålen.

Ved tilsetting av leger skal kvalifikasjonsprinsippet legges til grunn, men det er åpnet for at lokal tilknytning kan vektlegges. Dette får størst betydning ved tilsetting av LIS1 der kandidatene har relativt like formelle kvalifikasjoner og erfaring. Ved tilsetting av LIS2 på sykehuset er det større variasjon i kompetanse og erfaring på søkerne og lokal tilknytning får derfor mindre betydning. 7,1% av LIS2 ved lokalsykehuset er fra Vesterålen.

Det ser ut til at LIS1-tjeneste i regionen er svært viktig for rekruttering av leger til LIS2 til lokalsykehuset og for vertskommunen Hadsel.

	LIS1 i Vesterålen	Lokal tilknytning
<b>LIS 2 NLSH Vesterålen</b>	64%	7%
<b>Kommunene Vesterålen</b>	41%	40%
<b>Hadsel</b>	84%	8%
<b>Sortland</b>	60%	20%
<b>Andøy</b>	17%	50%
<b>Bø</b>	50%	50%
<b>Øksnes</b>	17%	67%

*Lokal tilknytning og LIS rekruttering*

### Rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt

Det finnes omfattende litteratur om rekruttering og stabilisering av personell i helse- og omsorgstjenesten. Det er lite dokumentasjon for enkelttiltak, men samlet kan tiltakene være virkningsfulle. De faktorer som sterkest er assosiert med å begynne i jobb i distriktsområder er at kandidaten har vokst opp i distrikt, har blitt eksponert for distrikt under utdanningen, helst tidlig, og at man har fått målrettet trening for å jobbe i distrikt. (3)

Økonomiske insentiver er ofte brukt for å rekruttere og stabilisere helsepersonell. Studier viser at de har ført mange leger til distriktene. De har med andre ord en rekrutterende effekt. Det er imidlertid vanskelig å peke på insentiver som har noen dokumentert stabiliserende effekt (4,5). Viktige suksessfaktorer for å stabilisere helsepersonell har vist seg å være følelsen av å jobbe sammen, jobbe i team, muligheten av faglig utvikling og sikre nødvendig kompetanse for å håndtere jobben (3). Det betyr at stabilisering av helse- og omsorgstjenesten fremfor alt skjer på den enkelte arbeidsplassen.

Kommunene i Vesterålen har gjennomført en rekke rekrutterende og stabiliserende tiltak (gode lønns- og arbeidsvilkår i nasjonal sammenligning, reduserte listestørrelser og økt bruk av fastlønn)

som har ført til økte kostnader for kommunene. Kommunene har bevisst satset på leger med lokal tilknytning. Ingen av kommunene har laget langsiktige planer for legetjenesten, Tiltak som er gjennomført bærer preg av brannslukking og individuell tilpassing, og er ikke systematiske og gjennomtenkte. Effekten av dem kan derfor bli svekket. Noen av kommunene har utarbeidet gode kompetanseplaner, men det virker som om de er lite implementert i praksis. I andre kommuner er kompetanseplanene mangelfulle og ikke oppdaterte.

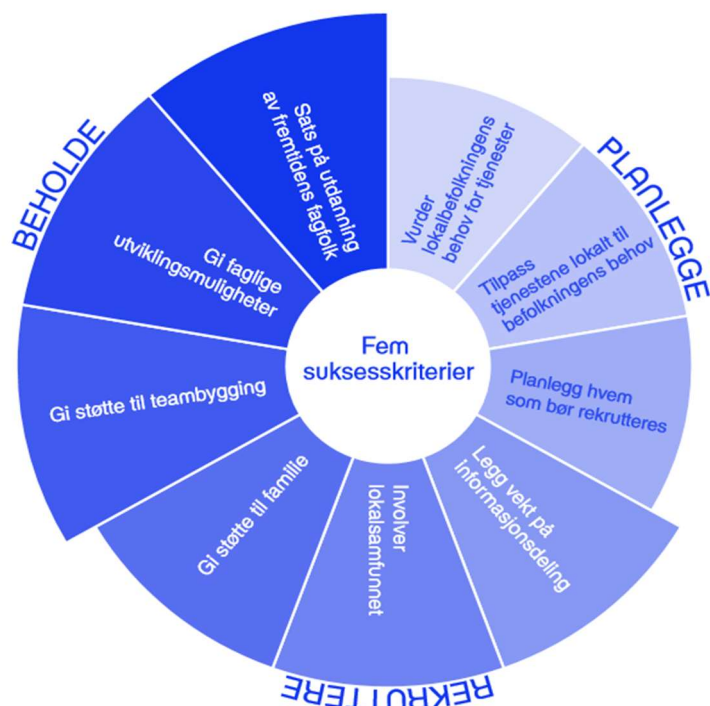
HR avdelingen i Nordlandssykehuset har en ansatt lokalt i Vesterålen. Stillingen er administrativ og jobber fremfor alt med tilsetting og oppfølging av ansatte og er lite involvert strategisk arbeid i rekruttering og stabilisering av helsepersonell. Den strategiske kompetanseplanen for NLSH er god, men i likhet med kommunene så er det usikkert hvor stor praktisk betydning denne har for avdelingene på lokalsykehuset. Lokalsykehuset prøver å legge til rette for rekruttering av leger, men har ingen systematisk plan for det. Lokalsykehuset er i stor grad styrt av rammevilkårene i hele Nordlandssykehuset og handlefriheten lokalt kan synes å være begrenset.

