

2022-2025

God og riktig rekruttering av leger i Vesterålen

SLUTTRAPPORT

ANDERS SVENSSON OG NADIA SØRENSEN

PROSJEKTLEDER | Bø kommune - PROSJEKTMEDARBEIDER | Nordlandssykehuset

Innhold

God og riktig rekruttering av leger i Vesterålen – et vinnende lag	2
Sammenfatning	2
Innledning	3
Bakgrunn for prosjektet	4
Rammeverket Recruit and Retain- Making it Work	4
Sammenfatning prosjektbeskrivelse «God og riktig rekruttering av leger i Vesterålen» 2022-2025	6
Aktiviteter	6
Formål	7
Hovedmål	7
Resultatmål	7
Organisering av prosjektet	8
Gjennomføring 2022-2025	9
Beskrivelse av gjennomføring av arbeidspakker	10
Resultater	14
Kommunene	15
Helseforetak	21
LIS1- antall søkere, betydning for rekruttering og stabilisering	24
Framskrivning av legebehov frem til 2031	29
Tolkning av datagrunnlag	29
Overordnet trendbilde:.....	29
LIS1 som rekrutteringsmotor:	30
Lokal tilknytting:	30
Vikarbruk:	30
Framskrivning av behov:.....	30
Vesterålen som en bo- og arbeidsregion	30
Metodevurdering og datakvalitet	31
Styrker:	31
Svakheter:	31
Måloppnåelse.....	31
Hovedmål:	31

Resultatmål:	31
Økonomi	35
Regnskap 2025.....	35
Evaluering	36
Prosjektets betydning på lang sikt	38
Videreføring i 2026	38
Referanser.....	38
Vedlegg	Feil! Bokmerke er ikke definert.

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

Sammenfatning

«God og riktig rekruttering av leger i Vesterålen» er et samarbeidsprosjekt mellom fem kommuner i Vesterålen, Andøy, Bø, Hadsel, Sortland, Øksnes og Nordlandssykehuset Vesterålen med mål om bedre rekruttering og stabilisering av leger i regionen. Prosjektet har brukt Rammeverket Recruit and Retain- Making it Work - et kunnskapsbasert rammeverk for rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distrikt. Det er gjennomført ni tiltak i prosjektperioden 2022-2025. Basert på kartlegging utført i 2021-2022 har prosjektet prioritert tiltak rettet mot stabilisering av leger. Prosjektet var støttet av Statsforvalteren i Nordland 2022-2025 og Nordlandssykehuset HF 2023-2025.

Rekruttering og stabilisering kan ses på som et «gjenstridig» problem, det vil si at det unndrar seg enkle eller lett definerbare løsninger, og spenner over organisatoriske grenser, forvaltningsområder og hierarkiske nivåer. Målområdet for implementering er kommuner og helseforetak, som begge er komplekse organisasjoner. Gjennomføringen av prosjektet har vært preget av denne kompleksiteten, og det har vært nødvendig med kontinuerlig tilpasning og fleksibilitet. (Ikke alle tiltak kunne gjøres som planlagt.)

Data for perioden viser en positiv utvikling i Vesterålen: økende andel spesialister i allmenntidmedisin, færre ledige overlegestillinger i sykehuset, og tegn til økt stabilitet. Disse trendene kan være påvirket av nasjonale utviklingstrekk (nye virkemidler for spesialistutdanning i allmenntidmedisin, økt fastlønn blant fastleger, færre listeinnbyggere på fastlegelister, tilpassing av utdanningssystemet i sykehus). Ti av femten delmål er oppfylt eller delvis oppfylt. Disse omfatter stabilisering, kontinuerlig statusoppdatering og lederstøtte.

Mulighetene for robust effektvurdering er begrenset fordi og datakvaliteten er variabel. Det er definisjonsmessige uklarheter (vikar vs. rotasjon), avvik mellom HELFO-data og lokale registre, og det er manglende systematikk i sykehusdata.

Prosjektet har bidratt til økt oppmerksomhet og kunnskap om rekruttering og stabilisering i Vesterålen av leger og har styrket samarbeidsrelasjoner mellom lokalsykehuset og kommunene.

Prosjektet har anvendt en pragmatisk, iterativ tilnærming og Rammeverket «Recruit and Retain – Making it Work» viste seg som et nyttig verktøy i et komplekst praksisfelt. Videre gevinst krever internalisering av kunnskap og aktiviteter, styrket datainfrastruktur og tydeliggjøring av ansvarlinjer f.eks. i Helsefelleskapet.

Innledning

Rekruttering og stabilisering av helsepersonell er en kontinuerlig utfordring for helsetjenesten, fremfor alt i distriktsregioner. De demografiske endringer tilsier at behovet for helsepersonell kommer til å øke og at rekruttering og stabilisering av helsepersonell blir stadig viktigere.

Det er mange faktorer som påvirker helsepersonells avgjørelse om å starte, bli eller forlate arbeid i distrikt. Oppvekst i distrikt, tidlig eksponering for distriktspraksis under utdanning og målrettet distriktsrelatert utdanning er assosiert med større sannsynligheten for at man velger en karriere i distrikt (1) (2). Det er solid kunnskap om hva som får leger og annet helsepersonell til å bli i jobbene sine: tid og mulighet til å gjøre godt faglig arbeid, tid til å vedlikeholde og utvide egen kompetanse og god balanse mellom jobb og fritid(3) (4, 5). Spesielt unge leger er opptatt av god balanse mellom jobb og fritid og forutsigbare arbeidsforhold (6). Valg av yrkesvei/karriere for leger er en kompleks, dynamisk prosess som foregår over lang tid, ofte >10 år (7) (8).

Noen av faktorene kan påvirkes av arbeidsgiver direkte (lønn og arbeidsvilkår, faglig utvikling og utdanning, fysisk og psykososialt arbeidsmiljø), andre er utenfor arbeidsgiverens direkte kontroll (familieforhold, lokalsamfunn og helse). Faktorene er gjensidig avhengig av hverandre og det er vanskelig å påvise effekt av enkelttiltak, men sammen kan de ha effekt (1).

Ordringen med turnustjeneste for leger (LIS1 fra 2017) ble etablert i 1955. Det er mye som taler for at LIS1/turnustjeneste har hatt stor betydning for rekruttering av leger til distrikt i Norge, men det finnes lite forskning som bekrefter dette (9).

Rekruttering og stabilisering av leger er et såkalt «gjenstridig problem» der det er mange gjensidig avhengige faktorer som påvirker resultatet og der det ikke finnes såkalt lineær kausalitet. Ved tiltak må man ta hensyn til kompleksiteten og man må starte smått og skalere gradvis, være fleksibel og tilpasningsdyktig, fokusere på involvering, læring og

forbedring og være tålmodig (10) (11). Rammeverket Recruit and Retain- Making it Work kan bidra til å systematisere dette arbeidet.

Bakgrunn for prosjektet

Kommunene og lokalsykehuset i Vesterålen, har i likhet med andre distriktsregioner, hatt store utfordringer med å rekruttere og beholde leger over lang tid.

En kartlegging av legetjenesten i kommuner og spesialisthelsetjenesten i Vesterålen i 2021 viste at legene i regionene er yngre enn landsgjennomsnittet og ofte i begynnelse av sitt utdanningsløp til å bli spesialist. Andelen spesialister i kommunehelsetjenesten var lav (19%). Ledigheten i fastlegestillinger var lav (3%), men det var få kvalifiserte søkere til ledige stillinger. Lokalsykehuset, Nordlandssykehuset Vesterålen hadde ni ledige årsverk som overlegespesialist og få søkere til utlyste stillinger til overlege og LIS2/3 i 2021. Kartleggingen viste at LIS1-tjeneste i regionen var svært viktig for rekruttering av leger til regionen (12).

Erfaring tilsier at leger i Vesterålen ofte bytter arbeidsplass mellom kommune og lokalsykehus, fremfor alt tidlig i yrkeskarrieren. Vesterålen kan derfor ses på som en bo- og arbeidsregion for unge leger.

Konklusjonen vi dro av kartleggingen var at dersom kommunen og lokalsykehuset jobber sammen med å få de unge legene til å bli så kan vi på sikt løse rekrutteringsutfordringene i Vesterålen

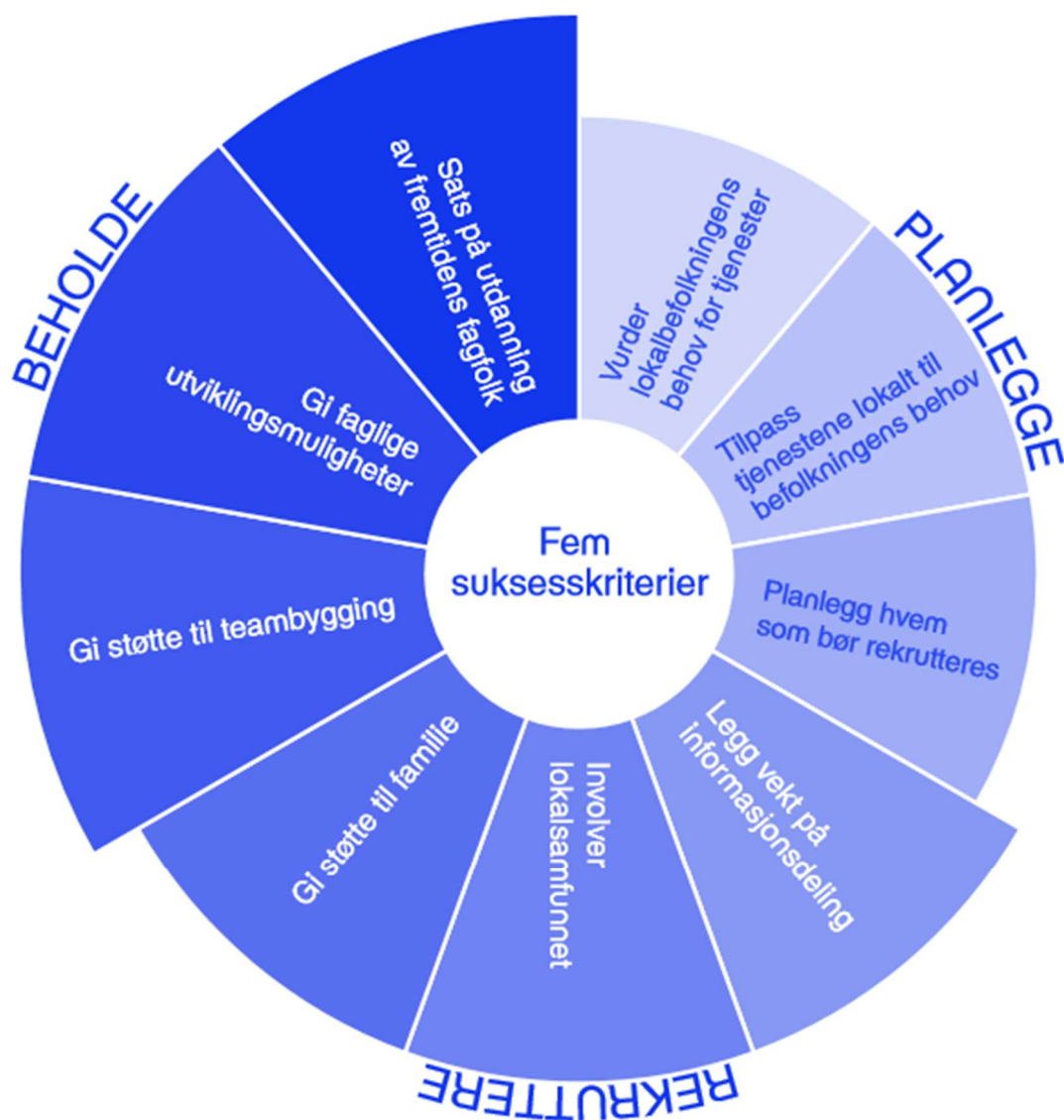
Under forprosjektet i 2021 ble prosjektgruppen enige om målsettinger for prosjektet og om ni tiltak med egne resultatmål som sammen skulle nå den overordnede målsettingen.

Rammeverket Recruit and Retain- Making it Work

Rammeverket for rekruttering og stabilisering beskriver hvordan det kan arbeides systematisk med rekruttering og stabilisering av helsepersonell i distriktsområder. Det bygger på forskningsbasert kunnskap, og er utviklet av Nasjonalt senter for Distriktsmedisin (NSDM) sammen med partnere fra Sverige, Island, Skottland og Canada (1).

