

Å rekruttere og beholde kritisk kompetanse i Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA)

HILDE STOKKELAND

VEILEDER

Dag Olaf Torjesen

Universitetet i Agder, 2018

Fakultet for samfunnsvitenskap

Institutt for statsvitenskap og ledelsesfag



Sammendrag

Det har i mange år vært utfordrende å rekruttere spesialister til psykiatri- og rusfeltet, noe som også gjelder Sørlandet sykehus HF hvor 15-20 overlegestillinger i psykiatri ikke er besatt. Avdeling for rus -og avhengighetsbehandling (ARA) er en del av klinikk for psykisk helse og har de samme utfordringene som resten av klinikken.

Rusfeltet har i lang tid vært prioritert gjennom opptrappingsplaner og nasjonale føringer, både i form av økte rammer og kvalitetsheving. Målet er at psykiatrifeltet skal øke mer enn somatikk, noe som har ført til og vil medføre et ennå større behov for spesialistkompetanse. I ARA har det også vært svært vanskelig å rekruttere overleger til stillinger.

I 2017 fikk Norge som det første land i verden en egen spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin og ARA ble i etterkant godkjent som utdanningsinstitusjon for leger i spesialisering. ARA har en strategi om å ha nok utdanningsstillinger og leger i spesialiseringssløp til å kunne dekke framtidens behov for spesialistkompetanse.

På denne bakgrunnen har jeg i undersøkelsen forsøkt å få svar på hva som skal til for at legene søker seg til rusfeltet og ARA, og hva som skal til for at overleger og dagens leger i spesialisering blir i ARA.

Opgavens empiriske datamateriale er hentet fra kvalitative intervjuer av ledere, overleger i psykiatri og/eller rusmedisin og leger som er i spesialiseringssløp for å bli rusmedisinere. Undersøkelsens teoretiske fundament er hovedsakelig teorier om strategisk kompetanseledelse og forskning som peker på faktorer for å rekruttere og beholde kompetente medarbeidere i psykiatrien, herunder rusfeltet.

Det kommer mange søkere når utdanningsstillinger lyses ut, ledelsen har altså mange å velge mellom. Den tydeligste strategien i ARA er å ansette personer som på en eller annen måte har tilknytning til Sørlandet. Antakelsen er at de ikke flytter like lett på seg som de som ikke har det, noe respondentene bekrefter.

Funnene viser at både overleger og leger i spesialisering (LIS) har vært innom psykiatri- og rusfeltet før de kom til ARA. Denne erfaringen har medvirket til at de har valgt spesialisering i rusmedisin.

Generelt sett trives respondentene godt i ARA og har et stort engasjement for fag og pasienter, og mener arbeidsmiljøet er godt. Men de peker også på noen utfordringer. Dette er først og fremst behov for et sterkere legefaglig felleskap. Flere beskriver «ensomhet i yrkesutøvelsen». De etterlyser et tettere samarbeid og kollegastøtte på tvers av enheter. De savner også tilbakemeldinger på jobben de gjør, både fra ledere og kollegaer. Både overleger og LIS-leger opplever de får brukt den kompetansen de sitter med i jobben sin, noe en kan anta har stor betydning for om de blir i jobben på ARA.

Resultatene fra undersøkelsen kan gi noen svar på hva som skal til for å rekruttere og beholde kritisk kompetanse i ARA og rusfeltet. Sammenhengen mellom gode rekrutteringsstrategier, høy grad av kompetansemobilisering, psykiatrifeltets fordeler, respondentenes vektlegging av ledelse og arbeidsmiljø.

Forord

Med denne oppgaven setter jeg punktum. Punktum for skippertak, lange lese- og skrivedager og flere perioder med deltidsstudier ved UiA.

Det er flere som har hjulpet meg, og mange som fortjener en stor takk.

Først vil jeg takke ledelsen i ARA for positive innstilling og tro på at jeg kunne skrive denne oppgaven.

Takk til informantene som har bidratt med viktig og spennende informasjon og gitt av tiden sin. Uten dem hadde ikke et ikke blitt noe av denne undersøkelsen.

De ansatte i Enhet for Gruppebehandling har stilt opp når jeg ikke har vært på jobb, tusen takk til dere.

Jeg vil også takke Aina Lohne for gode tips og innspill og Bjørg Hjerkin for bakgrunnsinformasjon og tips til gode kilder.

Familie og venner har heiet på meg. Takk til min samboer Harald Hageland for ferdige middager, tålmodighet og støtte hele veien. Og tusen takk til mine tre barn, Marius, Siri og Eirik som alle har bidratt med korrekturlesing og innspill til struktur og oppstramming av teksten. Jeg vil også takke min svigersønn Ryall Burden som har lest engelsk faglitteratur og gitt meg muntlige resymeer.

Så, den største takken til veilederen min Dag Olaf Torjesen for veldig god hjelp, konstruktive innspill og oppmuntring underveis. Det har vært uvurderlig.

Til sist vil jeg takke min far Rolf Stokkeland for at han aldri lot meg glemme at jeg hadde en Masteroppgave igjen å skrive!

1	Innledning.....	7
1.1	Forskningsspørsmål.....	8
1.2	Definisjon av begreper	8
2	Historikk og bakgrunnsinformasjon.....	10
2.1	Rusreformen	10
2.2	Opptrappingsplaner.....	11
2.3	St.meld.16 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan	11
2.4	Andre relevante føringer for TSB.....	12
2.5	Strategiplan for 2015-2017 for Sørlandet sykehus HF	14
2.6	Legespesialiteter og ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin	15
2.7	ARA som utdanningsinstitusjon.....	15
3	State of the art – aktuell forskning om yngre legers spesialiserings- og karrierevalg	17
3.1	Medisinstudenter og yngre legers valg av spesialitet.....	17
3.2	Legenes autonomi og kvinner i norsk medisin	19
4	Teoretisk perspektiv – generisk teori om rekruttering og kompetansestyring	21
4.1	Valg av teori	21
4.2	Strategisk kompetanseledelse.....	21
4.3	Kompetansemobilisering	21
4.4	Kompetansekomponeanter - hva består kompetanse av?	23
4.5	Drivere for kompetansemobilisering	24
5	Metode	26
5.1	Kvalitativ metode, casestudier og generalisering.....	26
5.2	Strategisk utvalg / intervjuobjektene	27
5.3	Intervjuguide.....	28
5.4	Semistrukturerte intervjuer	28
5.5	Gjennomføring av intervjuer	28
5.6	Respondentintervjuer og informantintervjuer	29
5.7	Reliabilitet og validitet.....	29
5.8	Å forske i egen organisasjon	30
5.9	Informasjonsstyrke	31
5.10	Å lage synteser av kvalitative data	31
6	Presentasjon av funn.....	33
6.1	Rekruttering og utvelgelse.....	33
6.2	Intervjusituasjonen	36
6.3	Hvorfor søke seg til rusfeltet.....	37
6.4	Vaktordning	39
6.5	Lønn.....	40
6.6	Status.....	40
6.7	Trekk ved pasientgruppa / engasjement for målgruppa	41