### Rammeverket for rekruttering og stabilisering av helsepersonell

Rammeverket for rekruttering og stabilisering bygger på forskningsbasert kunnskap om rekruttering i utkantstrøk, og er utviklet av Nasjonalt senter for Distriktsmedisin (NSDM) sammen med partnere fra Sverige, Island, Skottland og Canada. Det beskriver hvordan det kan arbeides systematisk med rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distriktsområder. Prinsippene for rekruttering og stabilisering av helsepersonell er de samme uavhengig av setting. Rammeverket er derfor egnet til å bruke i rekrutteringssvake områder med lokalsykehus slik som Vesterålen.

Rammeverket består av ni strategiske gjøremål, fordelt på de tre stegene: Planlegge, Rekruttere og Beholde.

Figuren gir en grafisk beskrivelse av de ni strategiske gjøremålene i modellen. Modellen er ikke ment som en lineær prosess, og elementene er derfor plassert i en sirkel. Rammeverket kan implementeres i sin helhet, men det er ikke en oppskrift som må følges til punkt og prikke for å oppnå resultater. Rammeverket er fleksibelt og det er mulig å konsentrere innsatsen om ett eller flere blant de ni strategiske gjøremålene og oppnå bedring i rekruttering og stabilitet.



Figur: Rammeverk for rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt

- **Planlegge** – Dette steget innebærer aktiviteter som kan gjøres lokalt, regionalt eller på et nasjonalt nivå for å sikre at befolkningens behov blir regelmessig vurdert, at tjenestemodellene er hensiktsmessige og at de riktige menneskene blir rekruttert til de lokale tjenestene.
- **Rekruttere** – Dette steget innebærer aktiviteter som vanligvis ligger til det lokale nivået. Det må sikres at de som rekrutteres, får den støtten og informasjonen som trengs for å gjøre det store valget det er å flytte til en ny kommune. De må også sikre at de og familiene føler seg velkommen og blir integrert i lokalsamfunnet.
- **Beholde** – Dette steget omfatter aktiviteter som er nødvendig for å gi den støtten som trengs, for å sikre at nåværende og fremtidige fagfolk har karrieremuligheter i distrikt og at mulighetene oppleves som positive.

**Fem suksesskriterier** anses essensielle for å kunne implementere rammeverket:

- Anerkjennelse av det unike i distrikt
- Inkludering av distriktenes perspektiver – «ingenting om oss uten oss».
- Tilstrekkelige ressurser
- En årlig syklus med aktiviteter
- Regelmessige evalueringer

### Vurdering og analyse

Kommunene og lokalsykehuset tilbyr en rekke ulike legestillinger i flere fagfelt og med ulike rammebetingelser. Flere leger i Vesterålen skifter arbeidsplass fra kommune til sykehus eller omvendt for å tilpasse arbeidet til faglige preferanser og sosial situasjon. Dette må ikke ses som et problem, men som en mulighet for både kommuner og lokalsykehus.

Tilgangen på unge leger nasjonalt er tilfredsstillende være god, men vi mangler spesialister i Norge (6). Det at legestanden i Vesterålen er ung, og at det er få vakante utdanningsstillinger, taler for at Vesterålen har vært dyktige til å rekruttere unge leger til spesialistutdanning. Men både kommunene og lokalsykehuset mangler ferdige spesialister. Alle fastleger skal være spesialist i allmenmedisin eller under utdanning til spesialist for å kunne jobbe som fastlege. Sykehuset må ha spesialister for å opprettholde forsvarlig tilbud, det er krav om overleger i alle fagområder. Kommunene kan til en viss grad erstatte spesialister med leger under utdanning, men trenger likevel spesialister for tilby veiledning og utdanning. Manglende kapasitet og stabilitet av spesialister truer kvaliteten på tjenestene og kvaliteten på den utdanningen vi tilbyr de unge legene som velger å jobbe i Vesterålen. Manglende kontinuitet vanskeliggjør også samhandlingen mellom lokalsykehus og helsetjenesten i kommunene. Dette rammer kvaliteten på den helsetjenesten vi tilbyr pasientene.

Legene i Vesterålen er unge, og mange er i begynnelsen av sin spesialistutdanning. Dersom regionen kan få de unge legene til å bli, og komme tilbake etter nødvendig videreutdanning på større sykehus, kan det på sikt løse utfordringene med manglende spesialistdekning. Noen av kommunene må rekruttere leger for å erstatte leger som går av med pensjon de neste årene. Avdelingene på sykehuset må også rekruttere spesialister for å sikre forsvarlig drift og veiledning.