Prinsippene for rekruttering og stabilisering av helsepersonell er de samme uavhengig av setting. Rammeverket er derfor egnet til bruk 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 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.

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 distriktet
- Inkludering av distriktets perspektiver – «ingenting om oss uten oss».
- Tilstrekkelige ressurser
- En årlig syklus med aktiviteter
- Regelmessige evalueringer

Sammenfatning prosjektbeskrivelse «God og riktig rekruttering av leger i Vesterålen» 2022-2025

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

Prosjektet består av aktiviteter som samlet skal møte utfordringene med rekruttering og stabilisering av leger i regionen. Prosjektet er et dynamisk utviklingsprosjekt og tilpassinger og justeringer basert på erfaringer og evalueringer må påregnes.

Rammeverket for rekruttering og stabilisering av helsepersonell skal legges til grunn for arbeidet.

Aktiviteter

Ledelse og utvikling av den enkelte arbeidsplassen:

- Utarbeidelse av plan for legetjenesten,
- Lederkurs
- Gruppeveiledning av helseledere
- Kontinuerlige statusoppdateringer

Forutsigbare utdanningsløp:

- Felles utdanningsplan for leger i regionen
- Introduksjonspakke med mentorordning

Rekruttering:

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

Formål

God og riktig rekruttering og stabilisering av leger i Vesterålen, både i kommuner og helseforetak, 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
Bidra til langsiktighet i planlegging og drift av legetjenesten både i lokalsykehuset og kommunene, og gjøre arbeidsplassene til en aktiv rekrutterings- og stabiliseringsarena.
Bidra til økt samarbeid mellom lokalsykehuset og kommunene, 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

Aktivitet	Resultatmål
Hele prosjektet	Prosjektet skal bruke strukturer i helsefellesskapet og gi innspill til partnerskapsmøter om muligheter og utfordringer ved rekruttering og stabilisering av helsepersonell.
	Kommuner og lokalsykehuset skal ha et økt antall kvalifiserte søkere til legestillinger i Vesterålen (målsetting - 3 kvalifiserte søkere på stilling som fastlege og overlege).
	Fastleger og LIS 2-3/overleger på lokalsykehuset skal jobbe lenger i hjemlene/stillingene.
	Kostnadene for vikar innleie skal reduseres med 30%.
	Kommuner og lokalsykehuset skal ha tilgang til kontinuerlig statusoppdatering og framskriving av legebehov basert på relevante og oppdaterte data.
Plan for legetjenesten	Alle kommuner skal ha vedtatt plan for legetjenester i slutten av prosjektperioden. Avdelingene i sykehuset

	skal ha utarbeidet planer og fått dem godkjent av klinikkleder.
Gruppeveiledning av legeledere	Gruppeveiledning for ledere av legetjenestene skal være gjennomført og gjøres til en del av systematisk lederopplæring.
Lederkurs for legeledere	Lederkurs for legeledere skal være gjennomført årlig.
Felles utdanningsplan for leger i Vesterålen	Samarbeid om FKM (felles kompetansemål) skal ha blitt vurdert. Kommunene skal bidra til opplæringen av LIS1 i sykehuset.
Introduksjonspakke med mentorordning for nyansatte	Alle avdelinger skal ha introduksjonspakke 6 måneder etter oppstart av tiltaket.
Tilsettingsprosessen for LIS1 og medisinstudenter som rekrutteringsverktøy	Antallet leger som forblir i Vesterålen etter LIS1 skal være uendret (høyt). Antall medisinstudenter som søker LIS1 skal ha økt fra dagens nivå.
Vesterålspakken	Felles utlysning av legestillinger skal være utprøvd. Alle utlysninger av legestillinger skal henvise til Vesterålspakken. Vesterålspakken skal være i drift, oppdatering av informasjon skal skje systematisk og det skal være utnevnt en ansvarlig person for dette.
Kontinuerlig statusoppdatering	Kommuner og lokalsykehuset skal ha tilgang til kontinuerlig informasjon om utlyste stillinger, vakante stillinger, søkere, omfang av vikarbruk og årsaker til vikarbruk.
Informasjon om prosjektet	Resultater og erfaringer fra prosjektet skal publiseres i rapporter og andre egnede fora, og formidles til praksisfeltet.

Organisering av prosjektet

Prosjektet startet formelt i oktober 2022, Oppstartsmøte ble gjennomført i januar 2023. Prosjektet ble avsluttet 31. desember 2025, men noen aktiviteter blir videreført i 2026.

Prosjektet ble ledet av prosjektleder i 20% stilling med hjelp av prosjektmedarbeider i 50% stilling ansatt i Nordlandssykehuset. Bø kommune var prosjekteier. Prosjektet var organisert med en tverrfaglig sammensatt prosjektgruppe med deltakelse fra NLSH kirurgisk avdeling (overlege), medisinsk avdeling (tillitsvalgt) og PHR klinikken (avdelingsleder) og fra Andøy (fastlege/kontorleder), Bø (prosjektleder), Hadsel (kommuneoverlege og Øksnes (kommunalsjef).

Styringsgruppe bestod av representanter fra Nordlandssykehuset (klinikkjef og leder for HR), Helsefelleskapet Lofoten, Vesterålen, Salten (kommunalsjef), og Sortland kommune (kommunedirektør/kommunalsjef helse).

Referansegruppe bestod av deltakere fra privat næringsliv (Framsikt AS, Andøy Space, Nordland legeförening, Hadsel utvikling og KS.

Prosjektgruppen med åtte deltakere har hatt regelmessige møter, fysisk og digitalt. Styringsgruppen har hatt tre møter og et fysisk. Referansegruppen har hatt tre digitale møter under prosjektperioden.

Prosjektmedarbeider sluttet i mai 2024 og ble etter en kort periode med vakanse erstattet av ny prosjektmedarbeider i samme stillingsprosent

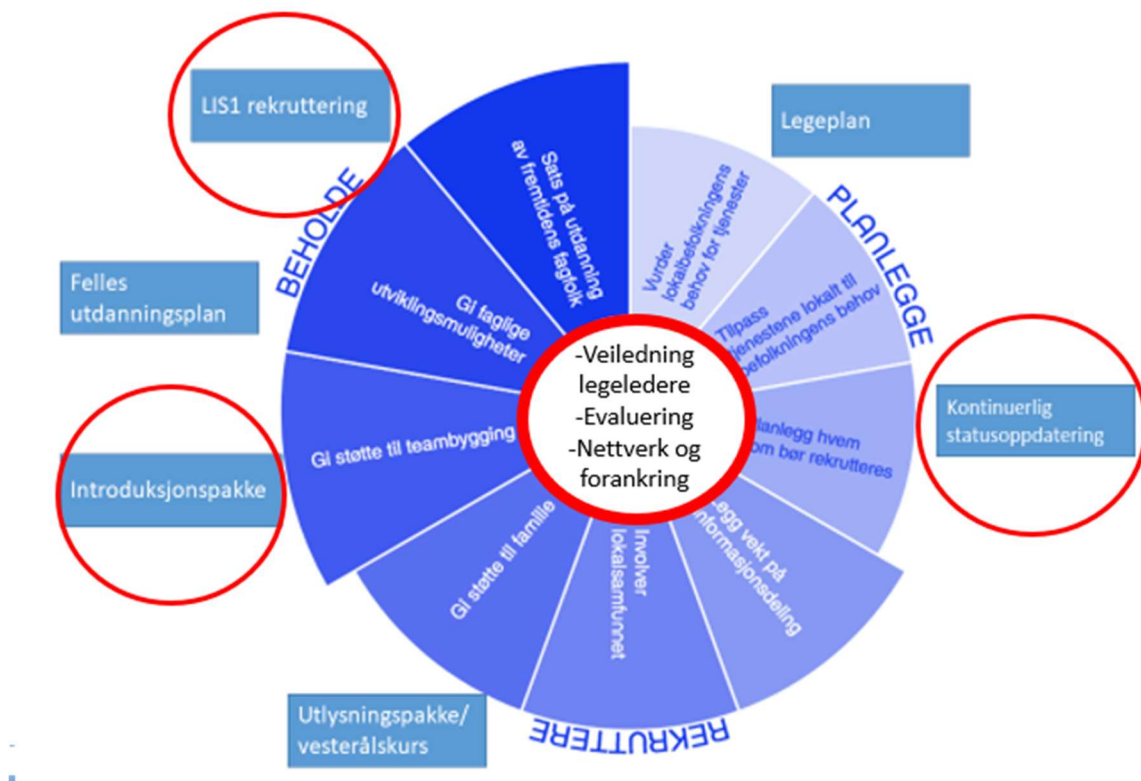
Gjennomføring 2022-2025

De ni tiltakene ble revurdert, utdypet og revidert i oppstartsmøte i januar 2023.

Tiltakene ble organisert i selvstendige arbeidspakker som skulle gjennomføres i ulike faser av prosjektet. Hver arbeidspakke hadde sine egne arbeidsgrupper med deltakere fra prosjektgruppen og fra kommune og lokalsykehuset.

Prosjektet hadde ikke noen formell myndighet i de deltakende organisasjonene og var i stor grad avhengig av engasjement, motivasjon og interesse fra enkeltpersoner/ledere for gjennomføring av arbeidspakkene.

Basert på resultatene fra kartleggingen og statusoppdateringer, valgte vi å prioritere tiltak for å bedre stabilitet, det vil si kontinuerlig statusoppdatering, introduksjonspakke, LIS1 rekruttering og tiltak som påvirker suksessfaktorene i rammeverket.



Prosjektet gjennomførte ni arbeidspakker.

Fire av arbeidspakker ble gjennomført med mindre tilpasninger:

- Kontinuerlig statusoppdatering
- Gruppeveiledning av legeledere
- LIS1 som rekrutteringsverktøy
- Informasjon om prosjektet

Tre arbeidspakker ble vesentlig endret underveis eller avsluttet etter kort tid:

- Felles utdanningsplan for leger i Vesterålen
- Introduksjonspakke med mentorordning
- Plan for legetjenesten

En av arbeidspakken var ikke mulig å gjennomføre

- Vesterålspakken

En av arbeidspakkene er utsatt til 2026:

- Legelederkurs

Beskrivelse av gjennomføring av arbeidspakker

Kontinuerlig statusoppdatering

Oppgave: Gi kontinuerlig, korrekt og oppdatert informasjon om stabilitet og vikarbruk i avdelinger på sykehuset og i kommunene.

Prosjektledelsen innhentet data fra kommunene på ledige stillinger, antall spesialister i allmennlegetjenesten, vikarbruk, stabilitet og mobilitet, og lokal tilknytting/LIS1 tjeneste i kommunene. Data ble innhentet gjennom muntlig/personlig kontakt med ledere gjennom hele perioden. Fra 2025 ble data hentet fra HELFO portal for fastlegestatistikk (<https://www.helfo.no/fastlegeordninga/fastlegestatistikk>). HELFO portalen gir ikke informasjon om årsak til vikarbruk og disse data er innhentet manuelt. Data fra HELFO samsvarer ikke alltid med manuelt innhentet informasjon når det gjelder vakante stillinger. Der data ikke samsvar er HELFO data brukt.

Data på vikarbruk, ledige stillinger, LIS1 tjeneste og lokal tilknytting for lokalsykehuset ble innhentet fra sykehusets personalsystem av enhetsledere i sykehuset og gjennom personlig kontakt. Behovet for legetjenester i sykehuset dekkes av faste stillinger, «ukesvikarer» med langtidskontrakt og gjennom avtale med vikarbyrå. Det leies i liten grad inn vikar for LIS2/3 og LIS1.

Data om vikarbruk er innhentet for overleger i sykehus. Definisjonen på vikar er «en person som midlertidig utfører arbeid eller tar over en stilling for en annen person som er

borte, for eksempel på grunn av sykdom, permisjon eller ferie» (<https://snl.no/vikar>). Mange vikarer i lokalsykehuset er egentlig ikke vikarer, men leger i rotasjonsstilling. Dette svekker kvaliteten på dataene og gjør sammenligning med kommunene lite meningsfull.

Deltakende organisasjoner har fått oppdatert informasjon hvert ½ år.

Legeplan

Oppgave: Bistå kommuner med å utarbeide og revidere plan for legetjenesten, og å vurdere om en plan for legetjenesten er et egnet verktøy for klinikker/avdelinger i sykehuset.