6.8	Arbeidsmiljø og fagmiljø	43
6.9	Legens rolle.....	43
6.10	Samarbeid med andre, tverrfaglighet.....	44
6.11	Kompetansemobilisering	45
6.12	Betydning av ny spesialitet i rus og avhengighetsmedisin	48
6.13	Ledelse og organisering	48
7	Analyse	51
7.1	Rekrutteringsstrategier og kompetanseplanlegging	51
7.2	Rekruttering og utvelgelse.....	52
7.3	Hvem velger spesialisering i rus og avhengighetsmedisin?	54
7.3.1	«Sørlendingen».....	54
7.3.2	«Psykiatri og rus som kall».....	55
7.3.3	«Den erfarne»	55
7.3.4	«Den kvinnelige arbeidstakeren»	55
7.3.5	«Den samarbeidsorienterte»	56
7.3.6	«Forskeren»	56
7.3.7	«Systematikeren»	57
7.4	Ledelse og organisering.....	57
7.5	Roller, arbeidsmiljø og samarbeid.....	59
8	Avslutning og konklusjoner	61
9	Litteraturliste.....	63
10	Vedlegg	66

1 Innledning

Ny russpesialitet for leger trådte i kraft i mars 2017. Fram mot dette har det vært etablert en overgangsordning hvor leger med relevant kompetanse har kunnet søke om godkjenning som spesialist i rus- og avhengighetsmedisin.

At rusfeltet får en egen spesialitet er omdiskutert. Fagfeltet kan oppfattes som “smalt” selv om legene vil kunne jobbe både i offentlig og privat virksomhet og på ulike forvaltningsnivå.

Sørlandet sykehus, avdeling for rus- og avhengighet (ARA) ble i november 2017 godkjent som utdanningsinstitusjon for leger i spesialisering.

Temaet jeg vil skrive om er hvordan / hva skal til for å rekruttere og beholde kritisk kompetanse i ARA, Sørlandet sykehus. I denne sammenhengen er kritisk kompetanse overleger og leger i spesialisering (LIS)

Utviklingsplan for norsk psykiatri 2010–2015 «Mennesker som hjelper mennesker» beskriver utfordringsbildet i psykisk helsevern, som rusfeltet er en del av, slik:

«Psykiatriens viktigste ressurs er menneskene som arbeider der. Psykiatriens viktigste virkemiddel er gjennom den menneskelige relasjonen. Planen anviser derfor minimumsstandard for bemanning, en bemanning som må inneha visse grunnleggende faglige kvalifikasjoner.

Vi utfordrer våre politikere på dette punktet, og ber dem være mer konkrete og mer forpliktende i sine planer. Kapasitet og kvalitet går hånd i hånd, og planen gir konkrete anvisninger på hvordan begge disse aspekter må utvikles for å få et godt tjenestetilbud»

Å ha tilstrekkelig og rett bemanning er altså avgjørende for å gi et godt tjenestetilbud til pasientene.

Innenfor helsevesenet konkurrerer en om å rekruttere ulike yrkesgrupper. I ARA er det først og fremst overleger som kan betegnes som kritisk kompetanse, selv om det også til tider har vært vanskelig å rekruttere psykologer og psykologspesialister. I denne oppgaven ønsker jeg å konsentrere meg om å undersøke hva som skal til for å rekruttere og beholde overleger og leger i spesialisering (LIS) etter at de er ferdig utdannet.

I ARA har det ved utlysning av overlegestillinger vanligvis vært få eller ingen søkere. Dette er kritisk for avdelingen da overlegene har medisinskfaglige oppgaver som ikke kan ivaretas av andre. De fungerer også som veiledere for nye leger i spesialisering, og en er derfor helt avhengige av å ha denne kompetansen tilgjengelig.

Ledige LIS-stillinger har det derimot vært mange søkere til. Disse starter et 5-årig utdanningsløp hvorav 3,5 år i tverrfaglig spesialisert behandling (TSB). Når de er ferdige er de spesialister i rus- og avhengighetsmedisin. Målet er at leger i spesialisering blir i avdelingen, søker overlegestillinger og etter hvert fungerer som veiledere for nye LIS-leger.

1.1 Forsknings spørsmål

På denne bakgrunn vil jeg se nærmere på følgende forsknings spørsmål i denne undersøkelsen: **Hvordan rekruttere og beholde kritisk kompetanse i Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA)?**

Forsknings spørsmålet må sies å være problemrevet, men også til en viss grad empiridrevet. Problemdrevet i den forstand at for Sørlandet sykehus, Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) er det og har vært et stort problem å rekruttere overleger, psykiatere og etter hvert russpesialister, til ledige stillinger. Empiridrevet i den forstand at erfaringsmessig (empir=erfaring) har rekruttering av leger til psykiatri og rusbehandling gjennom mange år vært en stor utfordring både nasjonalt men også ved ARA ved Sørlandet sykehus og fordi en gjennom andre undersøkelser vet at psykiatri blir rangert som den minst attraktive spesialiseringen. Jeg mener denne problemstillingen også er aktuell fordi det har kommet en ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin som gjør at legene i rusfeltet i framtiden blir utdannet til rusmedisinere og ikke psykiatere, og fordi det er stor lokal optimisme med hensyn til betydningen av nye spesialitet. Det utdannes mange leger lokalt og flere er allerede godkjente rusmedisinere på bakgrunn av lang praksis og utdanning. Spørsmålet om hvem en bør rekruttere inn og hva som skal til for at de velger å bli har derfor stor lokal relevans. Jeg tror også at resultatet kan være overførbart til andre avdelinger og geografiske områder.

Forsknings spørsmålet handler altså om hva som skal til for å rekruttere og beholde leger i Avdeling for rus og avhengighet i Sørlandet sykehus. Gjennom samtaler og intervjuer med leger i spesialisering, overleger og ledere vil jeg søke å få svar på hvilke personlige og faglige preferanser legene har i forhold til sitt arbeid og sin rolle i avdelingen og fagfeltet. Videre hvordan de oppfatter sin egen rolle og posisjon, hva de ser på som de største utfordringene og hva de trenger og ønsker for å bli værende i fagfeltet og ARA. Mener dagens leger de har andre preferanser og behov enn hva en tradisjonelt har ment legene har hatt? Jeg vil også undersøke hva ledelsen legger vekt på ved rekruttering. Om en har en bevisst strategi, hvordan intervjuene blir gjennomført, og hvilke kriterier en legger vekt på ved utvelgelse. Det er også sentralt å få svar på hva som gjøres for å beholde kompetansen i avdelingen. Spørsmål om organisering og ledelse er også sentralt.

Gjennom å intervjuer både leger og ledelse er altså målet å få fram om det er samsvar mellom legenes preferanser og mål, overordnede strategier og mål for Sørlandet sykehus og ARA og hvordan legene, deres oppgaver og rolle ivaretas i enheter og avdeling.

1.2 Definisjon av begreper

Kompetanse:

Kompetansebegrepet rommer mye og kan defineres på ulike måter. I denne sammenhengen er kompetansen knyttet til arbeidsliv og spesialiserte oppgaver. Begrepet kan defineres som «de samlede kunnskaper, ferdigheter, evner og holdninger som gjør det mulig å utføre aktuelle oppgaver i tråd med definerte krav og mål» (Lai, 2013)

«*Kunnskap og kompetanse er begreper som ofte brukes om hverandre, selv om innholdet i begrepene er forskjellige*». (Lai, 2013) Lai poengterer at kunnskap bare utgjør en av flere komponenter i kompetanse, sammen med ferdigheter, evner og holdninger.

