Styringsutfordringer i ny søknadsbasert turnus

■ BIRGIT ABELSEN • Forskningsleder, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet
■ MARGRETE GASKI • Seniorforsker, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet

Geografisk fordeling av leger er ett av målene med turnusordningen. Formålet med denne artikkelen er å peke på noen styringsutfordringer i den nye søknadsbaserte turnusordningen sett i lys av dette målet. De handler blant annet om selektiv oppmerksomhet fra helsemyndighetens side og mangler i samstyringen mellom helseforetak og kommuner.

Fra 1. september 2013 er det ikke lenger et vilkår å gjennomføre turnustjeneste for å få autorisasjon som lege. Legers rett til turnustjeneste opphørte og systemet for tildeling av turnusstillinger ble endret fra loddtrekning til søknadsbasert hvor helseforetak og kommuner sammen ble pålagt å lyse ut koblede turnusstillinger.

Artikkelens datagrunnlag

Artikkelen bygger på de åtte statusrapportene om den nye søknadsbaserte turnusordningen som Helsedirektoratets så langt har gitt ut (1–8), og en studie initiert og gjennomført av Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) (9). NSDMs studie legger særlig vekt på å få fram hvordan den søknadsbaserte turnusordningen er implementert og hvordan helseforetak og kommuner samstyrer ordningen. Den er opptatt av kommunenes, og spesielt distriktskommunenes, posisjon i den nye ordningen og er ment som et supplement til Helsedirektoratets statusrapporter om turnusordningen som i all hovedsak har oppmerksomheten rettet mot helseforetakene.

Helsedirektoratets statusrapporter legger vekt på å få fram kvantitative kjennetegn ved de som har søkt og de som har blitt tilsatt i et helseforetak, det vil si de ordinære turnusstillingenes første del. NSDMs studie er satt sammen av to delstudier. I den første delstudien analyseres tekstinnholdet i alle utlysninger av turnusstillinger i løpet av de første tre årene med ny turnusordning (totalt 718 annonser og 3118 stillinger). Dette for å finne ut hvordan helseforetak og kommuner i praksis kobler sammen turnusstillinger, samt omfang og typer reststillinger som oppstår underveis. Den andre delstudien bygger på 39 intervju gjennomført våren 2016 med et utvalg turnusleger og relevante representanter for helseforetak, kommuner, fylkeslegen og KS i tre utvalgte fylker som tradisjonelt har utfordringer med legerekruttering; Finnmark, Nord-Trøndelag og Sogn og Fjordane.

Mindretallet blant søkerne og flertallet blant de tilsatte har utdanning fra Norge

Tabell 1 sammenfatter noe av informasjonen i de åtte statusrapportene fra Helsedirektoratet. Den viser at det i 2016 var til sammen 1810 søkere til 907 ledige turnuslegestillinger. De sendte til sammen 29 501 søknader noe som tilsvarer et gjennomsnitt på 16,3 søknader pr. søker. Halvparten av søkerne ble tilsatt. Et mindretall blant søkerne (37 prosent) hadde utdanning fra Norge. Andelen som ble tilsatt, var imidlertid høyest blant de med norsk utdanning (71 prosent) og lavest blant de med utdanning fra et land utenfor EØS (17 prosent).

Hardere kamp om stillingene – de med norsk nasjonalitet foretrekkes

Antall ordinært utlyste turnuslegestillinger har i perioden 2013 til 2016 variert mellom 887 (i 2014) og 907 (i 2016). Tabell 1 viser at i takt med økning i antall søkere, har andelen søkere som blir tilsatt, gått ned. Nedgangen har i hovedsak rammet søkere med norsk utdanning og i noen grad de med utdanning fra land utenfor EØS. Blant de med utdanning fra et EØS-land, har både antall søkere og andelen tilsatte økt. Den store majoriteten både blant søkere og tilsatte turnusleger har norsk nasjonalitet. I de åtte første søknadsrundene hadde totalt 82 prosent av søkerne og 93 prosent av de tilsatte turnuslegene norsk nasjonalitet.