Ved tilsetting av LIS1 er lokal tilknytning et viktig kriterium, og dette har sannsynligvis hatt betydning for rekruttering av unge leger fremfor alt til kommunene. Det bør vurderes hvordan dette kan utnyttes systematisk.

For å lykkes med rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt må man anerkjenne det unike i det å jobbe i distrikt og ta hensyn til dette når man planlegger og drifter helsetjenestene. Det er ikke, og skal ikke være det samme å jobbe som lege i Vesterålen som i Oslo eller Bodø. Lokalsykehuset trenger derfor nok autonomi og handlingsrom for å kunne iverksette tiltak basert på lokale forhold og behov.

Samtidig har både kommuner og fremfor alt Nordlandssykehuset kompetanse og lang erfaring med rekruttering og stabilisering av helsepersonell, og lokale tiltak må tilpasses sentrale føringer og strategier. Vi må sikre en balanse mellom lokal autonomi og organisasjonenes overordnede krav og behov, mellom kortsiktige tiltak og langsiktighet. Forankring i hele organisasjonene og HR er avgjørende for å lykkes med denne balansegangen.

Pasienten lever og bor i et lokalsamfunn, og det meste av behandlingen av pasienten foregår i kommunehelsetjenesten og i lokalsykehus. God samhandling mellom fastlegene og lokalsykehuset er en forutsetning for å gi et tilbud av god kvalitet og tilgjengelighet fremfor alt for pasienter med kroniske sammensatte lidelser slik som skrøpelige eldre og pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer. Samarbeidet på fagnivå og rundt enkeltpasienter er stort sett godt i Vesterålen, men på systemnivå har det vært mer utfordrende og preget av at kommunene er svært forskjellige, og har hatt problemer med samordning og koordinering i møter med et stort og velorganisert helseforetak.

Målet med de nyetablerte helsefelleskapene er å skape mer sammenhengende og bærekraftige helse- og omsorgstjenester til pasienter som trenger tjenester fra både spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Helsefelleskapet skal bidra til å gjøre «partene til partnere». Styringsstrukturene i helsefelleskapet er preget av en tydelig ovenfra- og ned-tenkning. Uten å forholde seg til kompleksiteten både geografisk og faglig er målsettingen ikke mulig å oppnå. Lokal forankring av helsefelleskapene er derfor avgjørende for å lykkes. God og riktig rekruttering av leger

i Vesterålen må baseres seg på lokal kunnskap og kontekst, men krever samtidig overordnet samordning og forankring for å lykkes. Helsefelleskapet er en naturlig arena for dette.

### Hva skal vi gjøre: Prosjekt «God og riktig rekruttering av leger i Vesterålen – det vinnende laget»

Prosjektet er et 3-årig samarbeidsprosjekt mellom kommunene og lokalsykehuset som skal føre til varige endringer tilnærmingen til det å sikre seg «gode og riktige» leger i Vesterålen. Det skal også bidra til å utvikle det nyetablerte helsefelleskapet til en konstruktiv arena for samarbeid, utvikling og endring.

Kommunene og lokalsykehuset i Vesterålen deler de samme utfordringene, og dersom vi jobber sammen er sannsynligheten større for å lykkes. I og med at en forutsetning for å lykkes er å involvere hele organisasjonen er forankring og eierskap viktig. Prosjektet skal bidra til å utvikle det nylig etablerte helsefelleskapet og kan ses på som et pilotprosjekt innenfor helsefelleskapsstrukturen.

Prosjektet består av aktiviteter som samlet skal møte utfordringene med rekruttering og stabilisering av leger i regionen som er beskrevet i kartleggingen ovenfor. Aktivitetene skal planlegges i detalj av det Faglige samarbeidsutvalget. Aktivitetene er planlagt gjennomført spredt ut over prosjektperioden. Noen av aktiviteten omfatter alle deltakende organisasjoner, mens andre kan gjennomføres i utvalgte avdelinger/kommuner. Prosjektet er et dynamisk utviklingsprosjekt og tilpassinger og justeringer basert på erfaringer og evalueringer må påregnes.

Stabilisering i seg selv er rekrutterende, og stabilisering av eksisterende personell er en av nøklene for å lykkes. Det viktigste er å skape en arbeidsplass der legene ønsker å jobbe – å skape et vinnende lag. Muligheter til fagutvikling, følelse av felleskap og teamarbeid og kompetanseutvikling tilpasset de arbeidsoppgaver legen er satt til å utføre er avgjørende for å lykkes.

Dette må skje på den enkelte arbeidsplass, og flere av de planlagte aktivitetene fokuserer på ledelse og utvikling av den enkelte arbeidsplassen:

- Utarbeidelse av plan for legetjenesten,
- Lederkurs og veiledning av helseledere
- Kontinuerlige statusoppdateringer

Forutsigbare utdanningsløp bidrar til god fagutvikling og to av aktivitetene fokuserer på dette:

- Felles utdanningsplan for leger i regionen
- Introduksjonspakke med mentorordning

Vi bør prioritere arbeidet med stabilisering, men er fortsatt avhengig av rekruttere de rette folkene:

- Vesteråls pakken - et digitalt, interaktivt, lokalt tilpasset rekrutteringsverktøy
- LIS1 som rekrutteringsverktøy

De planlagte aktivitetene må ses i sammenheng, og må integreres som en del av hele organisasjonens arbeid med rekruttering og stabilisering. Aktivitetene må tilpasses eksisterende planverk. Tiltakene må tilpasses avdelingenes behov og evalueres regelmessig. NSDM skal veilede prosjektleder i prosjektledelse og evaluering.