Helse- og omsorgslederforum Vesterålen ble informert om tilbudet om støtte til å utarbeide/revidere plan for legetjenesten. Bakgrunnsinformasjon som kan brukes til legeplan ble sendt til kommunene. Prosjektleder har bistått Andøy kommune med oppstart av arbeidet med legeplan. Prosjektleder har skrevet et utkast til legeplan for Bø kommune.

Prosjektet har initiert arbeidet med å utarbeide legeplan for indremedisinsk avdeling på sykehuset. Arbeidet videreføres i 2026.

Gruppeveiledning av legeledere

Oppgave: Etablere felles gruppeveiledning for ledere av leger i kommuner og sykehus for å bidra til bedre ledelseskompetanse og skape nettverk for ledere.

Ledere med personalansvar i kommune og lokalsykehus ble invitert til å delta i gruppeveiledning med prosjektleder som veileder. Ni ledere har deltatt i veiledning. Det er gjennomført ni veiledningsmøter (2,5 timer) i 2023-2025 med ulike tema (konflikthåndtering, tilsettingsprosesser, kommunikasjon, budsjettarbeid, håndtering av permisjoner og ferie etc.)

Ved evaluering av tiltaket i sist møte i 2025 var tilbakemelding fra deltakerne positiv. Oppmøte har vært varierende.

Felles utdanningsplan for Vesterålen

Oppgave: Vurdere om samarbeid mellom kommunene og sykehuset om å fylle felles kompetansemål er hensiktsmessig.

Arbeidsgruppen hadde to møter for å drøfte om det er hensiktsmessig å etablere et formelt samarbeid. Gruppen kom frem til at det ikke er grunnlag for felles utdanningsaktiviteter. Man er enige om å utforske muligheten til å etablere faste ALIS-stillinger i sykehuset.

Introduksjonspakke med mentorordning for nytilsatte

Oppgave: Utarbeide mal for introduksjonspakke med mentorordning for nytilsatte

Arbeidet er utført av prosjektleder og prosjektmedarbeider med støtte fra avdelingsledere i sykehuset.

Kartleggingen av dagens rutiner i kommuner og sykehuset viste seg være krevende. Både kommuner og helseforetak har systemer for introduksjon av nye leger, men det finnes ikke et ensartet system for introduksjon av leger. Det er utarbeidet sjekklister ved tilsetting av LIS1 og ALIS i kommunene og informasjonsskriv til alle nye leger i regionen er publisert.

Bruk av tilsetting av LIS1 som rekrutteringsverktøy

Oppgave: Vurdere hvordan tilsetting og arbeid som LIS1 kan brukes som rekrutteringsverktøy

LIS1 er den viktigste rekrutteringskilden for leger i Vesterålen, både for kommunene og for lokalsykehuset (12). Prosedyrene for ansettelse av LIS1 er beskrevet i samarbeidsavtale mellom kommuner og helseforetaket. I avtalen er det beskrevet hva som skal vektlegges ved ansettelse, blant annet lokal tilhørighet og kjennskap til lokale forhold. Revisjon av samarbeidsavtalen er planlagt i 2026.

Ansettelse av LIS1 i Vesterålen gjøres av en ansettelsesgruppe bestående av leder i kirurgisk avdeling, overlege på medisinsk avdeling, tillitsvalgt for legeföreningen (YLF) og en kommuneoverlege (prosjektleder). Tilbakemelding fra LIS1 tilsier at ansettelsesprosessen i seg selv kan være rekrutterende (pers. komm) De siste årene har ansettelsesprosessen blitt mer profesjonalisert og formalisert. Evaluering av tilsetting av LIS1 ble gjennomført i desember 2024.

Det ble gjennomført gruppeintervju med LIS1 i sykehus, LIS1 i kommuner og LIS2 i sykehus for å drøfte hva som kan bidra til bedre rekruttering og stabilisering. Det kom frem at individuell veiledning i sykehus ikke fungerte optimalt, men at gruppeveiledningen fungerte godt. Det ble foreslått å ha samme veileder under hele LIS1 tjenesten. Dette ble vurdert i ledermøte og ansett som ikke praktisk gjennomførbart fordi faglig fokus i avdelingene er ulikt.

Legeforeningen gjennomførte kartlegging av LIS1 tjeneste i Nordlandssykehuset i 2023. Denne ble drøftet med LIS1 og LIS2 i møter.

Arbeidsgruppen drøftet hvordan vi kan stimulere medisinstudenter fra UiT som er utplassert i 5. året til å søke LIS1-stilling i Vesterålen. Det er vanskelig å påvirke utplasseringen fra UiT da denne skjer med loddtrekning. Arbeidsgruppen har avholdt møte med veiledere for medisinstudentene for å diskutere dette uten at det kommet frem til konkrete forslag. Det ble avholdt møte med medisinstudenter på sykehuset høsten 2024 og sommeren 2025 for å drøfte rekruttering og stabilisering.

Vesterålspakken – digital felles rekrutteringsplattform

Oppgave: Utarbeide felles utlysningspakke/plattform for utlysninger av legestillinger i Vesterålen

Det var planlagt samarbeid med Vesterålsrådet som planla en felles digital plattform for kommunene i Vesterålen. Dette arbeidet ble utsatt grunnet organisatoriske utfordringer i Vesterålsrådet og det er usikkert når og om det blir noe av. Prosjektet har ikke kapasitet til å etablere og drifte egen internettside og aktiviteten er i praksis lagt bort.

Forankring av prosjektet

Prosjektleder og prosjektmedarbeider har deltatt i styremøte og ledermøter i Nordlandssykehuset. Prosjektet ble presentert og drøftet i kommunestyre og i både kommunedirektørutvalg og regionrådet. Prosjektleder er i tillegg til å være prosjektleder kommuneoverlege og regional samhandlingsrådgiver i Helsefelleskapet. Han er medlem i kommuneoverlegeforum og helse- og omsorgssjefsforum og prosjektet har blitt drøftet i disse fora ved en rekke anledninger.

Alle LIS1, LIS2 og medisinstudenter i sykehuset har blitt invitert til møter (inkludert middag) hvert år for å drøfte rekruttering og stabilisering av leger og innhentet synspunkter og innspill.

Prosjektleder har hatt møte med alle legekantor i regionen.

Interessenter og media

Det er publisert fire nyhetsbrev som er sendt til alle involverte og interessenter. Lokalavisene har hatt flere artikler om rekruttering og stabilisering av i Vesterålen.

Prosjektet har fått stor faglig oppmerksomhet og prosjektleder og prosjektmedarbeider har deltatt på en rekke konferanser og workshop:

Tabell over workshops og konferanse og publikasjoner

Konferanser	Beskrivelse	Tidspunkt	Type presentasjon
WONCA RURAL	Verdensorganisasjon for allmennleger i distrikt, Limerick, Irland	2022	Workshop
Rural Health Conference	Nasjonal konferanse, NZ	2022	Muntlig presentasjon
Nordisk kongress for allmennleger	Nordisk kongress, Stavanger, Norge	2023	Poster
Symposium NHS	Seminar Skottland, NHS	2023	Muntlig presentasjon
Statsforvalteren Troms	Helseledermøte	2024	Muntlig presentasjon
Samhandling i kompetansenettverk	Statsforvalteren	2024	Muntlig presentasjon
Lederforum Vesterålen		2024	Muntlig presentasjon
EURIPA	Europeisk distriktsmedisinsk konferanse, Wittenberg, Tyskland	2025	Muntlig presentasjon
WONCA WORLD	Verdensorganisasjon for allmennleger, Lisboa	2025	Poster
Lederkonferanse NSH	Nasjonal lederkonferanse, Oslo	2025	Muntlig presentasjon
WHO/NHS	Digital workshop arrangert av NHS, England	2025	Workshop, muntlig presentasjon, Teams
Helse og omsorgsdepartement	Seminar	2025	Teams
Helgelandslegen	Regionalt møte i Helsefelleskapet Helgeland	2025	Muntlig presentasjon
Ny giv for allmennlegetjenesten	Nasjonal konferanse, Bodø	2025	Muntlig presentasjon
Publikasjoner			
Utposten	Kartlegging av legetjenesten i Vesterålen	2024	Artikkel
NSDM	Rekruttering og stabilisering av leger i Vesterålen 2022 – kartlegging av legetjenesten i Vesterålen	2022	Rapport

Forskning

Det var planlagt et følgeforskningsprosjekt i samarbeid med Helgelandssykehuset. Forskningsprosjektet ble avlyst i 2025. Prosjektleder planlegger å arrangere Workshop i Nordisk kongress for allmenntilleggsmedisin i 2026 i lag med forskere fra Sverige og Colombia som også bruker Rammeverket.

Resultatene fra kartlegging av legetjenesten har vist at LIS1 er svært viktig for rekruttering av leger til Vesterålen. Prosjektleder har i samarbeid med Nasjonalt senter for distriktsmedisin startet en studie som skal undersøke mobilitet og karriereveier for LIS1 i Nord- Norge. Prosjektet finansieres av Bø kommune (utdanningspermisjon) og Nasjonalt senter for distriktsmedisin som er prosjekteier (se vedlegg for ytterligere informasjon).

Helsefelleskapet Lofoten, Vesterålen, Salten

Prosjektet er forankret i Helsefelleskapet, men har ingen formell tilknytting i helsefelleskapssystemet (FSU/arbeidsgruppe). Foreløpige resultater er presentert for Strategisk samarbeidsutvalg og prosjektleder holdt et seminar om rekruttering og stabilisering av helsepersonell i Dialog og Partnerskapsmøte i 2024. I partnerskapsmøte ble det foreslått å avholde regionale workshop om rekruttering og stabilisering i de tre regionene som tilhører Helsefelleskapet. Vesterålsrådet hadde allerede planlagt et seminar om tema og prosjektet inngikk avtale om samarbeid med Vesterålsrådet om gjennomføring. Vesterålsrådet har hatt store organisatoriske utfordringer og tiltaket ble ikke gjennomført.

Legelederkurs som skal gjennomføres i 2026 har fått støtte av Helsefelleskapet (rekruttering og samhandlingstilskudd).

Veiledning

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) var med på å utvikle rammeverket. Prosjektleder har en bistilling (20%) i NSDM. NSDM har veiledet prosjektleder og har finansiert flere av konferansene og møtene der prosjektet har blitt presentert.

Resultater

Resultatene presentert er et utvalg av parametere som beskriver utviklingen i Vesterålen i prosjektperioden. I perioden 2021-2025 ble data innhentet manuelt gjennom direkte kontakt med ledere for legetjenestene i sykehus og kommune, fra offentlige register (SSB og KOSTRA) og fra personalsystemene. 2025 etablerte HELFO en database som gir kvalitetssikrede historiske og kontinuerlige data om fastlegeordningen. Informasjon om kostnader for vikarlege i sykehus er hentet fra regnskapssystemet i Nordlandssykehuset.

Kommunene

Fem kommuner deltok i prosjektet. De har ulik størrelse og legetjenesten er organisert ulikt. I to av kommunene driver fastlegene næringsdrift (8.2 avtaler) og i de tre andre er fastlegene kommunalt ansatte og har fastlønn med incentivordning. Alle kommuner har utdanningsstillinger for LIS1 og fire av kommunene har avtale med UiT og tar imot medisinstudenter i praksis 5. studieår.

Tabell 1. Oversikt fastlegeordning i Vesterålen 2025

Kommune	Innbyggertall 2024	Antall fastlegelister	Antall andre kommunalt ansatte leger	Antall LIS1
Andøy	4572	7	0	1
Bø	2565	4	2	1
Hadsel	8107	13	3	3
Sortland	10468	16	1	2
Øksnes	4458	6	0	2

Fastlønn- næringsdrift

Sortland og Øksnes kommune gikk fra næringsdrift til ansatte og fastlønnete fastleger i 2023. I 2025 hadde flere (53%) av fastlegene i Vesterålen fastlønn sammenlignet med Norge (21%).