Ny ordning møtt med motstand

Endringen av turnusordningen ble fra Helsedirektoratets side begrunnet i stor pågang og lang ventetid på turnus, at turnusstillinger burde bli mer lik vanlige stillinger i arbeidslivet, harmonisering til regelverk for det felles europeiske arbeidsmarkedet, store norske studentkull i utlandet, stor søkning til ordningen fra utenlandske statsborgere og at det norske helsevesenet ikke har behov for alle legene som søker turnustjeneste (10). Legeforeningens sentralstyre var enig med myndighetene om at endring måtte til, men på grasrota i egne rekker møtte de motstand (11). Motstanderne ønsket å bevare den gamle ordningen fordi de mente at den har bidratt til en effektiv og rettferdig fordeling av leger til hele landet. Videre var budskapet at den nye ordningen ville skyve det viktige forvaltningsansvaret for legefordeling fra staten til helseforetak og kommuner og skape unødig byråkrati. Legeforeningens årsmøte vedtok en resolusjon foreslått av tillitsvalgte fra Nord-Norge, som tydelig understreket at staten må ta et overordnet ansvar for rettferdig legefordeling gjennom turnusordningen (11).

UTDANNINGSLAND	2013	2014	2015	2016
Norge	732 (75%)	655 (75%)	645 (75%)	672 (71%)
EØS-land	815 (40%)	814 (45%)	787 (47%)	919 (43%)
Land utenfor EØS	141 (18%)	120 (25%)	178 (25%)	216 (17%)
Totalt	1 688 (56%)	1 589 (56%)	1 610 (56%)	1 809 (50%)

TABELL 1. *Antall søkere til ledige turnuslegestillinger og (andel tilsatt) i perioden 2013–2016.*

ordning

ILLUSTRASJONSFOTO: FOTOLIA

Geografisk fordeling av leger fortsatt et mål

Helsedirektoratet (10) framholder at hovedmålet med den søknadsbaserte turnustjenesten er, som med den gamle, at ferske leger under særskilt veiledning og opplæring skal få nødvendig erfaring og praktisk rutine for å kunne utføre forsvarlig legevirksomhet. I tillegg understreker de viktigheten av å videreføre målsettingen om en geografisk fordeling av turnusstillinger (10). Underforstått er målet fortsatt geografisk fordeling av leger, selv om det ikke er formulert eksplisitt.

Det er god grunn til å anta at den trekningsbaserte ordningen bidro til fordeling av gode leger til hele landet, fordi den basert på tilfeldighet ga distriktserfaring og påfølgende distriktsarbeid for leger som kanskje i utgangspunktet ikke hadde planer om dette (11). Men den geografiske legefordelingseffekten av den gamle turnusordningen er, som helhet, ikke særlig godt dokumentert. Det finnes generelt lite forskningsbasert kunnskap om den gamle turnusordningen. Det er imidlertid gjennomført enkeltstående studier fra Finnmark og Sogn og Fjordane (12–14), som viser at turnustjenesten tradisjonelt har vært en viktig legerekrutteringskilde for de to fylkene.

Ivaretakelsen av det overordnede forvaltningsansvaret

Kravet om at helsemyndighetene skal ta et overordnet forvaltningsansvar for turnusordningen er fulgt opp ved at Helsedirektoratet har etablert en elektronisk turnusportal hvor alle turnusstillinger må lyses ut og søkes på. De ordinære turnusstillingene (dvs. koblede stillinger med ett år i et helseforetak og et halvt år i en kommune) lyses ut og tilsettes i samlede og nasjonalt ensartede prosesser to ganger årlig. De innebærer imidlertid to ulike tilsettingsforhold; ett i et helseforetak og ett påfølgende i en kommune.

Det er etablert nasjonale frister knyttet til utlysningen av de ordinære turnusstillingene i form av utlysningsfrister, søknadsfrister, tilbudsfrister og svarfrister. Det er imidlertid verd å merke seg at stringensen med nasjonale frister i praksis kun gjelder for tilsettingen i helseforetak. Hvordan tilsettingen for turnustjenesten i kommunen foregår, legger ikke Helsedirektoratet seg opp i.

Det er videre bestemt at alle reststillinger som oppstår underveis, både i helseforetak og kommuner, også skal lyses ut og søkes på i turnusportalen. Helsedirektoratets rundskriv og veileder om turnusordningen for leger (10), er et ytterligere bidrag til nasjonal normering. Den kom imidlertid seint, nær to år etter at den nye søknadsbaserte turnusordningen var innført.