Rammeverket utviklet av NSDM har vist seg nyttig ved gjennomføringen av forprosjektet, og skal også legges til grunn ved gjennomføring av prosjektet for å sikre helhetlig systematisk tilnærming.

## Målsetting

### Formål

God og riktig rekruttering og stabilisering av leger i Vesterålen, både i kommuner og HF, og bidra til at helsefellesskapet utvikles til en viktig arena for samhandling og utvikling.

### Hovedmål

- Bidra til felles, systematisk og kunnskapsbasert tilnærming til rekruttering og stabilisering av helsepersonell i kommunene og lokalsykehuset i Vesterålen
- Bidra til langsiktighet i planlegging og drift av legetjenesten både i lokalsykehus og kommuner, og gjøre arbeidsplassen til en aktiv rekrutterings- og stabiliseringsarena.
- Bidra til økt samarbeid mellom lokalsykehus og kommuner, og til å gjøre helsefellesskapet til en konstruktiv arena for samarbeid og endring
- Utforske hvordan rammeverket «Making it Work - Rammeverk for rekruttering og stabilisering av helsepersonell» kan og bør brukes som praktisk verktøy for rekruttering og stabilisering av helsepersonell

### Resultatmål

- Prosjektet skal bruke strukturer i helsefellesskapene og gi innspill til Partnerskapsmøtet om muligheter og utfordringer ved rekruttering og stabilisering av helsepersonell
- Kommuner og lokalsykehus skal ha økt antall kvalifiserte søkere til legestillinger i Vesterålen (målsetting 5 kvalifiserte søkere på stilling som fastlege og overlege)
- Fastleger og LIS 2/overleger på lokalsykehus skal jobbe lenger i hjemlene/stillingene (
- Kostnadene for vikarinleie skal reduseres med 30%
- Alle kommuner og lokalsykehuset skal ha vedtatt Plan for legetjenester i slutten av prosjektperioden
- Kurs og gruppeveiledning for ledere av legetjenestene skal være gjennomført
- Kommuner og lokalsykehus skal ha tilgang til kontinuerlig statusoppdatering og framskrivning av legebehov basert på relevante og oppdaterte data
- Kommuner og lokalsykehus skal ha utdanningsplaner for leger
- Felles utlysning av legestillinger skal være utprøvd
- Resultater og erfaringer fra prosjektet skal publiseres i fagfelleverdert tidsskrift, rapporter og andre egnete fora, og formidles til praksisfeltet.

## Organisering/prosjektstyring

Prosjektet er forankret i organisasjonenes toppledelse både administrativt og faglig, og er strategisk viktig for partnerne iht. strategier/planer og målsettinger for fremtidens helse- og omsorgstjeneste. Nordlandssykehuset og kommunene vil involvere personell innen helse, administrasjon og organisasjonsutvikling som prosjektdeltakere.

Prosjektet er organisert etter vertskommune-modellen med Bø kommune som eier. For å sikre god forankring i både kommunene og helseforetaket skal prosjektet organiseres som et Faglig samarbeidsutvalg (arbeidsgruppe) i helsefellesskapet, med Strategisk samarbeidsutvalget som styringsgruppe. Strategisk samarbeidsutvalg har beslutningsmandat i prosjektet og skal utnevne deltakere i det Faglige samarbeidsutvalget, samt bestemme hvilke avdelinger og kommuner som skal delta i de forskjellige aktivitetene.

Ved gjennomføring av aktiviteter skal det tas hensyn til eksisterende planverk og andre pågående overlappende prosjekter. Prosjektet skal bruke eksisterende organisasjonsstrukturer og styringssystemer, og skal i så liten grad som mulig starte prosesser og skape systemer utenom den normale strukturen. Prosjektet ledes av prosjektleder som er ansvarlig og rapporterer til styringsgruppen. Det skal tilsettes en prosjektmedarbeider/nestleder i HR-avdelingen Nordlandssykehuset. Prosjektmedarbeider skal ha ansvar for administrasjon av prosjektet og støtte prosjektleder i økonomistyring. Regnskap skal føres i Bø kommune sitt regnskapsystem og følge kommunale regler og retningslinjer for prosjektrekskap.

Det skal etableres en rådgivende referansegruppe med relevant kompetanse innenfor HR og prosjektledelse.

Prosjektleder er av avgjørende betydning for prosjektets gjennomførbarhet. Prosjektleder må ha kunnskap om organisasjonsstrukturer og organisasjonskulturene i både kommunene og helseforetak. Prosjektleder må ha nok tillit og autoritet i begge organisasjonene for å kunne lede prosjektet effektivt.