Kritisk kompetanse:

Begrepet brukes i dagligtale, både om nødvendig kompetanse og spisset kompetanse. I denne undersøkelsen henviser begrepet til kompetanse som er nødvendig for kunne gjennomføre

lovpålagte og prioriterte oppgaver. Når jeg velger å bruke begrepet «kritisk kompetanse» er det fordi det er et mye brukt begrep i sykehussammenheng. Det refererer til at kompetansen er nødvendig og kritisk å ikke ha i en avdeling eller enhet. Kritisk kompetanse er et upresist begrep og kan antakelig best oversettes med spisskompetanse. *Spisskompetanse refererer til «kompetanse på et høyt faglig vanskelighetsnivå (ekspertkompetanse), noe som vanligvis innebærer høy grad av spesialisering.»* (Lai, 2013)

Strategisk kompetanseledelse

Strategisk kompetanseledelse kan defineres slik: «*Strategisk kompetanseledelse innebærer planlegging, gjennomføring og evaluering av tiltak for å sikre at organisasjonen og den enkelte medarbeider har og bruker nødvendig kompetanse for å nå definerte mål*» (Lai, 2013)

Rekruttering:

Begrepet rekruttering assosieres med arbeidsliv. Begrepet blir ofte brukt som et fellesord for hele prosessen med å framskaffe søkere til en stilling og velge blant søkerne. I engelskspråklig praksis skiller man imidlertid mellom «recruitment» and «selection», som to atskilte prosesser. En skiller altså mellom rekruttering og utvelgelse. (Rigmor E. Grimsø & Engebretsen, 2000) En definisjon på rekruttering blir da «å tiltrekke *kvalifiserte* søkere til en stilling»(Rigmor E. Grimsø & Engebretsen, 2000)

TSB

TSB er en forkortelse for «tverrfaglig spesialisert behandling». At behandlingen skal være tverrfaglig er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a, første ledd, nr. 5 og § 2-1 a fjerde ledd (lovdata.no). Tverrfaglig spesialisert behandling består av medisinskfaglig, psykologfaglig og sosialfaglig kompetanse. Helseforetakene er altså pålagt ved lov å tilby tverrfaglig spesialisert behandling for rusavhengighet. TSB omfatter tilbud om både døgnbehandling og polikliniske behandling, og har også ansvar for å gi tilbud om avrusning og øyeblikkelig hjelp.

2 Historikk og bakgrunnsinformasjon

For å gi en forståelse av historikk og kontekst vil jeg kort referere innholdet i enkelte fagpublikasjoner og offentlige dokumenter som omhandler faglige rammer for tverrfaglig spesialisert behandling og sentrale reformer og opptrappingsplaner. Jeg kommer også inn på stortingsmelding 16 som blant annet tegner et utfordringsbilde hvor god ledelse, tilstrekkelig rekruttering og kompetanseheving svarer på noen av utfordringene helseforetakene står overfor. Strategiplan for Sørlandet sykehus HF er også et relevant dokument i denne sammenhengen. Til sist vil jeg beskrive noe av innholdet i ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin og ARA som utdanningsinstitusjon for leger i spesialisering til rusmedisinere.

Rusfeltet i Norge har en lang historikk fra at rusomsorgen var nettopp det, omsorg, til at behandling av rusmiddelavhengighet ble et statlig ansvar og helseforetakene overtok ansvaret fra fylkeskommune i 2004, den såkalte rusreformen. I tillegg har det kommet flere opptrappingsplaner, stortingsmeldinger og et utall retningslinjer som omhandler rusbehandling og rusomsorg, både på kommunalt og statlig nivå.

I november 2014 ble en ny legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin godkjent og Norge var det første land i verden til å etablere en egen fullverdig spesialitet innen rusmedisin.

De offentlige helseforetakene har et «sørge for ansvar» etter loven. De skal sørge for at befolkningen blir tilbudt spesialiserte helsetjenester, herunder tilbud til pasienter med psykiatri- og ruslidelser. De regionale helseforetakene kan løse de pålagte oppgavene, enten ved at sykehus i helseforetakene utfører oppgavene selv, eller at tjenestene tilbys av private aktører.

I følge legeföreningen kjøpte offentlige helseforetak spesialisthelsetjenester fra private for 14 milliarder kroner i 2015. Dette utgjorde om lag 10 prosent av helseforetakenes driftsutgifter det året. Nesten to tredeler av de innkjøpte tjenestene fra private er kjøp av somatiske sykehustjenester, men innslaget av private tjenester er størst innenfor rusbehandling. Høsten 2015 ble «Fritt behandlingsvalg» innført også for pasienter i TSB. *«Ordningen åpner for å gi private mulighet til å levere flere helsetjenester, slik at pasienters valgfrihet øker og ventetider reduseres.»* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2014).

For de regionale helseforetakene kan dette bety at spesialistkompetansen innen psykiatri- og rus blir ennå mer ettertraktet.

Det er som nevnt mange føringer og planer i helse- og omsorgssektoren. Jeg vil kort ta for meg noen av de viktigste som sammen med rusreformen og opptrappingsplaner danner rammene for TSB og rusfeltet slik det er i dag.

2.1 Rusreformen

Gjennom rusreformen i 2004 ((Ot.prp 3 (2002-2003) og Ot.prp 54 (2002-2003)) vedtok Stortinget at pasienter med rus- og avhengighetsproblematikk skal få tilgang til spesialisthelsetjenester på lik linje med pasienter som har somatiske eller psykisk helseproblemer. Ved å gjøre rusbehandling til en spesialisthelsetjeneste stiller man de samme kvalitative krav til tjenestene som somatikk og psykisk helsevern. Ansvaret for rusbehandling på spesialisthelsetjenestnivå ble altså overført fra Fylkeskommunene til staten i 2004 og formålet med reformen var å styrke behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige. Det var de regionale helseforetakene som fikk ansvaret for dette. Tidligere var behandlingstiltak for

rusmiddelavhengige regulert i lov om sosiale tjenester. (lov 13. desember 1991 nr.81 om sosiale tjenester m.v.) At Staten overtok ansvaret medførte blant annet at det ble lov om spesialisthelsetjenester (lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.) som ble det nye lovgrunnlaget for behandling av rusmiddelavhengighet.

Endringen medførte blant annet at rusmiddelavhengige fikk pasientrettigheter etter pasientrettighetsloven, på lik linje med andre pasienter i spesialisthelsetjenesten. I fagfeltet var det en oppfatning om at rusmiddelavhengighet gikk fra å være et sosialfaglig anliggende til å bli et helse- og medisinskfaglig anliggende. Omleggingen medførte også økt behov for kvalifisert personell til behandling av ruslidelser på spesialisthelsetjenestenivå.