Helsedirektoratet har så langt laget åtte statusrapporter om den søknadsbaserte ordningen – en for hver av de ordinære søknadsrundene fra våren 2013 til og med høsten 2016 (1–8). Statusrapportene har et noe snevert utgangspunkt og handler kun om utlysning, søkning til og tilsetting i de ordinære turnusstillingene som starter med tilsetting i et helseforetak. De gir ingen opplysninger om tilsetting i kommunene, gjennomføringen av selve turnustjenesten eller utlysning og tilsetting i reststillinger.

Praksisen med selektiv stringens og føring av statistikk kun for deler av turnusordningen isolert til tilsettingen i helseforetakene, gir grunn til å spørre om et helhetlig forvaltningsansvar for turnusordningen er godt nok ivaretatt. Hva er det som tilsier at det er verdt å overvåke tilsetting i turnusstillinger i helseforetak, men ikke i kommunene?

Samstyring mellom helseforetak og kommuner – en utfordring

Den søknadsbaserte turnusordningen forutsetter at helseforetak og kommuner evner å samstyre ordningen. Samstyring er tidstypisk og moderne og innebærer en gjennomgripende endring i den tradisjonelle, hierarkiske styringslogikken. Hansen og medarbeidere (15) peker på tre viktige forutsetninger for å få til samstyring: at beslutninger fattes gjennom dialog og forhandlinger; at det er gjensidig avhengighet mellom de som skal samstyre; og at aktiviteter relatert til samstyringen koordineres. Disse forutsetningene for å få til samstyring har til dels manglet i de tre fylkene som inngår i NSDMs studie. I det videre utdypes dette.

Ikke helt i mål med avtaler

Samhandlingsreformen er et annet empirisk eksempel som bygger på samstyring mellom helseforetak og kommuner. Samstyringen er her gitt en juridisk og formalisert form med et omfattende avtaleverk som helseforetak og kommuner er pålagt å forhandle frem, operasjonalisere og reforhandle ved behov. Fra forskerhold er det stilt spørsmål ved om kommuner har kompetansen, ressursene og strukturene som skal til for å drive reell samstyring sammen med helseforetak (15).

Det anbefales (i Helsedirektoratets veileder for ny turnusordning) at helseforetak og kommuner inngår en samarbeidsavtale som de skal styre etter. Slik sett likner den søknadsbaserte turnusordningen på samhandlingsreformen. Våre funn tyder imid-

lertid på at det i liten grad er inngått formelle avtaler. I de undersøkte fylkene har man satset på å få til felles avtaler som er likelydende for alle kommuner, noe som også var tilfelle for tjenesteavtalene som ble inngått med innføringen av samhandlingsreformen. Man har imidlertid i liten grad kommet i mål med avtaler som er signert av alle parter. Avtaler antas derfor, så langt, å ikke ha bidratt til å skape forpliktelse til samstyring.

Gjensidig avhengighet mangler

Den søknadsbaserte turnusordningen har i praksis utviklet seg uten noe sterkt gjensidig avhengighetsforhold mellom helseforetakene og kommuner. Ideelt sett kan man tenke seg at helseforetakene og kommunen har felles mål med den nye turnustjenesten for eksempel om rekruttering og stabilisering av turnuslegene i etterkant av turnustjenesten. I praksis formuleres ingen felles mål utover at begge er interessert i å fylle sine stillinger med gode leger. Begge vil gjerne beholde de gode legene – i hovedsak hos seg selv.

I de tre fylkene vi har undersøkt fant vi at kommunene i stor grad har gjort seg avhengig av at helseforetakene gjør hovedjobben med utlysning og tilsetting av turnusleger. Men helseforetakene er i liten grad avhengig av kommunene. Kommunene oppfattes av andre interessenter å ha vært lite på banen både i etableringen av den søknadsbaserte turnusordningen og i den videre driften av den.