Tabell 2. Avtaleform fastlegeordningen

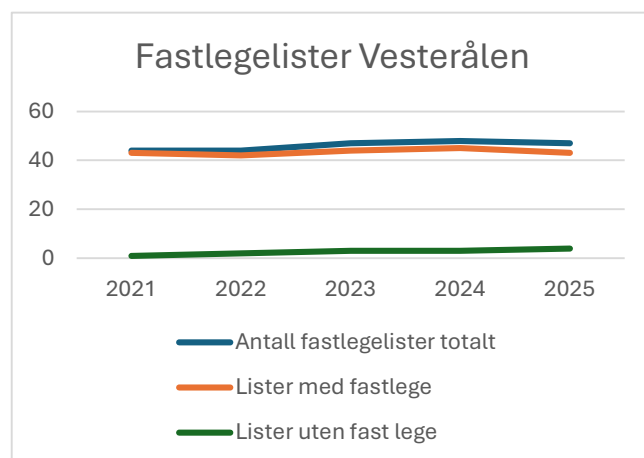
År	Fastlønn	Næringsdrift	Totalt antall hjemler	Andel fastlønn
Norge				
2021	728	4204	4932	0,15
2022	778	4187	4965	0,16
2023	910	4154	5064	0,18
2024	1079	4222	5301	0,20
2025	1183	4352	5535	0,21
Vesterålen				
2021	14	29	43	0,33
2022	15	28	43	0,35
2023	20	22	42	0,48
2024	23	22	45	0,51
2025	23	21	44	0,52

<https://www.helfo.no/fastlegeordninga/fastlegestatistikk>

Antall fastleger og ledige lister/hjemler

Det totale antallet fastlegelister i Vesterålen har økt fra 43 til 47 i prosjektperioden. Antall lister uten fast lege varierer over tid og mellom kommunene. Det er til enhver tid 1-4 ledige lister i Vesterålen. Antall søkere til utlyste stillinger er lavt, fra 0-4 kvalifiserte søkere. Stort sett alle tilsatte er ALIS. Det er tilsatt en spesialist i allmenntilleggsmedisin i prosjektperioden. Andøy og Bø hadde i 2025 lister uten fastlege hjemler som har vært ubesatt over lenger tid (>1 år).

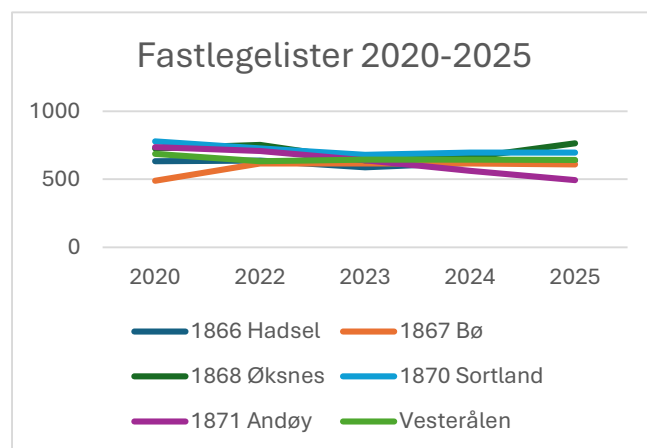
(<https://www.helfo.no/fastlegeordninga/fastlegestatistikk>)



Listestørrelser

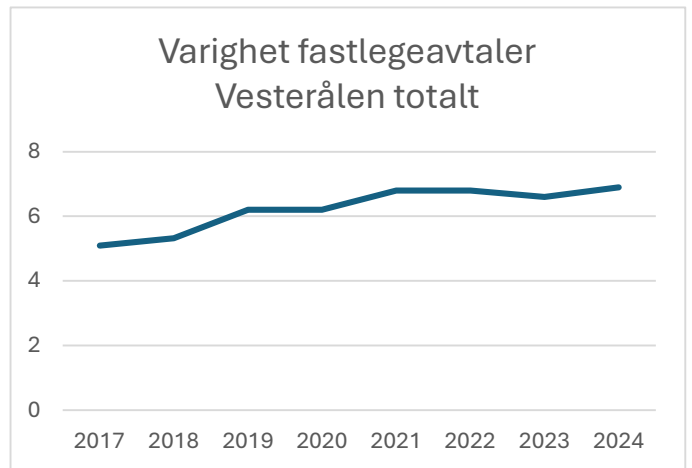
Vesterålen har vesentlig lavere gjennomsnittlige listestørrelser enn det nasjonale nivået (Vesterålen 654, Nordland 711, Norge 946). Gjennomsnittlig listestørrelsene er gradvis redusert for alle kommuner siden 2020, unntatt Øksnes som fjernet en fastlegeliste i 2025. Andøy har hatt størst reduksjon, sannsynligvis på grunn av etablering av rotasjonsordninger for fastlegene. På nasjonalt nivå har gjennomsnittlig listestørrelse gått ned fra 1039 til 946 listeinnbyggere fra 2022-2026.

(<https://www.helfo.no/fastlegeordninga/fastlegestatistikk>)



Stabilitet 2017-2024

Varigheten av fastlegeavtalene i Vesterålen har gradvis økt fra 5,1 år i 2017 til 6,9 i 2024. Gjennomsnittet for Norge er 6,7 år. For Nordland er varighet 5,3 år.

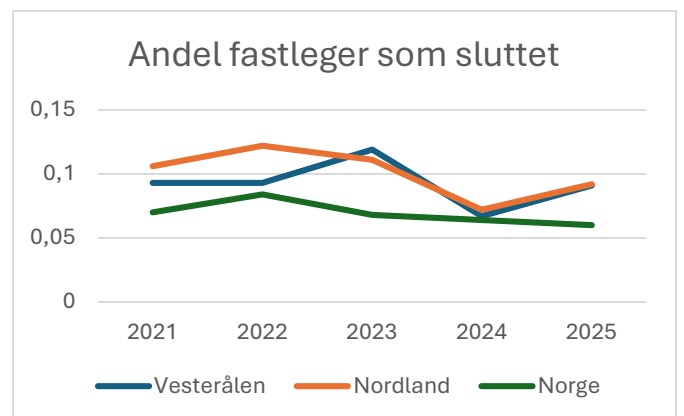


[https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/allmennlegetjenesten/avtalevarighet-pa-kommunenes-fastleger\)](https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/allmennlegetjenesten/avtalevarighet-pa-kommunenes-fastleger)

Antall ledige fastlegelister og mobilitet

Mobilitet er definert som antall leger som har sluttet som andel av totalt antall lister. Informasjon om antall leger som har sluttet i fastlegeordningen er hentet fra HELFOs fastlegestatistikk.

Gjennomsnittlig mobilitet i Vesterålen i tidsperioden 2021-2025 var 9,3%, det vil si at 9,3% av alle fastleger i regionen slutter årlig (variasjon 6,7-11,9%). Nasjonale tall viser at mobiliteten i fastlegestillinger varierte mellom 6,0%-8,4% i den samme perioden. Gjennomsnittlig mobilitet var på 6,9% på landsbasis, 10% i Nordland.



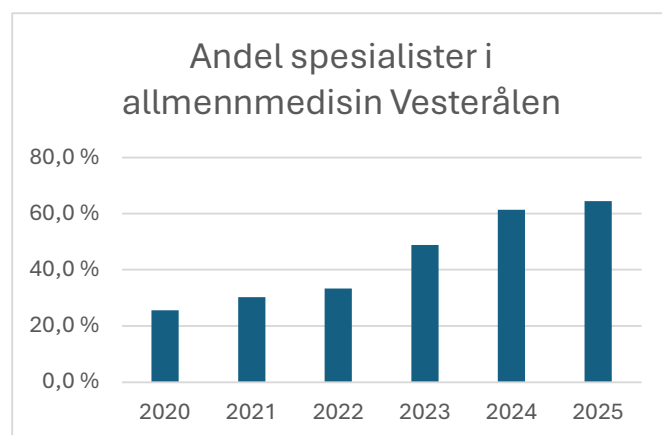
Tabell 3. Turnover fastleger 2021-2025

	Sluttet per mån	Sluttet per år	Totalt antall fastleger	Andel som sluttet/år
Norge				
2021	28,9	346,8	4961	0,070
2022	35,3	423,6	5057	0,084
2023	29,7	356,4	5268	0,068
2024	29,2	350,4	5517	0,064
2025	28,8	345,6	5720	0,060
Gjennomsnitt				0,069
Nordland	Sluttet per mån	Sluttet per år	Totalt antall fastleger	Andel som sluttet/år
2021	2,4	28,8	272	0,106
2022	2,8	33,6	276	0,122
2023	2,6	31,2	281	0,111
2024	1,8	21,6	302	0,072
2025	2,4	28,8	312	0,092
Gjennomsnitt				0,100
Vesterålen	Sluttet per mån	Sluttet per år	Totalt antall fastleger	Andel som sluttet/år
2021	4		43	0,093
2022	4		43	0,093
2023	5		42	0,119
2024	3		45	0,067
2025	4		44	0,091
Gjennomsnitt				0,093

<https://www.helfo.no/fastlegeordninga/fastlegestatistikk>

Andel spesialister i allmenntmedisin Vesterålen

Andelen spesialister i allmenntmedisin blant fastlegene har økt fra 26% i 2020 til 64% i 2025. Andelen spesialister på landsbasis er 63%. I Nordland er 60% av fastlegene spesialister i allmenntmedisin i 2025. I og med at regionen rekrutterer svært få spesialister i allmenntmedisin så tyder utviklingen på økt stabilitet.

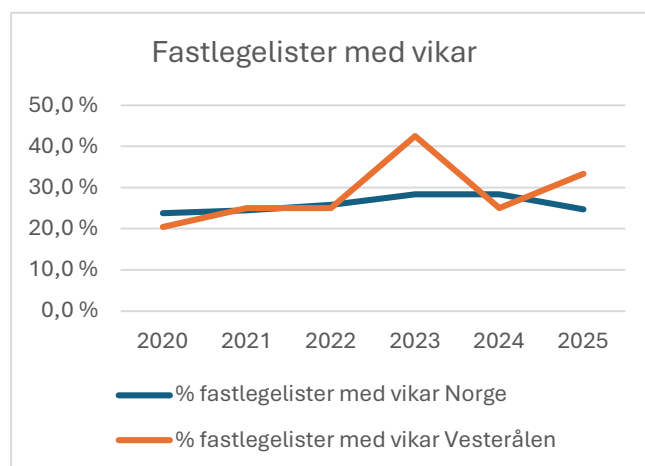


<https://www.helfo.no/fastlegeordninga/fastlegestatistikk>

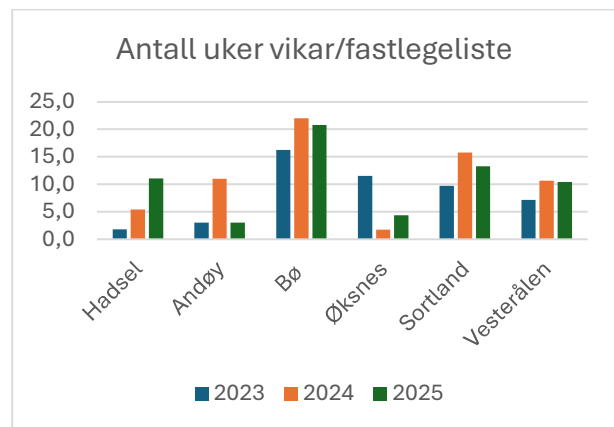
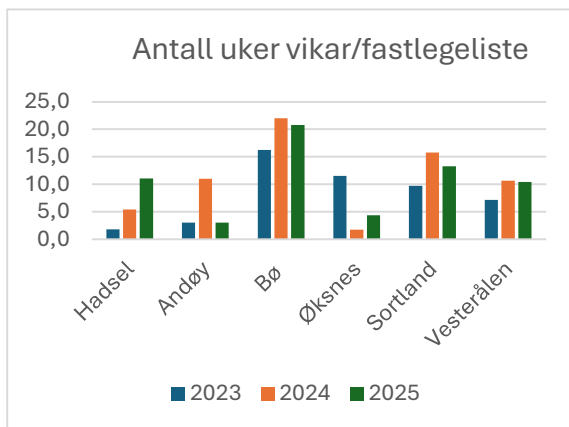
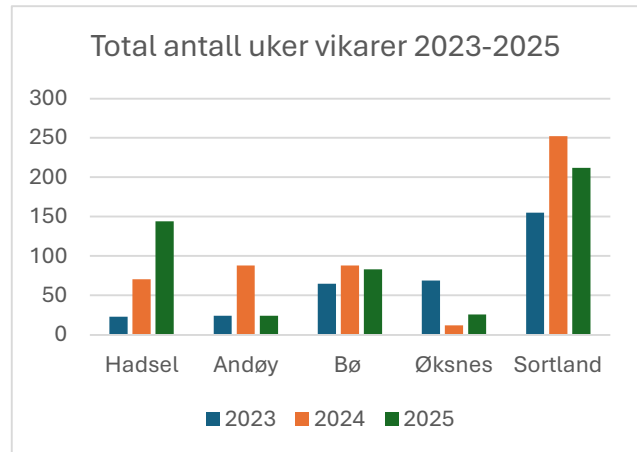
Vikarbruk

Informasjon om vikarbruk er hentet fra HELFO (antall fastlegelister med vikar) og gjennom manuell innhenting av informasjon fra ledere (antall uker med vikar og årsaker til vikarbruk).