Prosjektleder skal veiledes av Nasjonalt senter for Distriktsmedisin som har god kompetanse og erfaring av helsetjenesteforskning og -utvikling og prosjektledelse. Prosjektet skal etablere kontakt med andre prosjekter som jobber med rekruttering og stabilisering av helsepersonell i Nord-Norge (for eksempel Helgelandslegen).

#### Roller og ansvar

Rolle	Ansvar
<b>Bø kommune</b>	Prosjekteier, regnskapsansvarlig
<b>Prosjektleder</b>	Administrativ og faglig leder for prosjektet
<b>Strategisk samarbeidsutvalg</b>	Styringsgruppe
<b>Faglig samarbeidsutvalg</b>	Prosjektgruppe
<b>Nordlandssykehuset</b>	Sykehuseier, forankring og støtte. Prioritering av interne ressurser til gjennomføring av prosjektet.
<b>HR Nordlandssykehuset</b>	Deltaker FSU, nestleder/administrativ ressurs
<b>Sortland, Øksnes, Hadsel, Andøy kommuner</b>	Deltakere i FSU, prosjektdeltakere, støtte, prioritering av interne ressurser til gjennomføring av prosjektet.
<b>Avdelinger på sykehuset</b>	Deltakere i aktiviteter og arbeidsgrupper
<b>Avdelinger i kommuner</b>	Deltakere i aktiviteter og arbeidsgrupper
<b>Referansegruppe</b>	KS, Legeforeningen, Helse Nord, andre kompetansemiljøer
<b>Nasjonalt senter for Distriktsmedisin</b>	Veileder for prosjektleder. Evalueringsstøtte



## Gjennomføring og aktiviteter

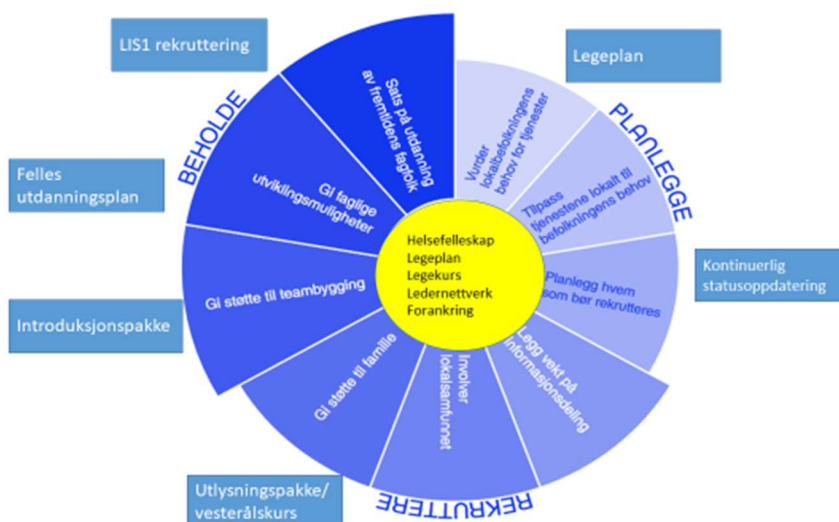
Det faglige samarbeidsutvalget skal i oppstarten av prosjektet planlegge aktivitetene og prioritere og foreslå hvilke kommuner og avdelinger på sykehuset som skal delta og hvordan aktiviteten skal gjennomføres. Prosjektet er et dynamisk utviklingsprosjekt og må kontinuerlig tilpasses endrede rammevilkår, prioriteringer, ny kunnskap og lokale forhold.

Prosjektet består av ni aktiviteter som gjennomføres på ulike tidspunkt i prosjektperioden. Hver enkelt aktivitet kan ses på som et tiltak med egen prosjektleder, målsetting og plan som utarbeides av det faglige samarbeidsutvalget. Prosjektleder skal ha et overordnet ansvar for samordning og oppfølging av aktivitetene. Aktiv bruk av Rammeverket for rekruttering og stabilisering av helsepersonell skal sikre helhetlig tilnærming og systematikk.