NSDMs studie viser at det store flertallet av ordinære turnusstillinger (91,4 prosent) var lyst ut med en indirekte kobling mellom helseforetak og kommune. I de fylkene vi har undersøkt, ble ulike metoder benyttet for å bestemme hvilken kommune den enkelte turnuslege skulle til og det tok ofte lang tid før dette ble avklart. Praksisen gjør kommunen usynlig for turnuslegene til langt ut i turnustjenesten og det at avklaringen har trukket i langdrag har skapt misnøye blant dem. Den indirekte koblingen synes også å gi kommunene mindre ansvar og innflytelse i utvelgelsen av turnusleger enn det de kunne hatt. Kommunene syntes imidlertid i all hovedsak å være komfortable med det, selv om det også ble rapportert om uenighet om valg av koblingsmodell hvor kommuner har ønsket direkte kobling til helseforetak men ikke fått gjennomslag. Hovedbegrunnelsen for en indirekte kobling var at den gir økt fleksibilitet, spesielt i en situasjon med mange fødselspermisjoner blant turnuslegene.

Hvis kommunenes ambisjonsnivå er å fylle turnuslegestillingen i et halvt år, framstår valget om å bruke lite eller ingen ressurser på samstyring med helseforetakene rasjonelt så lenge det kommer en turnuslege som planlagt. Det hevdes å gå med mye ressurser for å besette korte, midlertidige opplæringsstillinger hvor turnuslegen i all hovedsak forlater kommunen etter endt turnustjeneste eller ender opp med å ikke komme i det hele tatt. I konkurransen om mange andre presserende oppgaver er det på den ene siden forståelig at den enkelte kommune ikke prioriterer å være særlig aktiv i dette arbeidet. På den andre siden ligger det et dilemma i at en større rekrutteringsinnsats kan resultere i at leger blir igjen etter endt turnus, i alle fall noen år – da kan ressurser brukt til turnuslegerekruttering være en god investering.

Indirekte kobling gir koordineringsbehov

Hansen og medarbeidere (15) framholder at hovedutfordringene ved samstyring er økt behov for koordinering. Funn i NSDMs studie tyder på at koordineringsbehovet på kommunal side var dårlig forstått da ordningen startet. Det er i stor grad valget av en indirekte kobling mellom helseforetak og kommune som gir et koordineringsbehov som innebærer å holde oversikt over tre aktive kull med turnusleger samtidig, med tilhørende utsettelser og forsinkelser. Koordineringsoppgaven ivaretas ulikt i de tre undersøkte fylkene og det har vist seg å ta tid å finne en form som kan fungere. Det nasjonale veiledningsmateriellet om den søknadsbaserte turnusordningen beskriver ikke behovet for kommunal koordinering og gir følgelig ingen råd. Uten nasjonal normering og føringer knyttet til kommunal koordinering, ivaretas dette arbeidet ganske ulikt fra fylke til fylke. Gode råd om en eller flere mulige og effektive koordineringsløsninger ville trolig vært til stor hjelp lokalt.

Er reststillinger et tegn på rekrutteringsutfordringer?

NSDMs delstudie av stillingsannonsene i turnusportalen viste at antall reststillinger har økt over tid. Totalt ble 7,5 og 7,6 prosent av de utlyste ordinære turnusstillingene lyst ut som reststillinger i henholdsvis helseforetak og kommuner i løpet av undersøkelsesperioden. Reststillingsandelene var nesten helt like, men var ikke direkte sammenliknbare. De første reststillingsutlysningene i helseforetakene hadde søknadsfrist drøyt sju måneder før de første reststillingene i kommunene hadde det. Det vil si at reststillingsantallet fra kommunene var generert over en kortere periode med datainnsamling enn reststillingsantallet fra helseforetakene. Gitt samme lengde på datainnsamlingsperioden kombinert med en relativt sterkere økning i antall utlyste kommunale reststillinger over tid, er det grunn til å anta at den relative andelen kommunale reststillinger ligger en del høyere enn reststillingsandelen i helseforetakene (7,5 prosent).

Fødselspermisjoner blant turnusleger synes å være hovedårsaken til utlysning av reststillinger. NSDMs analyser avdekket imidlertid en relativt større andel kommunale reststillinger i de minst sentrale og i de minst folkerike kommunene. Dette tyder på en tendens til systematisk bortvalg. Det ble ikke funnet holdepunkt for at ulikheter i andelen utlyste reststillinger helseforetakene imellom skyldtes annet enn tilfeldig variasjon.