2.2 Opptrappingsplaner

Den første opptrappingsplanen for rusfeltet kom i 2007. Hensikten med opptrappingsplanen var blant annet å styrke tilbudet til rusmiddelavhengige både på kommune- og spesialisthelsetjenestenivå. Planen skisserte mål og tiltak som både skulle bidra til kvalitets- og kapasitetsøkning både i kommunene og i statlige behandlingstiltak. Fra 2005 til 2012 ble rusfeltet styrket med mer enn 1 milliard kroner. Helsedirektoratet beskriver at «*bedre tjenester i kommunene, og mer frivillig rusarbeid og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er noen av resultatene.*»

I 2016 kom det en ny opptrappingsplan for rusfeltet. Prop. 15 S (2015-2016)

Her er det beskrevet at «*Ansvaret for behandling og oppfølging av personer med rusproblemer er delt mellom kommunene og staten. I tillegg tilbyr private aktører, ideelle og frivillige organisasjoner tjenester som supplerer de offentlige tjenestene og bidrar til økt variasjon, mangfold og kapasitet i tilbudet.*»

Planen skisserer blant annet disse målene: Reell brukerinnflytelse gjennom fritt behandlingsvalg, flere brukerstyrte løsninger og sterkere brukermedvirkning ved utforming av tjenestetilbudet. Personer som står i fare for å utvikle et rusproblem skal fanges opp og hjelpes tidlig. Alle skal møte et tilgjengelig, variert og helhetlig tjenesteapparat og alle skal ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.

Selv om forebygging og behandling av rusmiddelproblemer har vært et politisk prioritert satsingsområde i mange år og det har vært handlingsplaner og opptrappingsplaner på rusfeltet gjennom størstedelen av det siste tiåret har det, slik jeg ser det, vært lite fokus på hvordan en skal bygge opp spesialistkompetanse på feltet. Det er gjort mange tiltak som svarer på behovet for økt kvalitet, men lite på økt kapasitet på spesialistnivå. Kompetanseløft for høyskolegruppene er derimot prioritert høyt.

2.3 St.meld.16 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan

Nasjonal helse – og sykehusplan (St.melding nr 16 (2015-2016)) skisserer overordnede føringer for utviklingen av spesialisthelsetjenestene i fremtiden. I planen prioriteres tilbud innen psykisk helse og rusbehandling. I planen fremheves det at psykiske helsetjenester, rusbehandling og somatikk må integreres bedre i fremtidens spesialisthelsetjeneste og at pasientenes behov for sammensatte tjenester skal imøtekommes bedre. Det er en overordnet målsetting om å oppnå et likeverdig tilbud om helsetjenester til alle uavhengig av diagnose, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Dette er kanskje pr. i dag det som er den viktigste bakgrunnen for føringer innen TSB.

Stortingsmeldingen peker på behovet for økt kompetanse blant personell som allerede arbeider i tjenestene. «Det gjelder særlig tilbudet til grupper med sammensatte behov innen habilitering og rehabilitering, psykisk helse og rusfeltet.» Det varsles også om at det vil komme en egen stortingsmelding om rusmiddelpolitikken hvor en vil komme tilbake til behovet for spesialistkompetanse i behandlingen av rusmiddelavhengige.

Det er også et mål om å «sikre en utvikling på personellområdet som støtter opp om reformens intensjoner og mål. Ønsket utvikling er avhengig av tilstrekkelig tilgang på personell med nødvendig kompetanse til oppgavene i kommunene og spesialisthelsetjenesten.» Videre i meldingen sies det at «Personell er den største ressursen og den viktigste innsatsfaktoren i helse- og omsorgstjenesten.» Utviklingen og omstillingen i helse- og omsorgssektoren er helt avhengig av god ledelse, tilstrekkelig rekruttering og kompetanseheving.»

Det er fylldige beskrivelser av hvor viktig tilgang til god kompetanse er, men slik jeg leser det, lite beskrevet hvordan en vil nå målsettingene. Det heter blant annet at «Personell- og kompetanseprofilen i hele helse- og omsorgssektoren må utvikles i tråd med intensjonene i samhandlingsreformen, og i tråd med oppgaveutviklingen. Tverrfaglige og bærekraftige fagmiljøer er viktig for god fagutvikling og rekruttering til tjenestene.»

Stortingsmeldingen slår også fast at «Utdanning, rekruttering, ledelse og arbeidsmiljø må ses i sammenheng med kvalitet og kunnskap. Videre at «Å lykkes med utdanning, rekruttering og kompetanseutvikling er avgjørende for å nå målene i samhandlingsreformen, og for å skape en bærekraftig utvikling i helse- og omsorgstjenesten.»

Det fremheves at det skal arbeides systematisk med ledelse, lederutvikling og strategisk kompetanseplanlegging. «Arbeidsgivere i helse- og omsorgstjenesten må arbeide systematisk med å rekruttere, utvikle og beholde helse- og omsorgspersonell.»

I meldingen står det at ifølge Helsemod (SSB) regner en med at arbeidsmarkedet for leger skal være i balanse med overskudd i perioden frem til 2027. Samtidig erkjenner en at det er utfordringer knyttet til å rekruttere legespesialister innenfor enkelte fagfelt, i enkelte deler av landet. Det poengteres at tiltak må iverksettes, uten at spesifikke tiltak er skissert i vesentlig grad. Blant annet står det at «Det må iverksettes tiltak for å bidra til økt utdanning i legespesialiteter som det er vanskelig å rekruttere til.»

Psykiatri- og rusfeltet er blant spesialitetene det er vanskelig å rekruttere spesialister til, og hvor det sannsynligvis er behov for særskilte tiltak på alle nivåer i helseforetakene for å sikre tilgang på nok spesialister. At rusfeltet har fått en egen spesialitet vil slå lite ut i form av kapasitetsøkning de første årene, inntil de første LIS-legene er ferdig utdannet og kan besette stillinger som rusmedisinere. Per dags dato er det i hovedsak psykiatere som er legespesialister innen rusfeltet, og rusfeltet «konkurrerer» om kompetansen med psykiatrien hvor det også er mangel på psykiatere og mange ubesatte stillinger. I Sørlandet sykehus HF oppgir en informant at det er 15 -20 ubesatte stillinger i klinikk for psykisk helse.

2.4 Andre relevante føringer for TSB

Nasjonale faglige retningslinjer

Våren 2016 kom Helsedirektoratets Nasjonale faglige retningslinjer (IS-2219) for behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet og avrusning fra rusmidler og vanedannende medikamenter (IS-2211).

Det finnes også en egen retningslinje for Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) (IS-1701), en for gravide i LAR (IS-1876), ROP (IS-1948), i tillegg til en rekke andre veiledere og retningslinjer på rusfeltet og tilstøtende fagfelt som legger føringer for hva nasjonale helsemyndighetene forventer av spesialisthelsetjenester innen rus- og avhengighetsbehandling.

Den gylne regel

Det har vært et uttalt politisk mål i mange år at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal prioriteres sterkere enn «somatisk sektor». Dette målet er ofte omtalt som «Den gylne regel». (Ot.prp 15S 2015-2016). Regelen skal måles i: Kostnader, ventetid, aktivitet og årsverk. Det viser seg til tross for dette målet at det ikke er vesentlig høyere vekst innen psykiatri og rus enn for somatikk.

Regelen sier, så vidt jeg kan finne, ikke noe om viktigheten av og rekruttere og beholde kritisk kompetanse, noe en må anta er en forutsetning for sterkere vekst innenfor psykiatri og rusfeltet.