- Helsefellesskap  
Prosjektet skal organiseres og styres gjennom helsefellesskapet, og er et pilotprosjekt for å utforske hvordan det nyetablerte helsefellesskapet kan brukes for å utvikle samarbeidsprosjekter i regionen. Prosjektet skal samarbeide tett med samhandlingslederne fra kommunene og helseforetaket. Samhandlingslederne i kommuner og helseforetak skal inviteres til å delta i det faglige samarbeidsutvalget.
- Planlegging og prosjektstyring  
Faglig samarbeidsutvalg er arbeidsgruppe i prosjektet og ansvarlig for planlegging, gjennomføring, kontinuerlig evaluering og forankring av prosjektet hos interessenter. Det skal gjennomføres oppstartsseminar, årlige prosjektsamlinger og avslutningsseminar. Arbeidsgruppen skal møtes en gang i måneden, enten på Teams eller fysisk.
- Legelederkurs  
Det skal arrangeres kurs for ledere som leder leger (med personell og budsjettansvar). Dette skal bidra til økt kompetanse for ledere av leger i kommunene og sykehusavdelinger. Arrangeres i samarbeid med DNLF og KS.
- Helseledernetverk  
Ledere for legetjenestene skal inviteres til gruppeveiledning, jfr gruppeveiledning i allmenntjenestene og samfunnsmedisin. Gruppeveiledning skal fokusere på egne erfaringer og utfordringer i sykehus og kommunen. Veileder skal ha utdanning i gruppeveiledning.
- Kontinuerlig statusoppdatering – kunnskap om mobilitet  
Arbeidet skal sikre kontinuerlig oppdatert informasjon om personellsituasjonene som skal brukes for årlig evaluering av legeplaner. Alle ansatte som slutter i jobben skal intervjues, eventuelt kan spørreskjema brukes.
- Legeplan  
Det skal utarbeides plan for legetjenesten i kommunene og på avdelingsnivå i lokalsykehuset, eller alternativt revisjon av eksisterende legeplan. Arbeidet må koordineres med arbeidspakke «Felles utdanningsplan for leger». Aktiviteten skal bidra med kompetanse og støtte til planarbeid, herunder mal for legeplan i kommunene og i sykehus. Organisasjonenes kompetanseplanverk og rutiner for planarbeid skal legges til grunn. Kommunene og helseforetaket skal ha egne separate nettverksmøter for å koordinere arbeidet og gi hverandre innspill.

- LIS 1 som rekrutteringsverktøy  
 Aktiviteten skal vurdere hvordan LIS1-ansettelser kan brukes som rekrutteringsverktøy – eventuelt via koblede stillinger i allmenntilleggsmedisin/psyk/BUP. Der foregår allerede flere tiltak/prosjekter i andre deler av landet med samme målsetting, og arbeidsgruppe skal innhente erfaring og kunnskap fra disse i arbeidet. Arbeidet kan få konsekvenser for hele Nordlandsykehuset og alle kommuner, og kan kreve revisjon av tjenesteavtale 12. Dette må behandles i helsefellesskapet og i de enkelte organisasjonene
- Utlysningspakke Vesterålen  
 Aktiviteten skal utarbeide en felles utlysningspakke for Vesterålen, og veiledningspakke i rekruttering for enkeltkommuner og klinikker. Nødvendig kompetanse må sikres internt eller eksternt. HR Nordlandssykehuset, kommunene og lokalsamfunnet skal involveres og delta aktivt i arbeidet.
- Introduksjonspakke med mentorordning  
 Alle avdelinger/kommuner skal utarbeide introduksjonspakke for nyansatte leger. Arbeidsgruppens oppgave er å skrive mal, gi råd og innspill og vurdere mentorordning for nytilsatte. Pakken må inkludere hvordan lokalsamfunnet kan og bør involveres, for eksempel familietilpassing og fritidsaktiviteter.
- Felles plan for utdanning av leger i Vesterålen  
 Det skal utarbeides forutsigbare utdanningsplaner for leger i kommunene og lokalsykehuset, . Knyttes til tjenesteavtale 6. Utdanningsplanene skal være basert på en ROS-analyse for rekruttering og stabilisering. Arbeidet må godkjennes av styringsgruppen og partnerskapet i helsefellesskapet og innarbeides i tjenesteavtalene mellom kommunene og helseforetaket.
- Veiledning og evaluering  
 Nasjonalt senter for Distriktsmedisin skal veilede prosjektleder i ledelse og evaluering av prosjektet. Det skal vurderes om følgeforskning på effekt og implementering av rammeverket skal gjennomføres.

Aktivitetene er en del av en felles helhetlig strategi basert på «Rammeverket for rekruttering og stabilisering av helsepersonell». Aktiviteter i kjernen av prosjektet, suksessfaktorene, skal prioriteres.



## Forutsetninger (suksessfaktorer)

Prosjektet er omfattende og involverer et lokalsykehus med ledelse i Bodø og fem autonome kommuner. Prosjektet må vektis og organiseres slik at alle involverte parter har nødvendig eierskap, innflytelse og kan høste gevinst av prosjektet på kort og lang sikt. Det må settes av nok ressurser til prosjektet både personellmessige og økonomisk. Deltakende organisasjoner har lang erfaring med og kompetanse i rekruttering og stabilisering av helsepersonell. Mange strukturer og rutiner er etablerte og innarbeidet. Prosjektet må ta hensyn til og tilpasses andre pågående og planlagte tiltak i kommuner og helseforetak, og bruke eksisterende kompetanse innenfor HR i Nordlandssykehuset og kommunene. Prosjektet kan ses på som et endringsprosjekt, og for å lykkes med endringsarbeid kreves det blant annet systematisk arbeid som involverer hele organisasjonen fra toppledelse til avdelingsledere og medarbeidere (Kotter, 1995).