Behovet for vikarleger i fastlegeordningen er stort og stabilt. I Norge betjenes ca. 25% av alle fastlegelistene av vikarer. Vesterålen følger denne trenden, med unntak av en forbigående økning i 2023 som sannsynligvis er knyttet til økt sykefravær. Basert på manuelt innhentede tall på vikarbruken i antall uker var det leid inn vikar for ca. 11 årsverk (=44 uker/år) per år i perioden 2023-2025. Manuelt innhentede data indikerer at denne økningen var knyttet til økt sykefravær.

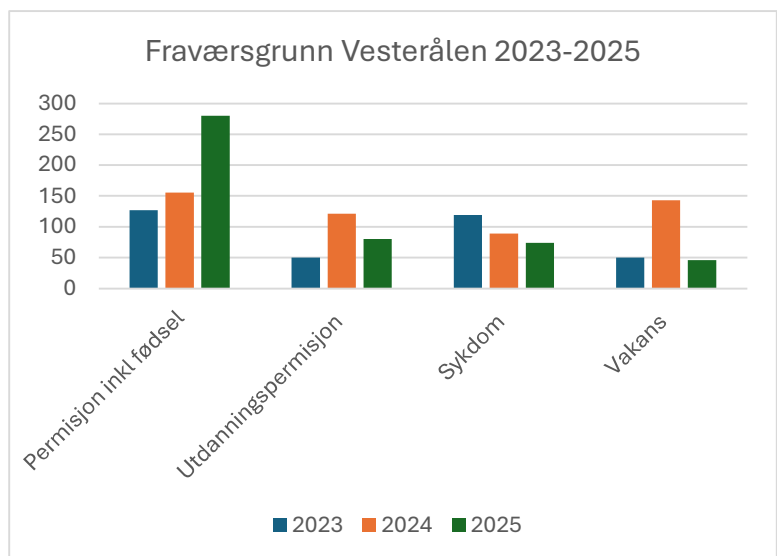


Vikarbruken varierer mellom kommunene. Basert på vikarbruk per fastlegehjemmel har Bø og Sortland størst behov for vikarer. Bø har lister uten fast lege som utløser behov for vikar, vikarbruken i Sortland er knyttet opp mot permisjoner og sykefravær. Øksnes har en stabilt bemannet legetjeneste, med lite vikarbruk.



Vesterålen brukte mellom 21- 39 ulike vikarer mellom 203-2025. Det er ikke undersøkt i hvor stor grad kommunene brukte vikarbyrå for å dekke behovet.

Prosjektet har undersøkt hva som er grunnen til at kommunene bruker vikar. Årsakene ble delt inn i permisjoner (inklusive fødselspermisjon), utdanningspermisjoner, sykefravær og vakanser. Data viser at permisjoner (i praksis fødselspermisjoner) og utdanningspermisjoner er den viktigste årsaken til behov for vikarinneleie. Disse permisjonene er knyttet til familieetablering og utdanning og kan derfor ses som forventede og ønskede permisjoner. Antallet spesialister i allmenntjenestemedisin har økt og stabiliteten er økende, og det betyr at man kan



forvente en reduksjon av utdanningspermisjoner i fremtiden og dermed en reduksjon av det totale behovet for vikarer i Vesterålen.

Helseforetak

Totalt var der 54,5 faste legestillinger (+ 14 LIS1 stillinger og rotasjonstillinger i anestesi) ved Nordlandssykehuset Vesterålen i 2021. I 2025 hadde sykehuset 55,5 legestillinger, 24,5 overlegestillinger og 17 LIS2/3-stillinger.

I 2021 hadde NLSH Vesterålen 9 ledige overlegestillinger og 1 ledig stilling som LIS2/3. Antallet vakante overlegeårsverk har gradvis blitt redusert og i 2025 hadde NSLH Vesterålen 3,38 ledige overlegestillinger. Gjennomtrekket av leger i LIS2/3 er stort og antallet ledige stillinger varierte i 2021-2025. I 2025 var alle LIS2/3 stillinger besatt. Antall søkere til LIS 2/3 varierte mellom 3-10 (pers.komm). PHR klinikken i Vesterålen har hatt en spesielt positiv utvikling. Ved utgangen av 2025 var en overlegestilling vakant og alle LIS2/3 stilling var besatt av leger som er i spesialistutdanning i psykiatri (ikke ALIS).

Tabell 4. Stillingsoversikt og ledige stillinger Nordlandssykehuset i 2021

2021	Antall overleger	Ledige stillinger
Medisin	6	3
Kirurgi	4,5	1
Ortopedi	4	0
Gynekologi	4	2
Psykiatri og Rus	4	2
BUP	2	1
SUM	24,5	9
2021	Antall LIS2/3	Ledige stillinger
Medisin	7	0
Kirurgi	2	0
Ortopedi	2	0
Gynekologi	2	0
Psykiatri og Rus	2	0
BUP	1	1
SUM	16	1

Basert på manuell gjennomgang av innhentet informasjon

Tabell 5. Utviklingen av ledige overlegeårsverk Nordlandssykehuset 2021-2025

Avdeling	Ubesatte årsverk 2021	Ubesatte årsverk januar 2024	Ubesatte årsverk jan 2025	Ubesatte årsverk jan 2026
Medisinsk avdeling	3	2	1	0
Kirurgisk avdeling				
Kirurgi	1	1,38	1,38	1,38
Urologi	0	0	0	0
Ortopedi	0	1	1	0
Gynekologi	2	2,2	1,2	1

Psykiatri	2	1	1	1
BUP	1	1	1	0
NLSH Vesterålen	9	8,58	6,58	3,38

Basert på manuell gjennomgang av innhentet informasjon

Utviklingen av ledige stillinger LIS2/3 2021-2025

Ved avslutningen av prosjektet i 2025 var alle LIS2/3 stillinger besatt. Allmennleger i spesialisering trenger 6 måneders sykehustjeneste som et ledd i spesialiseringen og brorparten av ALIS gjør denne tjenesten i regionen. Det er ikke dedikerte stillinger for ALIS og legene går i normale faste stillinger. Klinikk psykisk helse og rus (PHR klinikken) har hatt 8 ALIS i perioden og i praksis har de bidratt til å dekke vikarbehov i PHR klinikken.

Tabell 6. Ledige stillinger LIS2/3 2025 Nordlandssykehuset

Avdeling	Antall LIS2/3	Ledige stillinger
Medisin	7	0
Kirurgi	2	0
Ortopedi	2	0
Gynekologi	2	0
Psykiatri og Rus	3	0
BUP	1 (ALIS)	0
SUM	17	0

Basert på manuell gjennomgang av innhentet informasjon

Mobilitet

Mobilitet er definert som antall leger som slutter som andel av totalt antall stillinger. Totalt 16 overleger og 15 LIS2/3 sluttet mellom 2022-2025. Det betyr at 17% av overlegene og 22% av LIS2/3 slutter hvert år. ALIS og LIS1 er tidsbegrensede utdanningsstillinger og de er derfor holdt utenfor beregningen.

Tabell 7. Mobilitet i Nordlandssykehuset Vesterålen 2022-2025

	Medisin	Ortopedi	Kirurgi	Gyn	PHR	BUP	Total	Per år	Mobilitet/år	Merknad
Overleger som sluttet	6	2	3	2	3	0	16	4,00	0,17	
Gjennomsnittlig antall stillinger	7	4	4	4	3	2	24			
LIS2/3 som sluttet	7	1	4	3	0	0	15	3,75	0,22	PHR hadde 8 ALIS, Medisin 1 ALIS som ikke er medregnet
Gjennomsnittlig antall stillinger	7	2	2	2	3	1	17			

Basert på manuell gjennomgang av innhentet informasjon

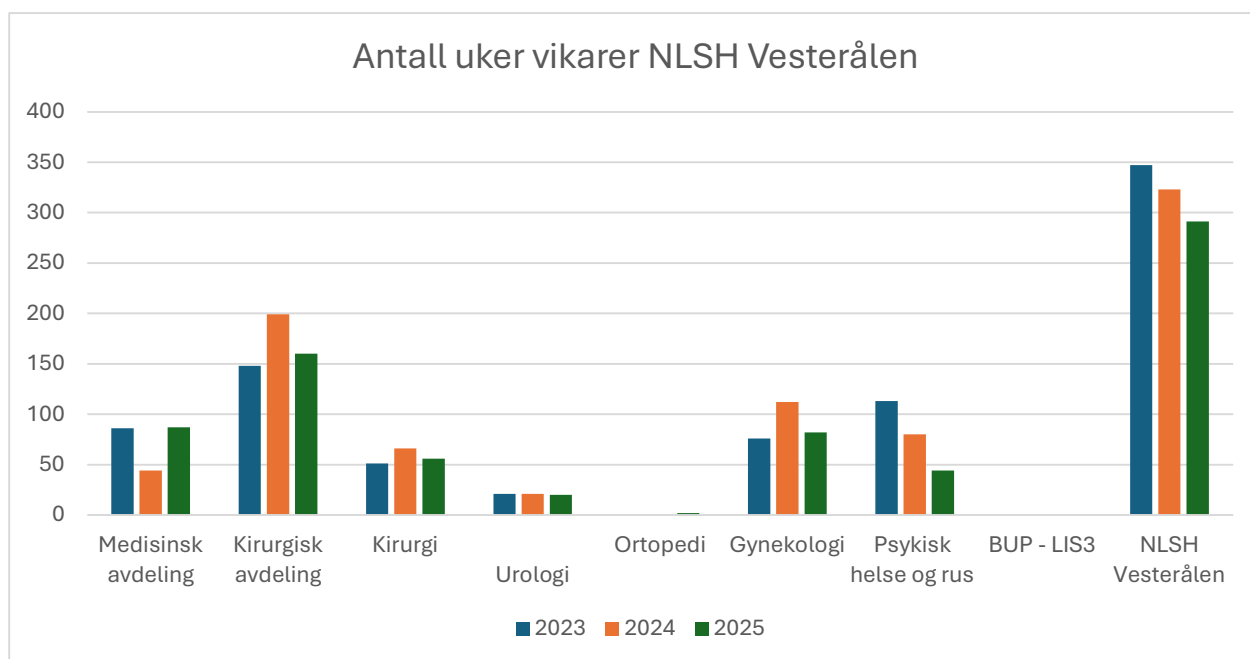
FAFO har gjennomført en undersøkelse av mobilitet i helse- og omsorgssektoren. Den viste at sykehuslegene har en mobilitet på 26 prosent, men tallene er ikke sammenlignbare fordi FAFO-undersøkelsen også inkluderer LIS1 (13). 23 % av legene ved NLSH Vesterålen er LIS1 noe som er vesentlig større andel enn i andre større sykehus så mobilitetstallene er uansett ikke sammenlignbare. Det er ikke gjort undersøkelse av mobilitet for overleger og LIS2/3 separat.

Vikarbruk

Data om vikarbruk i sykehus er innhentet fra enhetsledere i sykehus som har brukt personalsystemet for å finne informasjon retrospektivt. Sykehuset bruker begrepet «ukesvikarer» som omfatter både leger i fast rotasjonsstilling og innleie gjennom vikarbyrå. Kvaliteten av data om vikarbruk i sykehus svekkes av manglende definisjon på vikar. Noen av ukesvikarene er i realiteten fast ansatte leger i rotasjonsstillinger. Den totale vikarbruken i sykehus gitt ned med 16% 2023-2025. PHR klinikken reduserte sitt vikarbruk med 61%.