Funn fra NSDMs intervjuundersøkelse tyder på at det har vært vanskelig for kommunene å orientere seg om hvor de kan søke hjelp når de har hatt behov for å lyse ut reststillinger. Den eksterne støtten og tekniske assistansen for å håndtere turnusportalen opplevdes mangelfull sett fra kommunenes side. Fra kommunene ble det fortalt om utfordringer med å vurdere om søkere, som i stor grad er utenlandske og gjerne ikke har gjennomført turnustjeneste i norske helseforetak, er kompetente for reststillinger i kommunen. Her er det et åpenbart veiledningsbehov men kommunene opplevde at det var lite hjelp å hente fra sentrale helsemyndigheter.

Tross målet om geografisk fordeling av leger, tilrettelegger regelverket for bortvalg av turnustjeneste i distriktskommuner. Distriktskommuner i alle de tre fylkene som er undersøkt, merket at bortvalg er gjort legitimt. Regelverket åpner for at en turnuslege kan si fra seg den kommunale delen av turnusstillingen de er tilbudt og søke en utlyst reststilling i en annen kommune. Kravet er at de ikke kan få to turnusstillinger innenfor ett og samme halvår. Men innenfor det året turnustjenesten i helseforetaket varer, er det ingenting i veien for at en turnuslege selv kan sørge for å endre sted for kommuneturnus og gjennomføre hele turnustjenesten på normert tid. Lengre karantenetid for å få en ny turnusstilling på for eksempel ett år, ville trolig vanskeliggjort en slik praksis.

Arbeidsmarkedslogikken får dominere

Den søknadsbaserte turnusordningen kan ses som en hybrid i skjæringsfeltet mellom en arbeidsmarkedslogikk med tilbud av og

etterspørsel etter arbeidskraft og arbeidslivets regler på den ene siden, og et samfunnsoppdrag med utdanning av leger og politiske målsettinger om likeverdige helsetjenester til alle på den andre siden. Arbeidsmarkedslogikken synes så langt å dominere praktiseringen av ordningen og gir nye muligheter for vinnerne – de populære arbeidsgiverne og arbeidstakerne – til både å velge og vrake henholdsvis turnusleger og arbeidssteder. Funn fra NSDMs intervjuundersøkelse tyder på at dette verdsettes høyt både av helseforetak og turnusleger. Kommuner som opplever at turnusleger kommer uten at de gjør større anstrengelser for dette, er også fornøyd. Mindre attraktive arbeidsgivere (både kommuner og helseforetak) taper når arbeidsmarkedslogikken vinner terreng og må ta til takke med turnusleger som de selv karakteriserer som B-preget. Vi har pekt på flere aspekter som kunne dempet arbeidsmarkedslogikkens dominans. Her står en helhetlig forvaltning fra helsemyndighetens side sentralt hvor oppmerksomheten fordeles på både helseforetak og kommuner. Det er pekt på praktiske grep som kunne understøttet kommunenes arbeid bedre. Samtidig er det grunn til å understreke at kommunene selv bør besette det styringsrommet som er reservert for dem i ordningen.

Den søknadsbaserte turnusordningen har gitt helseforetakene betydelig administrativt merarbeid. I de foretakene som omfattes av NSDMs studie, har man i hovedsak vært opptatt av å få ansatt turnusleger i eget foretak og har i liten grad hatt tid til å vektlegge å få til god samstyring av ordningen med kommunene. Kommuner som opplever at turnusleger ikke kommer som planlagt, opplever også økt administrativt arbeid og i noen grad villrede om hvordan de skal gå fram for å lyse ut og tilsette på egen hånd. De ferske legene påvirkes av konkurransen om innpass i turnusordningen. Dette styrer valg og fokus under grunnutdanningen. Mens legestudentene før forberedte seg på en mulig distriktsturnus langt fra sykehus, er fokuset nå å få innpass i helseforetakene. Trenden som vises i tabell 1 med at flere med utenlandsk og færre med norsk utdanning får turnusstilling, kan tyde på at utenlandsstudentene gradvis bedrer sin posisjon i den nye konkurransesituasjonen.