Fritt behandlingsvalg

I 2015 ble «fritt behandlingsvalg» innført i TSB og psykisk helsevern. Hensikten var å styrke den enkelte pasients valgfrihet og samtidig øke kapasiteten både ved helseforetakene og behandlingsteder som har avtale med Helseforetakene om drift av rusbehandlingsplasser. Meningen er at offentlig sektor og private aktører sammen skal bidra til å sikre et mangfold av helsetjenester og gi den enkelte pasient mulighet til å velge blant differensiert tilbud. (Ot.prop. 56 L (2014-2015)).

Som nevnt tidligere kan fritt behandlingsvalg også påvirke rekrutteringssituasjon for helseforetakene generelt, og for den enkelte behandlingssenhet spesielt. Både kapasitetsøkning og knapphet på kompetanse setter alle behandlingstiltak i en konkurransesituasjon med hensyn til å rekruttere og beholde kompetanse en er avhengig av for å oppfylle krav til å være behandlingstiltak på spesialisthelsetjenestenivå.

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen (St meld nr. 47 (2008-2009)) er ment å sikre et godt helsefaglig tilbud også til mennesker med rusmiddelavhengighet både i TSB og i kommunale tjenestetilbud. Samhandling mellom nivåene, og innenfor nivåene, står sentralt i utvikling av tjenester til mennesker med sammensatte lidelser og behov for koordinerte, langvarige tjenester som ruspasienter ofte har.

På den ene siden vil en konsekvens av samhandlingsreformen kunne bety at konkurransen om kompetansen blir sterkere. I «Kompetanseløft 2020» heter det at «*samhandlingsreformen en særlig relevant driver på etterspørselssiden (Roksvaag og Texmon, 2012). Den innebærer en desentralisering av oppgaver og dermed også endring av kompetansebehov.*» Kommunene vil måtte bygge opp egne tiltak som kan kreve spesialistkompetanse. I tillegg kommer private organisasjoner og andre helseforetak en kjøper tjenester av, eller som pasienten velger selv. På den andre siden er det i flere områder problemer med å fylle fastlegehjemler. Dette begrunnes blant annet med svært stort arbeidspress og at for mange krav stilles til fastlegene om hva de har ansvar for å følge opp. (Veggeland, 2013) Dette kan bety at flere vil søke seg til spesialisthelsetjenesten hvor det på tross av mange uløste oppgaver likevel er andre arbeidsforhold og større legefaglig felleskap.

Legens rolle i TSB

Det har ikke lyktes meg å finne en klar beskrivelse av legens rolle i TSB.

Det foreligger dog dokumenter som beskriver krav til tverrfaglighet og nødvendigheten av spesialistkompetanse. Det er også noen arbeidsoppgaver og ansvarsområder som legene har i kraft av sin utdanning og autorisasjon, som ingen andre yrkesgrupper har. Dette er knyttet til medisinskfaglige spørsmål.

I retningslinjene for «Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet» finner man imidlertid denne beskrivelsen: *«Det må være spesialisert personell på faglige nøkkelposisjoner ved de ulike tilbudene slik at den faglige profilen og generelle utrednings- og behandlingstilbud ligger på et spesialistnivå. Det vurderes ikke tilstrekkelig at enkelte pasienter leilighetsvis får et tilbud om spesialisthelsetjenester da hele tilbudet må være kvalifisert slik at ulike typer spesialistutredning og behandling rutinemessig vurderes og iverksettes.»*

Slik jeg tolker det betyr det at kompetansen legene besitter er helt nødvendig for å kunne gi forsvarlige tjenester til pasienter i TSB og det er ikke tilstrekkelig at pasientene får tilgang til dette leilighetsvis.

2.5 Strategiplan for 2015-2017 for Sørlandet sykehus HF

Sørlandet sykehus strategiplan 2015-2017 har et punkt om å «Rekruttere og beholde kompetente medarbeidere» Her beskrives blant annet rekrutteringssituasjon, utfordringsbildet og hvilke strategiske valg og prioriteringer Sørlandet sykehus har i planperioden.

Generelt beskrives rekrutteringssituasjonen som god med unntak av enkelte fagområder, deriblant psykiatri. Det heter at «Arbeidsgiverpolitikken må være koordinert med og understøtte helseforetakenes behov for kompetanse.» Videre at SSHF er en viktig læringsarena for studenter, turnusleger og lærlinger, noe som bidrar til å sikre nødvendig rekruttering av medarbeidere.»

I planen sies det at «SSHF har «små, fragmenterte og sårbare fagmiljø» og at blant annet rekruttering av psykiatere ved SSHF er en utfordring.

Planen skisserer flere strategiske valg, både innen rusbehandling og rekruttering. Om rusbehandling står det blant annet at en skal bidra til at rusmedisin etableres som egen spesialitet og at en skal øke rekrutteringen av spesialister og styrke opplæringen av leger i spesialisering (LIS)

Andre strategiske valg for å rekruttere, utdanne og å beholde kompetente medarbeidere er:

- Rekruttere og beholde legespesialister og psykologspesialister.
- Videreutvikle rotasjonsordninger for leger i spesialisering på tvers av lokaliteter i perioden.
- Videreutvikle oppgaveglidning mellom yrkesgruppene.

Utover dette er det lagt vekt på betydningen av heltidskultur, mobilisering av medarbeidere, lederutvikling, arbeidsmiljø, helse, miljø og sikkerhet samt utdanning av helsepersonell. Flere av disse punktene er først og fremst rettet mot de store høyskolegruppene.

Jeg har ikke funnet at strategiplanen har forslag til konkrete tiltak om hvordan en kan rekruttere og beholde «kritisk kompetanse» utover at det vektlegges betydningen av arbeidsmiljømessige faktorer. Noen av de strategiske valgene har, slik jeg ser det, mer karakter av å være mål enn tydelige strategier.

2.6 Legespesialiteter og ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin

Det er de regionale helseforetakene som har ansvaret for utdanning av nye sykehusspesialister. Legeforeningen har også en sentral rolle ved at det er etablert spesialiseringskomiteer for alle fagfelt. Disse har en rådgivende funksjon. Når det kommer til innhold i utdanningene er det helsedirektoratet som vedtar utdanningenes innhold og det er også direktoratet som endelig godkjenner nye sykehusspesialister. Spesialitetsstrukturen i Norge er inndelt i hoved- og grenspesialiteter. Det har lenge vært 30 hovedspesialiteter og 14 grenspesialiteter. Med innføringen av en egen spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin ble det totalt 45 ulike spesialiteter i Norge.

I februar 2018 er det i følge den norske legeforening 130 godkjente spesialister i rus- og avhengighetsmedisin på landsbasis. Den første godkjenningen ble gitt i april 2015. I Kristiansand er det 10 godkjente russpesialister hvorav 8 jobber i Avdeling for rus og avhengighet.

I rapporten «Fremtidens legespesialister- en gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og innhold» (-IS-2079) beskrives målet med ny struktur for utdanningen.
«Et overordnet mål med spesialistutdanning av leger er å sikre befolkningen og pasientene en kvalitativ og kvantitativ optimal diagnostisering, behandling og oppfølging. For helsetjenesten som sådan er det vesentlig at det i spesialistutdanningen etableres en helhetstenkning for utdanningen slik at helsetjenesten bedre kan møte de fremtidige utfordringer, og som sikrer god kompetanse, kvalitet i utøvelsen og ivaretagelse av pasientsikkerheten.»