Tabell 8. Vikarbruk i Nordlandssykehuset 2023-2025

Avdeling	2023	2024	2025
Medisinsk avdeling	86	44	87
Kirurgisk avdeling	148	199	160
Kirurgi	51	66	56
Urologi	21	21	20
Ortopedi	0	0	2
Gynekologi	76	112	82
Psykisk helse og rus	113	80	44
BUP - LIS3	0	0	0
NLSH Vesterålen	347	323	291



Kostnadene for vikarinneleie gjennom vikarbyrå er hentet fra regnskapssystemet. Kostnader for innleie av leger gjennom vikarbyrå er redusert med 25% fra 2022-2025. PHR klinikken reduserte kostnadene med 63%.

Tabell 9. Bruk av vikarbyrå Nordlandssykehuset 2022-2025

Klinikk	2022	2023	2024	2025 jan-nov
Diagnostisk klinikk	3 476 839	3 538 047	4 426 768	4 427 240
Kirurgisk klinikk	8 676 401	5 851 093	11 885 930	9 551 899
Medisinsk klinikk	5 482 420	7 298 396	2 741 760	5 089 091
Psykisk helse og rusklinikk	15 312 863	15 634 110	6 089 848	5 641 991
Totalt	32 948 523	32 321 646	25 144 307	24 710 221

LIS1- antall søkere, betydning for rekruttering og stabilisering

Antall søkere til LIS1

LIS 1 er første obligatoriske delen av spesialistutdanningen for leger. Antallet LIS1 i plasser i Norge, ca. 580/halvår, er omtrent halvparten av antall søkere og mange kandidater søker flere stillinger. LIS1-stillinger lyses ut to ganger i året, med oppstart 1. september og 1. mars.

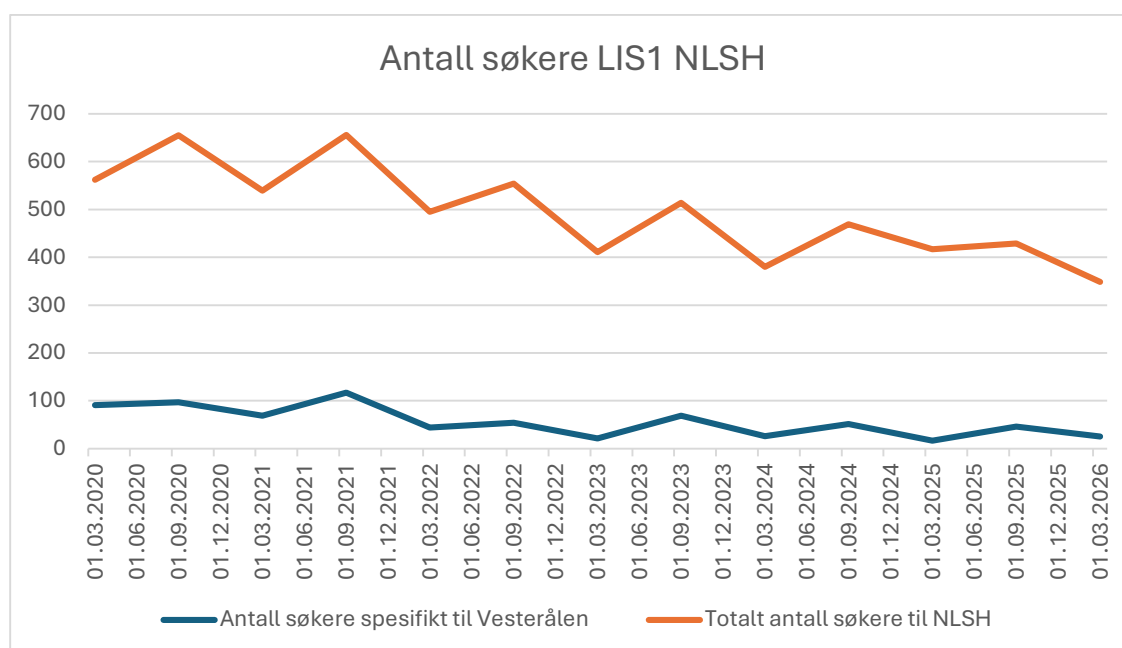
LIS1- kandidater søker til Nordlandssykehuset, men har anledning til å prioritere hvilket av de tre sykehusene de primært ønsker seg (Bodø, Lofoten eller Vesterålen). Det totale antallet søkere til NLSH har gått med 34% fra 2020-2025. Andelen som primært ønsker

Vesterålen, har minket fra 16% i 2020 til 11%. Antallet søkere til LIS1 i Norge har også gått ned, men i mindre grad (7,8% oppstart på høsten).

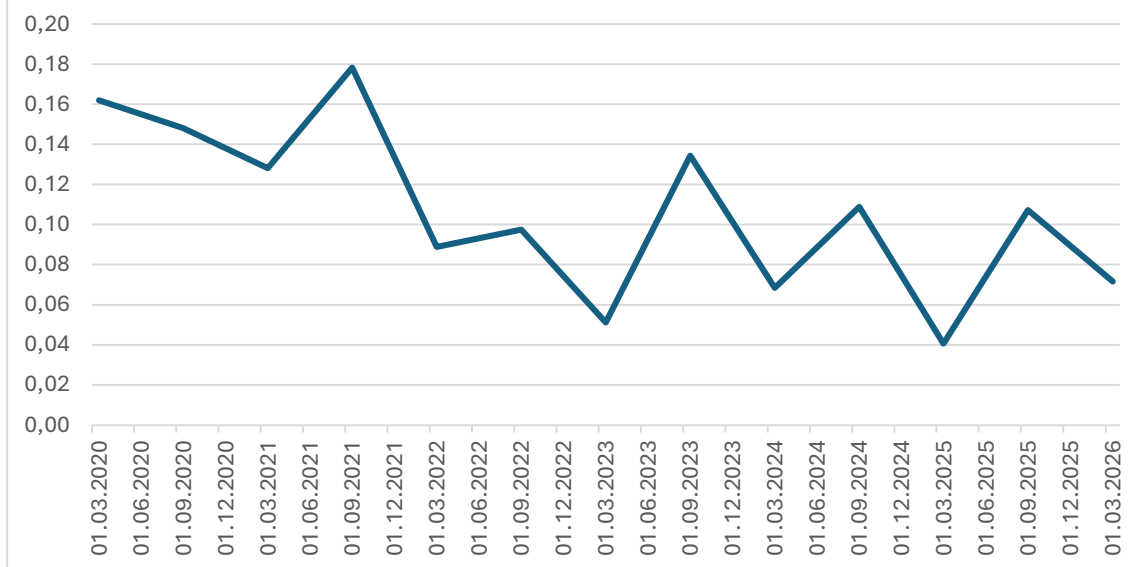
Tabell 10. Søkere til LIS1 Nordlandssykehuset 2020-2026

Tilsetningsdato	Antall søkere spesifikt	Totalt antall søkere	Andel søkere
	til Vesterålen	til NLSH	Vesterålen
01.03.2020	91	562	0,16
01.09.2020	97	655	0,15
01.03.2021	69	539	0,13
01.09.2021	117	656	0,18
01.03.2022	44	495	0,09
01.09.2022	54	554	0,10
01.03.2023	21	411	0,05
01.09.2023	69	514	0,13
01.03.2024	26	380	0,07
01.09.2024	51	469	0,11
01.03.2025	17	417	0,04
01.09.2025	46	429	0,11
01.03.2026	25	349	0,07

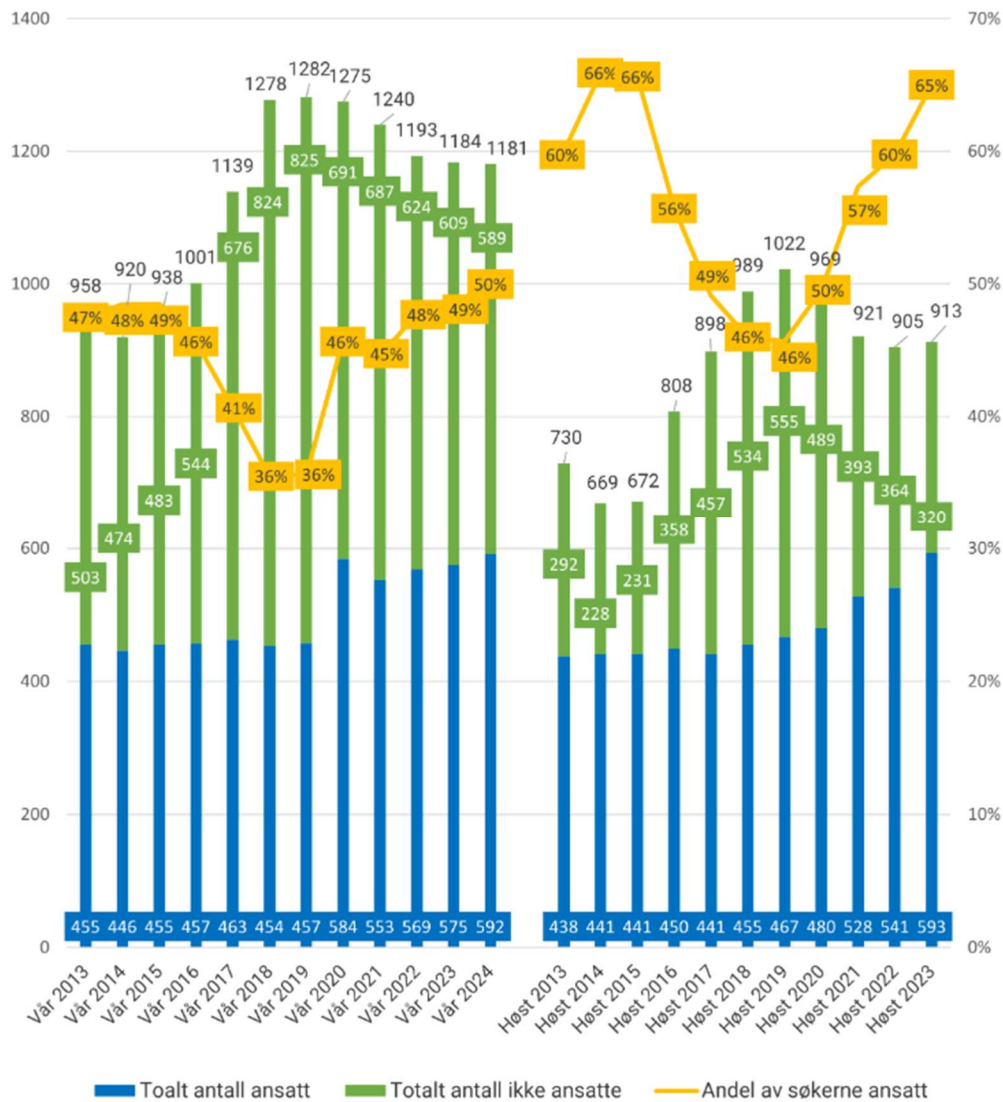
Data fra personalavdelingen NSLH



Andel søkere LIS1 Vesterålen i NSLH



Utvikling søkere og ansatte



Figur 6.1 Totalt antall søkere og ansatte i perioden høsten 2013 til våren 2024.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/leger-i-spesialisering-del-1-lis1.statusrapport-nr.23--soknadsrunden-varen-2024/utviklingstrekk--varen-2013-til-varen-2024>

Avgangskullene til medisinstudier i Norge og i utlandet er større på våren enn på høsten. Dette forklarer sannsynligvis at det er flere søker til opptak i september enn i mars. UiT i Tromsø har opptak en gang i året og samtlige Tromsø studenter avslutter studiet til sommeren hvert år, men vi i har ikke undersøkt hvor stor andel av søkerne til Vesterålen har studert i Tromsø.

Retensjon LIS1

I perioden 2013-2025 har 126 leger gjort LIS1 i Vesterålen. Manuell gjennomgang av data viser at 31(25%) av disse fortsatt arbeider som lege i Vesterålen ved utgangen av 2025, 17 i sykehuset og 14 i kommunen.

Lokal tilknytting og LIS1-tjeneste

Lokal tilknytting er definert som å ha vokst opp i Vesterålen og/eller ha nær familie i Vesterålen.

Det er totalt ca. 40 ansatte leger i spesialisthelsetjenesten (eksl. LIS 1 og ukesvikarer) og 53 i kommunehelsetjenesten (inkl. kommunale stillinger som ikke har fastlegeoppgaver). Det ble tilsatt 52 LIS1 i 2022-2025. 24% (13) av disse hadde lokaltilknytting (analyse gjort av ansettelsesutvalg LIS1).