## Risikohåndtering

Risiko	Tiltak/Håndtering
<b>Manglende prioritering av ressurser (økonomiske og personellmessige)</b>	Forankring i hele organisasjonen gjennom organisering i helsefellesskapet. Sikre kortsiktige gevinster. Gode evalueringer og rapporter. Kontinuerlig statusoppdatering av situasjonen.
<b>Endring i omgivelser/rammevilkår i kommune eller helseforetak</b>	Forpliktende avtaler med involverte organisasjoner. God prosjektstyring av helsefellesskapet.
<b>Frafall av nøkkelpersoner</b>	Personuavhengige utnevnelser i arbeidsgrupper og aktiviteter. Nestleder i prosjektet.
<b>Budsjettoverskridelser</b>	Administrativ støtte fra HR NLSH. Følge kommunale rutiner for regnskap. Prioritering av kjerneaktiviteter (suksessfaktorer).
<b>Manglende motivasjon</b>	God informasjon. Sikre kortsiktig gevinst som feires. Nettverksarbeid. Bruk av media og sosiale medier. Publikasjon av resultat i forskningsfora.
<b>Avdelingsledere og andre involverte har altfor mange andre oppgaver og ansvar til at de klarer å prioritere prosjektet</b>	Se til at så mye som mulig gjøres i arbeidsmøter. Koble arbeidet til eksisterende oppgaver innenfor rekruttering og stabilisering. Administrativ støtte fra HR NLSH og kommune.
<b>Fragmentering</b>	Prosjektet omfatter flere organisasjoner og aktiviteter. Prosjektleder og nestleder skal involveres i alle aktiviteter. HR Nordlandssykehuset som skal delta i FSU skal ha et overordnet ansvar for tiltak i lokalsykehuset.

## Interessenter og avhengigheter

Prosjektet må gjøres kjent gjennom aktiv og planlagt mediestrategi internt i helseforetaket og kommunene, og også i offentlige fora. Sosiale medier (Facebook, Instagram og Twitter) må brukes aktivt. Det bør utnevnes medierådgiver/ansvarlig i prosjektet.

Deltakelse i og presentasjon av prosjektet i konferanser og faglige fora er viktig for å gi anerkjennelse til deltakerne, skape motivasjon og fremdrift i prosjektet.

## Overføringsverdi

Å sikre kvalifisert helsepersonell i distriktsregioner en kontinuerlig og økende utfordring i Norge og internasjonalt. Prosjektet skal ta i bruk et kunnskapsbasert rammeverktøy for rekruttering og stabilisering av helsepersonell for å gi god og riktig rekruttering av leger. Kunnskapene og erfaringene fra dette prosjektet kan bli verdifulle for alle organisasjoner som driver helsetjenester, både nasjonalt og internasjonalt. Dette prosjektet omhandler rekruttering og stabilisering av leger, men erfaringene og kunnskapen forventes å ha overføringsverdi til annet helsepersonell.

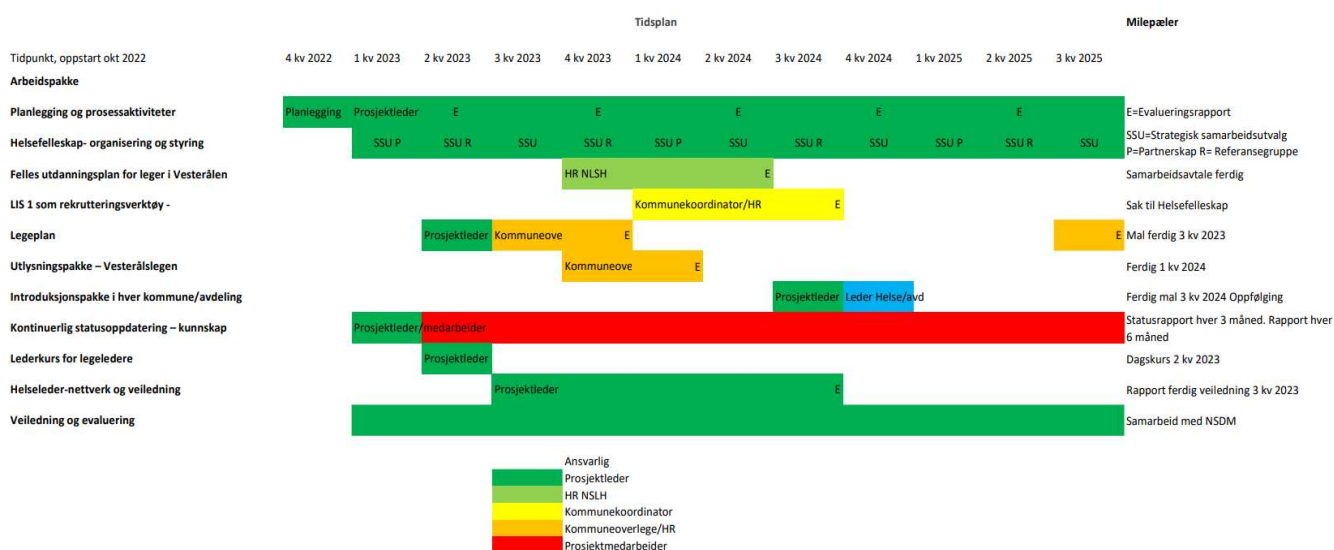
Prosjektet skal bruke det nyetablerte helsefellesskapet som styringsstruktur, og erfaringene kan bidra til å utvikle helsefellesskapene nasjonalt til å oppnå målsettingene om samhandling i partnerskap.