Rapporten skiller mellom overordnet mål for utdanningen, altså å sikre befolkningen og pasientene god kvalitet på helsehjelpen, men det er også et mål at den enkelte lege har god kompetanse og settes i stand til å utføre tjenester på et høyere kompetansenivå enn en får i grunnutdanningen.

For rusfeltet betyr innføring av en egen spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin at en kan utdanne «sine egne» spesialister. Utdanningsløpet er tredelt hvor den første delen er felles med de andre spesialitetene. I del to er det obligatorisk tjeneste i psykiatri og somatikk, til sammen 1,5 år. I del tre er det til sammen 3,5 års tjeneste i TSB som består av ett års obligatorisk tjeneste i akutt/ avrusningsenhet, ett år i poliklinikk, et halvt år i døgnenhet og ett års valgfri tjeneste i TSB. Det valgfrie året kan også være i kommunalt rustiltak eller i forskningstjeneste.

I hver fase er det tydelige læringsmål for LIS-legene. Slik utdanningsløpet er lagt opp vil det bety at den enkelte er innom flere forskjellige enheter eller avdelinger i løpet av utdanningsløpet.

2.7 ARA som utdanningsinstitusjon

I november 2017 ble Sørlandet sykehus – ARA godkjent som utdanningsinstitusjon i spesialiteten rus- og avhengighetsmedisin i inntil 3,5 år av utdanningen. I tillegg kommer 1,5 år psykiatri i samarbeid med Psykiatrisk klinikk.

Pr. februar 2018 var det 8 godkjente spesialister i rus- og avhengighetsmedisin tilsatt ved Sørlandet sykehus, ARA, i tillegg til 11 leger i spesialisering.

Siden ARA er godkjent som utdanningsinstitusjon kan leger i spesialisering tilbys opplæring i diagnostikk og behandling av pasienter med rus- og avhengighetslidelser. Opplæringen vil for

inneliggende pasienter ha særlig fokus på rehabiliteringsaspektet og medisinsk avrusning. Poliklinisk gis det opplæring i utredning, behandling og oppfølging av pasienter, inkludert legemiddelassistert rehabilitering (LAR).

For LIS-legene i ARA betyr dette at de roterer mellom ulike enheter som har forskjellig funksjon innen rusbehandling. Det er krav til både innhold og lengde på opplæringsperiodene. Alle må for eksempel inntil en avgiftingsenhet, jobbe i poliklinikk og i døgnbehandling. I tillegg til arbeidets lengde, er det spesifisert hva oppgavene skal innebære. De har en obligatorisk del og en valgfri del. Flere av respondentene jeg har snakket med ønsker å bruke den valgfrie delen til forskning.

For å nå læringsmålene må LIS-legene delta på obligatoriske kurs og samlinger. De er også under veiledning av russpesialist gjennom hele løpet.

I ARA er det laget en opplærings/roteringsplan for den enkelte, slik at legene vet hvor de skal, og når. Dette skaper forutsigbarhet for den enkelte lege og enhet, selv om planen fravikes hvis spesielle forhold oppstår.

ARA skiller seg fra andre avdelinger i SSHF, også fra psykiatrisk avdeling, hvor overlegene er ansatt i avdeling, mens i ARA er de ansatt på enhet, altså på et lavere organisatorisk nivå. Dette betyr at i ARA er enhetsledere også leder for legene. Hvorvidt dette har positiv eller negativ betydning for å rekruttere eller beholde kompetanse vil jeg forsøke å få svar på videre i undersøkelsen.

3 State of the art – aktuell forskning om yngre legers spesialiserings- og karrierevalg

Jeg vil videre gjøre rede for kunnskapsstatus knyttet til problemstillingen. Tilfanget er stort, så jeg velger å avgrense det til forskning som har direkte med rekruttering av leger til spesialisering innen psykiatri, legenes rolle i sykehusene og kvinner i norsk medisin å gjøre. Annen forskning jeg ser som relevant i vider analyse er; kvinner i norsk medisin, legers autonomi samt organisering og enhetlig ledelse

3.1 Medisinstudenter og yngre legers valg av spesialitet

Siden det eksisterer lite forskning om dette fenomenet i Norge har jeg orientert meg i den nordiske litteraturen. Jeg vil deretter gjøre rede for et dansk prosjekt/undersøkelse fra 2006 som tar utgangspunkt i debatten om årsaker og virkemidler i forhold til rekruttering og fastholdelse av leger i psykiatrien i Danmark. De nordiske helsesystemer og profesjonsutdanninger er rimelig like og mange norske leger har sin grunnutdanning fra Danmark. En vil derfor kunne forvente at danske erfaringer kan ha overføringsverdi til norske forhold. (Magnussen, Vrangbæk, & Saltman, 2009)

Det slås også fast i rapporten at man finner de samme utfordringene i store deler av den vestlige verden. (Holm-Pedersen, Hansen, & Vinge, 2006)

Utgangspunktet for prosjektet var en artikkel skrevet journalist Christian Andersen i 2004. Tittelen var: "Psykiater? – Nej tak". Artikkelen diskuterte rekrutteringsproblemet og identifiserte også flere mulige årsaker. Andersen intervjuet her en rekke fremtredende personer, blant annet overleger i psykiatri. Disse fremhevet flere mulige årsaker til medisinstudentenes fravalg av psykiatri. Dette var i hovedsak *«psykiatriens dårlige/uklare omdømme eller image, fordommer, legemangel, en uklar legerolle og en vaklende administrativ plassering hvor distriktpsykiatrien dessuten framstår som uvitenskapelig og ensom.»*

Det slås det fast at psykiatri ofte blir rapportert som det minst attraktive karrierevalget for medisinstudenter. Grunner som oppgis er at studentene ser på psykiatri som en mindre vitenskapelig og mindre klinisk effektiv spesialitet. Andre grunner er studentenes oppfattelse av «psykiateren» samt deres oppfattelse av pasienten som vanskelig å behandle. Studentene så også på en karriere i psykiatrien mer som et «kall». Dette begrunnes med en opplevelse av at det er et svakt teoretisk grunnlag, de behandlingsmetodene som benyttes samt arbeidsforhold og profesjonell identitet.

Faktorer som i utgangspunktet kan føre til fravalg av spesialisering i psykiatri er altså lav prestisje, utydelig teoretisk grunnlag for fag og behandlingsmetoder og en opplevelse av krevende pasienter.

På den andre siden fremheves godt samarbeid, bedre arbeidstider og bedre arbeidsforhold som positive faktorer sammenlignet med andre spesialiteter.

I undersøkelsen vurderes psykiatri, indremedisin, kirurgi og allmennmedisin opp mot hverandre. Det viste seg at psykiatri var den spesialiteten flest på et tidlig tidspunkt hadde fravalgt. (46 % av medisinstudentene og 61 % av de yngre legene.) Hele 42 % har tatt valget allerede før studiestart. (Holm-Pedersen et al., 2006)

Det ble foretatt to undersøkelser. En før og en etter et studieopphold på fire uker i psykiatrisk klinikk. Det tas høyde for at de som var mest interesserte svarte på begge surveyene, noe som kan ha effekt på resultatet. (Holm-Petersen, Vinge, Hansen, & Gyrd-Hansen, 2007)

222 spørreskjemaer ble sendt ut og 73 % svarte på den første undersøkelsen. Av disse igjen svarte 72 % på oppfølgingsundersøkelsen. Det vi si at 52 % av de 222 respondentene svarte.