25% av legene som jobber i regionen i 2025 hadde lokal tilknytting. 42% av legene i sykehuset og 36% av legene i kommunen har gjort LIS1-tjenesten i Vesterålen. Data viser at 14 av 16 av fastlegene i vertskommunen Hadsel har gjort LIS1 i Vesterålen, fire av fastlegene har lokal tilknytting. I sykehuset har 10 av 17 LIS2/3 gjort LIS1 på sykehuset, og 3 av LIS2/3 har lokal tilknytting. I nabokommunen Sortland har tre av 17 fastleger lokal tilknytting, men bare tre har gjort LIS1 i regionen. Dette taler for at LIS1 har størst betydning for rekruttering av leger i vertskommunen og lokalsykehuset

Tabell 11. Lokal tilknytting og LIS1-tjeneste kommune 2025 (31.des)

Kommune	Lokal tilknytting	LIS 1	Antall stillinger/hjemler inklusive kommunale stillinger
Andøy	3	0	7
Bø	1	1	6
Hadsel	4	14	16
Sortland	10	3	17
Øksnes	5	1	7
Totalt	24	19	53

Tabell 12. Lokal tilknytting og LIS1-tjeneste overlege lokalsykehus 2025 (31. des)

Avdeling	Lokal tilknytting	LIS 1	Antall stillinger
Medisin	2	2	7
Kirurgi	4	2	13
BUP	2	2	2
PHR klinikken	1	0	3
Totalt	8	6	25

Tabell 13. Lokaltilknytting og LIS1-tjeneste LIS2/3 lokalsykehus 2025 (31. des)

Avdeling	Lokal tilknytting	LIS 1	Antall stillinger
Medisin	2	6	7
Kirurgi	1	3	6
BUP	0	0	1
PHR klinikken	1	1	3
Totalt	3	10	17

Framskrivning av legebehov frem til 2031

Dersom man tar hensyn til utregning av mobilitet i sykehus (se ovenfor) og kommune og forventet pensjonsavgang (67 år) for legene som i dag jobber i regionen kommer regionen til å være nødt til å rekruttere 12 leger i året i tillegg til de 6,38 stillingene som er vakante i Vesterålen i dag (Bø og Andøy og lokalsykehuset). Det er ikke tatt hensyn til eventuelle demografiske eller organisatoriske endringer.

Tabell 14. Framskrivning legebehov

Vurdering 2026-2031	Sykehus	Kommune	Vesterålen
Vakante stillinger 2026	3,38	3	6,38
Demografi	0	0	0
Avgang basert på mobilitet 2026-2031	38,75	18,75	57,5
Pensjon	3	4	7
Totalt behov i perioden	45,13	25,75	70,88
Per år	7,87	3,91	11,78

Data fra HELFO og manuelt innhentet data fra ledere

Tolkning av datagrunnlag

Overordnet trendbilde:

Mobilitet for fastleger i Vesterålen har fulgt nasjonale utviklingstrekk. Det har skjedd en økt rekruttering nasjonalt etter fastlegekrisen. Det har vært en økning av andelen fastlønstillinger både nasjonalt (15%-21%) og regionalt (33%-53%). Vesterålen har i likhet med Norge hatt gradvise reduksjoner i listestørrelser.

Lokale overganger til fastlønn (Sortland, Øksnes) og reduksjon av listestørrelser kan ha påvirket både rekruttering og stabilisering. Dette gjør det vanskelig å tilskrive den positive utviklingen til prosjektet alene.

Det er en betydelig reduksjon i overlegesvakansene og alle LIS2/3-stillinger besatt ved utgangen av 2025. Dette gjenspeiler dels økt attraktivitet og systematisk arbeid, men også generelle arbeidsmarkedsforhold og stabiliseringstiltak knyttet til utdanning av spesialister i Nordlandssykehuset, for eksempel reisestipend/permisjon for leger i spesialisering.

LIS1 som rekrutteringsmotor:

Vesterålen har 126 LIS1 i perioden 2013–2025; 25 % er fortsatt i regionen (17 i sykehus, 14 i kommuner). Dette indikerer substansiell retensjonseffekt, særlig i vertskommunen og sykehuset. Samtidig har antall LIS1-søkere til NLSH og andel som ønsker Vesterålen variert og samlet sett falt i deler av perioden. Årsakene til dette er ikke klarlagt og kan muligens knyttes til konkurranse om plasser, preferanser, lokalisering og manglende informasjon om LIS1 i Vesterålen.

Lokal tilknytting:

Ca. 38 % av legene i regionen har lokal tilknytting; betydningen synes størst i Øksnes og Sortland. Av LIS1 ansatt i 2022–2025 hadde 18–19 % lokal tilknytting. Retensjon etter LIS1 (25 %) tyder på at både LIS1-tjeneste og lokal tilknytting er viktige faktorer, men kvantitativ effektstørrelse per faktor er ikke estimert.

Vikarbruk:

Det har skjedd en forventet nedgang i vikarbruken grunnet økt spesialistandel (færre utdanningspermisjoner), men det foreligger fortsatt et betydelig behov for vikarer knyttet til permisjoner og sykefravær. Skillet mellom ønsket og uønsket fravær er viktig; uansett optimale forhold og stabilitet kommer fastlegeordningen i Vesterålen ha behov for omtrent 7,4 årsverk legevikar (ca. 16 %) årlig de neste fem år. Beregningen forutsetter lavt sykefravær.

I sykehus skaper «ukesvikarer» med langtidskontrakt målefeil dersom de klassifiseres som vikarer. Kostnadsdata viser reduksjoner av vikarinleie gjennom byrå i enkelte klinikker. For sykehuset samlet er beregningene usikre.

Framskrivning av behov:

Det er estimert at regionene kommer å være nødt til å rekruttere. 12 leger per år frem til 2031 (inkl. vakanser og avgang). Dette synliggjør behovet for et kontinuerlig, regionalt pipeline-arbeid. Framskrivningen er konservativ og kan suppleres med scenariomodeller for demografi, tjenestemodell(er) og produktivitet.

Vesterålen som en bo- og arbeidsregion

I Transportøkonomisk institutts (TØI) inndeling av norske kommuner i bo- og arbeidsmarkedsregioner er Hadsel, Sortland og Øksnes vurdert som en region. Et av grunnpremisser i prosjekt var at Vesterålen er en bo- og arbeidsregion for leger. I datamaterialet er det lite som tyder på at det er riktig. Dette kan få konsekvenser for planlegging av videre samarbeidsprosjekter om rekruttering og stabilisering av leger i regionen.

https://www.regjeringen.no/contentassets/735944a205424d14afef809bc039d76b/inndeling_ba-regioner_2020.pdf

Metodevurdering og datakvalitet

Styrker:

Halvårlig innsamling og deling av nøkkeltall, bruk av HELFO-portalen fra 2025, triangulering via personlig kontakt og HR-systemer, kombinasjon av kvantitative data og kvalitative innsikter (gruppeintervjuer med LIS1/LIS2) styrker validiteten av data fremfor alt for kommunene.

Svakheter:

Manglende standardisert definisjon av data, for eksempel vikar vs. rotasjon, manglende samsvar mellom HELFO data og manuelt innhentede data (vakanserapportering, «vikarlister») og manuell innhenting i sykehus uten konsistent årsakskoding svekker kvaliteten på data. Evaluering vanskeliggjøres fordi det ikke er utført målinger av hvor mange av deltakerne som har brukt kunnskapen og hvordan de har gjort det. («etterlevere» og «etterlevelse» av tiltak -(compliers/fidelity).

Fravær av sammenligningsgruppe og robust evalueringsoppsett (baseline, kontrollregioner, før-etter-design, kvasi-eksperimentelle metoder) begrenser kausal tolkning av prosjektets effekt.

Måloppnåelse

Hovedmål:

Hovedmålene er generelle. Prosjektet skal «bidra til» å gi felles forståelse for betydning av systematisk og kunnskapsbasert tilnærming til rekruttering og stabilisering, langsiktighet i planlegging og drift av legetjenesten og gjøre arbeidsplasser til en aktiv rekrutterings og stabiliseringsarena samt bidra til økt samarbeid og gjøre helsefelleskapet til en konstruktiv arena for samarbeid og endring.

Prosjektet har bidratt til økt oppmerksomhet om rekruttering og stabilisering i Vesterålen, styrket samarbeidsrelasjoner og lagt et kunnskapsbasert rammeverk til grunn for tiltak.

Prosjektet har også styrket felles forståelse og oppmerksomhet om systematisk, kunnskapsbasert rekruttering og stabilisering, men uten formell forankring i linjeorganisasjonene begrenses varig effekt.

Resultatmål:

Aktivitet	Resultatmål	Vurdering
Hele prosjektet	Prosjektet skal bruke strukturer i helsefelleskapene og gi	Oppfylt

	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 3 kvalifiserte søkere på stilling som fastlege og overlege).	Ikke helt oppfylt mål. Antallet kvalifiserte søkere til legestillinger (mål: 3 per utlysning) er fortsatt lavt, og LIS1-søkere til Vesterålen som andel av NLSH har variert og samlet sett minket i perioden 2020–2026 (eksempelvis 0,04–0,18). Forbedring krever styrket pipeline-arbeid (UiT 5. år, alumni, målrettet budskap) og forbedret rekrutteringsinfrastruktur (Vesterålspakken)
	Fastleger og LIS 2-3/overleger på lokalsykehus skal jobbe lenger i hjemlene/stillingene.	Kommuner: Mobiliteten for fastleger i Vesterålen var i gjennomsnitt 9,3 % (2021–2025), høyere enn landsgjennomsnittet (6,9 %) og på nivå med Nordland (10 %). Det foreligger tegn til bedret stabilitet i senere år (2024: 6,7 %), men bildet er variabelt mellom kommuner. Sykehus: Ledige overlegestillinger ble redusert fra 10 årsverk (2021) til 3,38 (oktober 2025). LIS2/3-mobilitet er høy (~21–22 % per år), noe som er konsistent med utdanningsstillingers natur. Overordnet vurderes stabilitetsmålet som delvis oppfylt.

	Kostnadene for vikar innleie skal reduseres med 30%.	Oppfylt i enkelte klinikker; mangelfullt dokumentert i kommunene. Kostnadsdata (NSLH 2023–2025) indikerer reduksjoner i noen klinikker, men sammenlignbarhet og fullstendighet er begrenset av datakvalitet. Det er ikke beregnet vikarkostnader for kommunene.
	Kommuner og lokalsykehus skal ha tilgang til kontinuerlig statusoppdatering og framskriving av legebehov basert på relevante og oppdaterte data.	Delvis oppfylt. Halvårlige oppdateringer er levert, inkludert framskriving av legebehov (estimat ~12 leger/år i perioden). Datagrunnlaget er forbedret ved HELFO-portalen (fra 2025), men avvik (vakanseregistrering, «vikarlistene») og mangel på årsakskoding svekker informasjonsverdien.
Plan for legetjenesten	Alle kommuner skal ha vedtatt Plan for legetjenester i slutten av prosjektperioden. Avdelingene i sykehuset skal ha utarbeidet planer og fått dem godkjent av klinikkleder.	Ikke oppfylt samlet sett. Enkelte kommuner har fått støtte (Andøy, Bø), og indremedisinsk avdeling arbeidet igangsatt (videreføres i 2026). Det er behov for krav til planvedtak og tydelig metodestøtte.
Gruppeveiledning av legeledere	Gruppeveiledning for ledere av legetjenestene skal være gjennomført og gjøres til en del av systematisk lederopplæring.	Oppfylt. Ni ledere deltok; positive tilbakemeldinger. Oppmøte var varierende. Varig effekt avhenger av videreføring.
Lederkurs for legeledere	Lederkurs for legeledere skal være gjennomført årlig	Planlagt gjennomført i 2026; ikke oppfylt årlig i prosjektperioden.