## Evaluering

Prosjektet som helhet skal evalueres kontinuerlig med rapportering til styringsgruppen hver 6. måned. Plan for evaluering og evalueringsverktøy for hver aktivitet skal utvikles under planleggingsfasen av prosjektet. De angitte resultatmålene er en kombinasjon av gjennomførte aktiviteter, utarbeiding av konkrete leveranser og målbare resultatmål.

## Tidsramme

Prosjektet er et tre-års prosjekt med aktiviteter fordelt over prosjektperioden. Prosjektet er komplekst og involverer mange aktører, og ytre faktorer kan påvirke gjennomføringen. Tidspunkt og varighet av aktivitetene skal vurderes av det faglige samarbeidsutvalget.



## Budsjett og finansering

Prosjektet er et 3-årig samarbeidsprosjekt mellom de fem Vesterålskommunene og lokalsykehuset i regionen. Bø kommune er vertskommune og eier av prosjektet. Aktiviteter i prosjektet skal gjennomføres på ulike tidspunkter i prosjektperioden og årsbudsjettet varierer derfor. Totalbudsjett over hele prosjektperioden er 4,7 millioner kr. Egenandelen (personell og driftskostnader i aktiviteter og veiledning fra NSDM) er ca. 50%. Planlagt oppstart er høsten 2022.

Egenandelen er skjønnsmessig beregnet ut i fra planlagte aktiviteter. Lønnskostnader for personell i kommuner og helseforetak er beregnet med 600kr/time fordi det er mange forskjellige yrkesgrupper med ulik lønn som deltar i prosjektet. Honorar prosjektleder er basert på frikjøp av fastlege med 1000 kr/time i tråd med gjeldende tariff. Det er planlagt konsulenttjenester for å utarbeide en digital informasjonspakke for Vesterålen.

Prosjektet er planlagt finansiert gjennom skjønnsmidler (totalt kr 1 765 000 kr), egenandeler (kr 1 940 000) og gjennom eksterne midler (Innovasjonsmidler Helse Nord).

## Budsjett

	Egenandel Kommune	Egen- andel HF	Total Egen- andel	Honorar prosjekt leder	Lønn NLSH	Leie av lokaler	Reise	Trans- port	Kjøp av tjeneste r	Total
<b>2022</b>	60000	50000	110000	100000	90000	0	5000	3000	2000	310000
<b>2023</b>	400000	330000	730000	480000	340000	40000	70000	40000	100000	1800000
<b>2024</b>	350000	330000	730000	550000	340000	5000	25000	10000	90000	1750000
<b>2025</b>	125000	110000	250000	190000	250000	30000	15000	5000	5000	745000
<b>2022- 2025</b>	935000	820000	1820000	1320000	1020000	75000	115000	58000	197000	4605000

## Tidsestimat og kostnad for aktiviteter

Aktiviteter	Egenandel kommune (timer)	Egenandel kommune	Egenandel HF (timer)	Egenandel HF	NSDM
<b>Planlegging og prosjektstyring</b>	750	450000	650	390000	
<b>Kontinuerlig statusoppdatering</b>	15	9000	15	9000	
<b>Felles utdanningsplan</b>	105	63000	120	72000	
<b>LIS 1 rekrutteringsverktøy</b>	85	51000	100	60000	
<b>Legeplan</b>	180	108000	170	102000	
<b>Utlysningspakke</b>	30	18000	20	12000	
<b>Introduksjonspakke</b>	50	30000	70	42000	
<b>Legelederkurs</b>	5	3000	5	3000	
<b>Helselederveiledning</b>	145	87000	145	87000	
<b>Veiledning og evaluering</b>					120000
	1365	819000	1295	777000	120000

## Finansiering

Finansiering	Egenandel	Skjønnsmidler	Helse Nord	Total prosjektkostnad
2022	110000	110000	90000	310000
2023	730000	730000	340000	1800000
2024	730000	680000	340000	1750000
2025	250000	245000	250000	745000
<b>Hele prosjektperioden</b>	<b>1940000</b>	<b>1765000</b>	<b>1020000</b>	<b>4725000</b>

## Referanser

1. S. Slørdahl, Lokalsykehuset viktig for befolkningen og helsetjenesten, Dagens medisin 21. Januar 2021
2. H. Sandvik et al, Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care. A registry-based observational study in Norway, British journal of general Practice, Vol.72, Issue 715, February 2022
3. Abelsen et al, Plan, recruit and retain: a framework for local healthcare organisations to achieve a stable remote rural workforce, Human resources for health 202, Vol 18 issue 1
4. Lehman U, Dieleman M, Martineu T. staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: A literature review of attraction and retention. BMC Health ServRes. 2008;8:19.
5. Grobler L, Marais BJ, Mabunda S. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. Cochrane Database Syst Rev. 2015;6:1–25
6. Helsedirektoratet, Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten, Rapport IS 2967, 2020