I den første undersøkelsen svarte så mange som 79 % av studentene at de hadde jobbet som assistenter i psykiatrien mens de var medisinstudenter. For 47 % av dem hadde dette ført til et mer negativt syn på fagfeltet. Bare 11 % oppgav å ha fått et mer positivt syn. Mulige forklaringer på dette er at som assistenter hadde de lite kontakt med psykiatere og det antas at de hadde jobbet med de mest krevende pasientene. Studentene opplevde å bli overlatt til seg selv uten å vite hva de skulle observere eller gjøre. Så resultatet viste altså at å ta vakter eller hospitere på psykiatrisk avdeling i studietiden ikke har noen positiv effekt på om de velger videre spesialisering i psykiatri. Det har derimot en negativ innvirkning.

En ny undersøkelse etter en 4 ukersperiode hvor de jobbet sammen med psykiater ga annerledes resultater. Det viste seg at legestudenter som hadde en fireukers praksisperiode i klinikk sent i utdanningen sin var mer positive til å vurdere å velge spesialisering i psykiatri etter endt praksis enn før praksis. Oppholdet hadde positiv effekt fordi studentene jobber tettere med psykiater og fikk mer interessante arbeidsoppgaver. Resultatene viste at de hadde fått et mer positivt syn på klinisk praksis, på det teoretiske grunnlaget for faget og pasientene ble sett på som mindre krevende. 61 % oppga også at de hadde fått et mer positivt syn på psykiateren. Dette indikerer at medisinstudentene før praksis vet lite om hvordan psykiaterne jobber og hvilke arbeidsmetoder de har, men ved å arbeide sammen med psykiater får de bedre innsikt i dette.

Rapporten viser videre at valg av spesialitet foregår som en lang prosess preget av usikkerhet. Prosessen kan beskrives som en serie av fravalg. I turnusperioden blir studentene ikke mer sikre på hvilken spesialisering de skal velge, men de blir mer sikre på hva de ikke vil velge. Det mest vesentlig for leger i valgprosessen oppgis å være det kliniske arbeidet som skal være interessant og meningsfullt. De framhever blant annet også betydningen av at arbeidet skal foregå i et godt psykisk arbeidsmiljø hvor man har gode muligheter for faglig utveksling.

I undersøkelsen ble studentene også bedt om å angi hva som er viktige faktorer for valg av spesialitet. De ble presentert for 19 forskjellige faktorer og ble bedt om å vurdere hvor viktig disse var for dem. Utvalget besto av to grupper; en gruppe studenter og en gruppe yngre leger. Resultatene fra de to gruppene var svært like hva angikk de fleste faktorene, men de skilte seg fra hverandre på to punkter. Det ene var betydningen av et godt psykisk arbeidsmiljø hvor studentene vurderte dette som mer vesentlig enn gruppen av yngre leger. Det andre var betydningen av forskningsmuligheter som ble vurdert som viktigere av de yngre legene enn medisinstudentene.

De 19 ulike faktorene ble rangert og de fem viktigste grunnene til å vurdere å velge en spesialitet var følgende:

- Det kliniske arbeidet
- At det er mulighet for faglige diskusjon med kollegaer
- At det er et godt psykisk arbeidsmiljø
- Det teoretiske/faglige innhold
- At det er et godt utdanningsmiljø

Faktorer som gode inntjeningsmuligheter, lav vaktbelastning og at pasientene var lette å jobbe med var blant de faktorene som hadde minst betydning.

I etterkant av spørreundersøkelsene blant leger og legestudenter, ble det foretatt en kvalitativ undersøkelse blant de yngre legene som startet spesialiseringen i psykiatri 3-5 år etter endt legeutdanning. De som var raske til å starte på et spesialiseringsløp ble kalt «de målrettede». Det ble foretatt intervjuer blant disse hvor målet var å finne ut hva de syntes var spennende, og vanskelig, ved å utdanne seg innen psykiatri.

Resultatene viser oppsummert at de er «generelt yngre leger som brenner for sitt fag». De er også «tiltrukket av utdanningsmiljøet i psykiatrien og det tverrfaglige fokuset som forbinder det biologiske med det mer humanistiske og samfunnsvitenskapelige»

De fremhever arbeidsforholdene og samarbeidet mellom legene, og mellom legene og andre faggrupper. De synes også det er spennende å arbeide med psykiatriske pasienter.

Rapporten sier videre at psykiatri har gode muligheter til å hevde seg på feltene som fremheves som positive i intervjuene. Det at valg av spesialitet i høy grad er et resultat av fravalg av andre spesialiteter i turnus, kan være til psykiatriens fordel hvis «*det kan sannsynliggjøres at de yngre legene vil bli tatt bedre i mot, føle seg mere hjemme og få mere feedback og sparring innen psykiatrien.*»

3.2 Legenes autonomi og kvinner i norsk medisin

Jeg har i løpet av skriveprosessen lest flere avhandlinger og en rekke publikasjoner relatert til problemstillingen i undersøkelsen. Noen av dem refererer jeg til i undersøkelsen mens andre har vært med på å danne min egen forståelse av bakgrunn og sammenhenger.

Legenes autonomi

Det viser seg at legenes autonomi er i endring, noe som beskrives i doktoravhandlingen «De norske legene og staten 1945 – 2000», hvor Maren Skaset konkluderer med at «frem til slutten av 1970-tallet hadde legene stor kollektiv og individuell autonomi, noe som ga betydelig innflytelse både på rammebetingelser for, og innholdet i, klinisk praksis. Fra begynnelsen av 1980-årene frem mot slutten av 1990-årene mistet legene gradvis den kollektive autonomien, men beholdt mye av sin individuelle kliniske frihet.

– Fra slutten av 1990-tallet utfordres også legenes kliniske frihet. Både myndigheter og sykehusledelse, som ikke lenger kun består av leger, vil nå ha større kontroll over innholdet i klinisk praksis» (Skaset, 2006)

Kvinner i norsk medisin – mot full integrering

Avhandlingen «Kvinner i norsk medisin - mot full integrering?» (Gjerberg, 2002) «*bidrar til å kaste nytt lys over ulike sider ved kvinnelige og mannlige legers karrieremønster i Norge.*» Avhandlingen viser at et større antall kvinner nå enn tidligere spesialiserer seg, og at det i 2002 var like mange kvinner som menn som startet på et spesialiseringsløp. Kvinnelige leger velger også mer allsidig enn menn, selv om det fortsatt er store kjønnsforskjeller.

I avhandlingen har en analysert både yrkes- og familiehistorien til en gruppe leger, og det viser seg at det er «*liten forskjell mellom kvinner og menn i starten av yrkesløpet med hensyn til hvilke fagfelt de velger å gå inn i.*» Kjønnsdifferensieringen viser seg tydeligere lenger utover i yrkeskarrieren hvor menn oftere forsetter sin yrkeskarriere innenfor kirurgi.