<p>Felles utdanningsplan for leger i Vesterålen</p>	<p>a) Samarbeid om FKM (felles kompetansemål) skal ha blitt vurdert. b) Kommunene skal være en del av opplæringen av LIS1 i sykehuset.</p>	<p>a) Delvis oppfylt. b) Formelt samarbeid ble ikke etablert; utforsking av ALIS-stillinger i sykehuset pågår. Kommunenes bidrag til LIS1-opplæring i sykehuset er ikke oppfylt.</p>
<p>Introduksjonspakke med mentorordning for nyansatte</p>	<p>Alle avdelinger skal ha introduksjonspakke 6 måneder etter oppstart av tiltaket.</p>	<p>Delvis oppfylt. NSLH gjennomførte revisjon av LIS1-introduksjon uavhengig av prosjektet; kommunene har egen praksis. Felles sjekkliste er utarbeidet; felles struktur på tvers er ikke etablert.</p>
<p>Bruk av tilsetning av LIS1 og medisinstudent som rekrutteringsverktøy</p>	<p>Antallet leger som forblir i Vesterålen etter LIS1 skal være uendret (høyt). Antall medisinstudenter som søker LIS1 skal ha økt fra dagens nivå.</p>	<p>Retensjon etter LIS1 synes god i Hadsel/sykehus, mindre i øvrige kommuner; forbindelsen til tiltak er ikke kausalt belyst. Ikke oppfylt for økning i antall medisinstudenter som søker LIS1.</p>
<p>Vesterålspakken</p>	<p>Felles utlysning av legestillinger skal være utprøvd. Alle utlysninger av legestillinger skal henvise til Vesterålspakken. Vesterålspakken skal være i drift, og oppdatering av informasjon skal skje systematisk og det skal være utnevnt ansvarlig person for dette.</p>	<p>Ikke oppfylt. Vesterålsrådets omorganisering stoppet utvikling; informasjonsnotat er produsert, men ikke en levende, eid plattform med systematisk oppdatering</p>

Informasjon om prosjektet	Resultater og erfaringer fra prosjektet skal publiseres i rapporter og andre egnede fora, og formidles til praksisfeltet.	Oppfylt. Flere konferansebidrag, nyhetsartikler og publikasjoner; betydelig faglig oppmerksomhet.
Bruk av rammeverket	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	Prosjektet har utforsket og anvendt «Recruit and Retain - Making it Work»-rammeverket; dette målet vurderes som oppfylt.

Økonomi

Bø kommune var prosjekteier og regnskapet er ført som et eget prosjekt i Bø kommune sitt regnskapssystem.

Prosjektet har fått støtte med totalt 1 762 180 kr fra Statsforvalteren. Prosjektmidler er brukt til lønn til prosjektleder (XXXXX kr) og driftskostnader. Nordlandssykehuset har brukt kr 880 551 til lønn til prosjektmedarbeider 2023-2025. (se vedlegg for årsregnskap 2023-2025). Regnskapene er godkjent av revisor (se vedlegg). Egenandel består av deltakernes arbeidstid og eventuell reise. Beløpet er ikke beregnet.

	Tildelt beløp	Brukt beløp	Overføring fond
2022	110000	12138	97862
2023	500 000	411022	186820
2024	405180	469255	122744
2025	487000	463527	146217
2026 (planlagt)	146217 (fra fond 2025)		

Regnskap 2025

Prosjektet har hatt utgifter på kr 583 525, herav lønnskostnader kr 468 211. Driftsutgifter er fremfor alt knyttet til reise og møtevirksomhet. Kostnadene for samhandlingsmøte med alle legene i Vesterålen ble refundert av deltakende organisasjoner (post 17000 og 17500). Forskningsprosjekt i samarbeid med Helgeland ble ikke gjennomført.

Konto	Beskrivelse	Regnskap
		0
10100	Fastlønn	340 946
10500	Annen lønn og trekkpliktige godtgjørelser	38 103
10900	Pensjonsinnskudd og trekkpliktige forsikringsordninger	19 126
10902	Ulykke/yrkesskade- og gruppelevsforssikring fra LØNN	33
10990	Arbeidsgiveravgift	18 133
10991	Arbeidsgiveravgift aga av feriepenger	2 175
11151	Beverting	64 519
11202	Oppholdsutgifter/Hotell (ikke kursutgifter)	4 998
11500	Opplæring- kurs	16 799
11600	Utgifter og godtgjørelser for reiser- diett- bil m.v. som er oppgavepliktige	1 078
11700	Reiseutgifter (tog, buss, fly, taxi, mm)	9 172
11900	Leie av lokaler og grunn	14 981
14290	Merverdiavgift som gir rett til momskompensasjon	5 131
15500	Avsetninger til bundne fond	146 217
17000	Refusjon fra staten	-518 461
17290	Kompensasjon moms påløpt i driftsregnskapet	-5 131
17500	Refusjon fra kommuner	-25 200
17700	Refusjon fra andre (private)	-9 877
19500	Bruk av bundne fond	-122 744

Evaluering

Evaluering er gjort av prosjektgruppen og styringsgruppen. Det er ikke gjort en ekstern evaluering av de ni tiltakene og deres effekt.

Endringsarbeid i komplekse organisasjoner er krevende og at 10 av 15 resultatmål er helt eller delvis oppfylt må sies å være et svært godt resultat fremfor alt med tanke på den begrensede ressursbruken.

Gjennomføringen har vært preget av både organisatorisk og faglig kompleksitet. Rekruttering og stabilisering kan ses på som et «gjenstridig» problem og både kommuner og helseforetak er komplekse organisasjoner. Prosjektledelsen har hatt en fleksibel og iterativ tilnærming til prosjektet og hadde som målsetting at i så stor grad utnytte eksisterende møteplasser og ta hensyn til pågående prosesser i organisasjonene. Prosjektet hadde ingen formell myndighet og var avhengig av motivasjon og kapasitet hos ledere og ansatte for å gjennomføre tiltak. Ikke alle tiltak kunne gjennomføres som planlagt og det har vært nødvendig med kontinuerlig tilpassing. I en slik setting viste det seg at Rammeverket bidrog til å systematisere arbeidet.

Prosjektgruppens sammensetning med tverrfaglig deltakelse på ulike nivåer var nyttig. Gruppen sammensetning sikret forankring og involvering og bidrog til at prosjektet fikk adgang til arbeidsplasser og ledelse. Prosjektleders lange erfaring som fastlege,

kommuneoverlege og samhandlingsrådgiver i Vesterålen påvirket prosjektets utvikling og gjennomføring. Prosjektleder har stort faglig nettverk i regionen, både i sykehus og kommuner og dette skapte legitimitet og gjorde både avdelinger og ledelse lettere tilgjengelig.

Erfaring tilsier at prosjektet fikk ulik betydning for deltakende arbeidsplasser. I hvilken grad organisasjonene ble eksponert for prosjektet påvirket prosjektets innvirkning og resultat. Leder for PHR klinikken, som deltok i arbeidsgruppen (og i gruppeveiledning) mener for eksempel at deltakelse i prosjektet var viktig for å lykkes med å rekruttere og beholder leger. Et annet eksempel er arbeidspakken «*LIS1 som rekrutteringsverktøy*» som fikk stor innvirkning på måten Vesterålen rekrutterer LIS1. Ansettelsesutvalget for LIS1 i Vesterålen var i stor grad eksponert for prosjektet: Prosjektleder, en deltaker i prosjektgruppen og en av deltakerne i gruppeveiledningen er medlem av ansettelsesutvalget. Prosjektet har bidratt til økt kunnskap om rekruttering og stabilisering som har gitt økt kvalitet i ansettelsesprosessen. Det har også ført til en forståelse av at ansettelsesprosessen er en viktig del av rekruttering og begynnelsen på arbeidet med å få LIS1 til å bli i regionen.

Arbeidspakkene kontinuerlig statusoppdatering med månedlige oppdateringer og gruppeveiledning for ledere var begge langsgående og kontinuerlige. Disse aktivitetene er vurdert som viktige for å opprettholde kontakt med og motivere deltakende organisasjoner.

Prosjektet har hatt informasjonsmøter med toppledelsen i både kommuner og sykehus, med avdelingsledere og enhetsleder, men også med de ansatte i kommunene og lokalsykehuset. Møtene med legene har vært svært nyttige og informative for prosjektet og skapte engasjement. Disse møtene bidro til å skape en felles, helhetlig forståelse for temaet og for betydningen av de ansattes egeninnsats i arbeidet med rekruttering og stabilisering.

Erfaringene fra prosjektet har vakt stort interesse både nasjonalt og internasjonalt og har blitt presentert på en rekke konferanser og workshops. Dette skaper ikke endring i seg selv, men eksponeringen har gitt prosjektet legitimitet og skapt positiv oppmerksomhet rundt legetjenesten i Vesterålen. Dette kan bidra til bedre renommé og som i sin tur indirekte påvirke rekruttering positivt.

Erfaringene i prosjektet er kontekstavhengig og til dels personavhengig og derfor ikke umiddelbart overførbare til andre organisasjoner.

Prosjektet kan se ut å ha hatt liten innflytelse på rutiner og systemer for rekruttering og stabilisering i deltakende organisasjoner og det kan gjøre at den varige effekten av prosjektet uteblir. Den kontinuerlige oppmerksomheten rundt temaet i prosjektperioden kan ha skapt økt forståelse for systematisk arbeid og betydningen av arbeidsmiljø og involvering av ansatte i rekruttering og stabiliseringsarbeid som kan ha varige effekter.

Prosjektets betydning på lang sikt

Prosjektet har levert reell verdi innen stabilisering, synliggjøring og systematisk tilnærming, og dokumenterer positiv utvikling i nøkkeltall. Samtidig er kritiske rekrutteringsmål ikke nådd, og datakvalitet begrenser evidens for effektattribusjon. For å sikre varig effekt anbefales det å sørge for noen varige strukturer basert på suksessfaktorene i rammeverket: ta utgangspunkt i lokal kontekst, sette av nødvendige ressurser og sikre systematisk, langsiktig arbeid med regelmessige evalueringer.

Konkrete tiltak kan være:

- formell forankring i Helsefellesskapet med årlig rammeverkssyklus
- styrket datainfrastruktur og evaluering med klare KPI (key performance indicator).
- målrettet LIS1- og pipeline-arbeid
- institusjonalisering av planverk, onboarding og lederutvikling.

Videreføring i 2026

Prosjektet avsluttes formelt i 2025. Ubrukte prosjektmidler kommer til å brukes for å arrangere legelederkurs, videreføre gruppeveiledning for leger, skrive legeplan for indremedisinsk avdeling og på rapportering og presentasjon av resultater på konferanser og workshop.

Forskningsprosjekt om karriereveier og mobilitet av leger som gjennomført LIS1 i Nord-Norge videreføres i regi av Nasjonalt senter for distriktsmedisin.

Referanser

1. Abelsen B, Strasser R, Heaney D, Berggren P, Sigurðsson S, Brandstorp H, et al. Plan, recruit, retain: a framework for local healthcare organizations to achieve a stable remote rural workforce. *Human resources for health*. 2020;18:1–10.
2. de Vries N, Boone A, Godderis L, Bouman J, Szemik S, Matranga D, et al. The Race to Retain Healthcare Workers: A Systematic Review on Factors that Impact Retention of Nurses and Physicians in Hospitals. *Inquiry*. 2023;60:469580231159318–.
3. Friedberg MW, Chen PG, Van Busum KR, Aunon F, Pham C, Caloyeras J, et al. Factors Affecting Physician Professional Satisfaction and Their Implications for Patient Care, Health Systems, and Health Policy. *Rand Health Q*. 2014;3(4):1.
4. Martinussen PE, Magnussen J, Vrangbæk K, Frich JC. Should I stay or should I go? The role of leadership and organisational context for hospital physicians' intention to leave their current job. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):400–.
5. WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2021.
6. 2023:4 N. Tid for handling — Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/2023>.

7. Gjessing S, Risør T, Kristensen JK. Medical trainees' speciality considerations at their transition from under- to postgraduate education: a descriptive, cross-sectional study. *Educ Prim Care*. 2024;35(1-2):13–21.
8. Yang Y, Li J, Wu X, Wang J, Li W, Zhu Y, et al. Factors influencing subspecialty choice among medical students: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2019;9(3):e022097–e.
9. Straume K, Shaw D. Internship at the ends of the earth - A way to recruit physicians? *Rural and remote health*. 2010;10(2):350–9.
10. Sturmberg J. Systems Thinking to Improve Healthcare. *BMJ Online*. 2024;384.
11. Getz LeaMO npP. Komplekse problemstillinger – allmennlegens ekspertområde. Michael (Oslo). 2021;18.
12. Svensson A. Rekruttering av leger i Vesterålen. *Utposten*. 2024;2.
13. Nilsen RA, Moland, Leif E. Mobilitet i helse- og omsorgstjenestene. FAFO; 2023. Report No.: 2023:30.