Klart for ny omlegging

Den søknadsbaserte turnustjenesten blir fra 1. september 2017 del 1 i ny spesialistutdanning for leger. Utfordringen med å sikre geografisk spredning av leger blir trolig ikke mindre med denne omleggingen. Turnustjenestens innlemming i spesialistutdanningen gjør at både helseforetak og kommuner bør tenke langsiktig og tilby tilrettelagte, helhetlige spesialistutdanningsløp for ferske leger. Landets helseforetak har i lang tid jobbet sammen på tvers av helseregionene for å forberede seg på denne omleggingen og er mye bedre rigget og forberedt enn de er i kommunene. På kommunal side representerer ALIS-VEST prosjektet ett av svært få initiativ som tilrettelegger utdanningsstillinger for spesialistutdanning av fastleger. Det trengs imidlertid flere kommunale initiativ – én svale gjør som kjent ingen sommer.

REFERANSER

1. Ny turnusordning for leger Status for første søknadsrunde, våren 2013. Oslo: Helsedirektoratet, september 2013.
2. Ny turnusordning for leger Status for andre søknadsrunde, høsten 2013. Oslo: Helsedirektoratet, mars 2014.
3. Turnus for leger – statusrapport nr. 3: Søknadsrunden våren 2014. Oslo: Helsedirektoratet, oktober 2014.
4. Turnus for leger – statusrapport nr. 4: Søknadsrunden høsten 2014. Oslo: Helsedirektoratet, april 2015.
5. Turnus for leger – statusrapport nr. 5: Søknadsrunden våren 2015. Oslo: Helsedirektoratet, januar 2016.
6. Turnus for leger – statusrapport nr. 6: Søknadsrunden våren 2015. Oslo: Helsedirektoratet, juli 2016.
7. Turnus for leger Statusrapport nr. 7: Søknadsrunden våren 2016. Oslo: Helsedirektoratet, februar 2017.
8. Turnus for leger Statusrapport nr. 8: Søknadsrunden høsten 2016. Oslo: Helsedirektoratet, mai 2017.
9. Abelsen B, Gaski M. Ny turnustjeneste for leger – En studie om implementering og samstyring. NSDM-rapport 2017. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet.
10. Turnus for leger. Rundskriv og veileder til turnusordning for leger. Rundskriv IS-6/2015. Oslo: Helsedirektoratet.
11. Brandstorp H. (2013) Legers turnustjeneste: «Hvorfor skal leger ha en spesialordning?» I Veggeland N. (red.): Reformer i norsk helsevesen. Trondheim: Akademika forlag.
12. Larsen RA. Rapport fra spørreundersøkelse blant kommuneleger i Sogn og Fjordane. Høgskulen i Sogn og Fjordane, 2004.
13. 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.
14. Straume K, Shaw DMP. Internship at the ends of the earth – a way to recruite physicians? Rural and Remote Health, 2010,10: 1366. (Online)
15. Hansen GS, Helgesen MK, Holmen AKT. Den forhandlende kommune i samhandlingsreformen-

■ BIRGIT.ABELSEN@UIT.NO ■ MARGRETE.GASKI@UIT.NO

Følgende ble tildelt AFU stipend 2. halvdel 2017

UNIV	NAVN	TITTEL	VEILEDER
UiO	Lars Christian Kvalbein-Olsen	Strukturert samarbeidsmodell mellom fastlege og alderspsykiater	Erik L. Werner
UiO	Ingunn Leeber	Tinnitus i allmennpraksis	Anthony Wagstaff, Erik L. Werner og Gunnar Tellnes
UiO	Stein Jarle Pedersen	Skuldersmerter i allmennpraksis – effekten av å innføre en enkel utrednings- og behandlingsalgoritme	Bård Natvig
UiO	Geir Lindquist Sporaland	Kan vi stole på fastlegens diagnose?	Harald Reiso
UiO	Katarina Skjælaaen	Seksuelt overførbare sykdommer etter seksuelt overgrep	Odd Martin Vallersnes
UiB	Per Øystein Opdal	Overdiagnostikk allmennpraksis	Stefan Hjørleifsson
UiB	Anne Thorslund Kjær Schmidt	Evaluering av øyeblikkelig hjelp døgntilbud, en observasjonsstudie I en Vestlandskommune 2012–2016	Sabine Ruths
UiT	Stian Andersen	Interobservatørvariasjon i beskrivelse av hjerte- og lungelyder	Hasse Melbye
UiB	Bjarte Sørensen	**Ekstrastipend 2017** «Bruk og nytte av ultralyd i allmennpraksis og legevakt»	Steinar Hunskår