«*Resultatene indikerer at både arbeidsforhold og tilpasningen mellom jobb og familie er viktige for å forklare de kjønnsforskjeller som oppstår. Selv om de fleste kvinnelige leger nå forener det å ha barn og familie med en egen yrkeskarriere, er det stor variasjon mellom kvinner i hvordan de kombinerer familieansvar og yrkeskarriere, alt avhengig av hvilke fagfelt de arbeider innenfor*» Dette forklares med at «*både tidspunkt for barnefødsler, antall*

barn og bruk av deltid varierer mellom kvinner i ulike fagfelt. Dette tyder på at strukturelle betingelser ved ulike fagfelt er viktige for hvordan kvinnelige leger kombinerer familie og yrkeskarriere.»

Avhandlingen peker videre på at «*Kvinnens integrering i legeyrket handler også om forholdet til andre grupper i helsetjenesten. En del kvinnelige leger opplever at de møtes med mindre respekt, og at de får mindre hjelp og assistanse fra sykepleiere enn mannlige kollegaer.*» I avhandlingen diskuteres også de kvinnelige legenes opplevelse av forskjellsbehandling og hvordan de håndterer relasjonen til kvinnelige sykepleiere. Dette diskuteres i «*lys av endringer både i de respektive profesjoners maktgrunnlag og i samfunnet mer generelt.*» Det konkluderes med at det «*står fortsatt mye igjen før kvinner og menn kan sies å ha de samme karrieremulighetene innen medisin*», selv om avhandlingen «*alt i alt gir et mer nyansert og optimistisk bilde enn tidligere internasjonale studier på området.*» (Gjerberg, 2002)

I Dagens Medisin, 13.01.2005 under overskriften «Kommer for fullt – snart er de i flertall» stod blant annet følgende å lese:

2005	Medisinstudenter	Kvinner = 60%
2005	Yrkesaktive leger	Kvinner = 36%
2016 (Anslag)	Yrkesaktive leger	Kvinner > 50%
2020 (Anslag)	Yrkesaktive leger	Kvinner = 53%

Det sies blant annet at «normal arbeidstid og deltidsarbeid er økende i legeyrket.» (Anders Taraldset, statistiker i Den Norske Lægeforening)

Ved opptakene til medisinstudiet høsten 2015 og våren 2016, var kvinneandelen på 71 % og øker mer enn anslagene fra 2005. (Kilde: De medisinske fakultetene) Dette betyr at prosentandelen kvinner i legeyrket fortsetter å stige.

4 Teoretisk perspektiv – generisk teori om rekruttering og kompetansestyring

I forkant av intervjuene har jeg lest en del litteratur. Dette er hovedsakelig litteratur knyttet til kvalitativ metode og kompetanseledelse. I tillegg har jeg lest stortingsmeldinger og andre offentlige dokumenter som beskriver endringer og utfordringsbildet på rusfeltet. Underveis i prosessen ble det tydeligere at innsamlet materiale inneholdt temaer som både direkte og indirekte var knyttet til problemstillingen, men som ikke var dekket av litteraturen jeg allerede hadde. Jeg har derfor i etterkant supplert med teori om roller, knyttet til temaet rolleklarhet, og personalledelse.

4.1 Valg av teori

Hovedteorien jeg har valgt å støtte meg til er Linda Lai – Strategisk kompetanseledelse 2013. Jeg har valgt ut relevante kapitler og avsnitt, fortrinnsvis om kompetansemobilisering og faktorer som bidrar til å beholde kompetanse. Slik jeg ser det beskriver Lai temaer som er sentrale for min oppgave; rekrutteringsstrategier, kompetanseplanlegging og kompetansetiltak. Hun presenterer også modeller som egner seg godt til analyse av funn. Når det gjelder teori om rekruttering og intervju har jeg i tillegg til Lai valgt å benytte «rekruttering og utvalg av medarbeider – og arbeidssøkers valg av arbeidsgivere» av Rigmor E. Grimsø. Det er likevel teoriene om strategisk kompetanseledelse det er mest interessant å se nærmere på om blir hensyntatt ved rekruttering og utvelgelse av leger som skal utdannes til rusmedisinere i ARA.

4.2 Strategisk kompetanseledelse

Lai poengterer at kompetanseledelse først er strategisk nå den er basert på analyser. Videre må man ha et definert mål å lede mot. «*For at kompetanseledelse skal være strategisk må den være basert på strategiske analyser og man må definere mål å lede mot*» I denne undersøkelsen er dette gitt. Det er en definert mangel på kritisk kompetanse i ARA og målet er å rekruttere de rette personene som i framtiden skal fylle overlegetillinger som rusmedisinere. Videre må det være en direkte kopling mellom organisasjonens overordnede strategier og arbeidet med kompetanse. Arbeidet må være forankret i toppledelsen både gjennom ord og handling. Det er ikke nok å informere om overordnede strategier for deretter å delegere arbeidet for planlegging og gjennomføring til linjeledere eller personalavdeling.

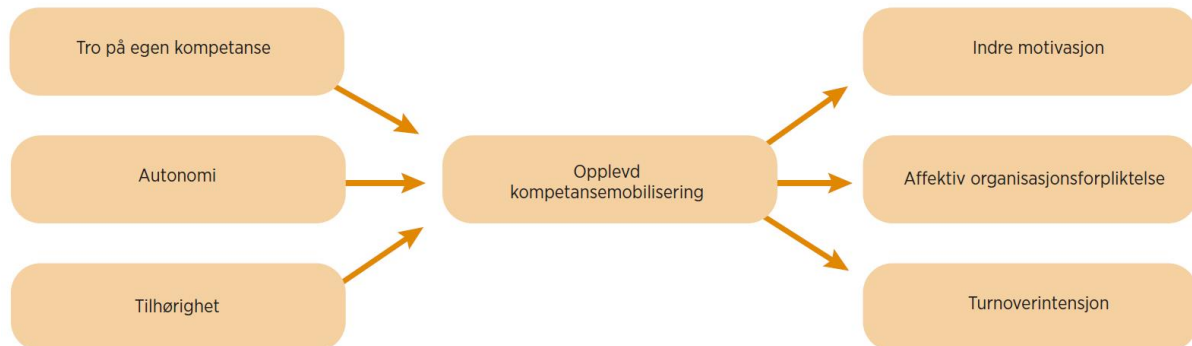
4.3 Kompetansemobilisering

Teori om kompetansemobilisering kan også gi gode perspektiv i analyse av innsamlede data, og har vært retningsgivende for utforming av spørsmål til intervjuguide.

Lai benytter begrepet kompetansemobilisering om personen får brukt den kompetansen vedkommende sitter med i jobben sin. Det ser ut til å ha en rekke positive effekter både for medarbeideren og organisasjonen dersom medarbeideren får brukt kompetansen sin fullt ut. Lai peker på tre forhold som er viktige for at medarbeideren opplever å få brukt kompetansen. Den første faktoren er indre motivasjon som betyr at medarbeideren har interesse for og glede

av arbeidet. Den andre effekten er at medarbeideren knytter seg følelsesmessig til organisasjonen, og derfor i sterkere grad identifiserer seg i med mål og oppgaver. Den tredje effekten er at medarbeideren i mindre grad vurderer å slutte i jobben. Altså at lojaliteten blir sterkere. Disse effektene er et resultat av at medarbeideren føler mestring ved utføring av arbeidsoppgaver og at kompetansen blir verdsatt. (Lai, 2013)

Tabellen under viser hvordan tilhørighet, autonomi og tro på egen kompetanse leder til opplevd kompetansemobilisering som igjen kan føre til indre motivasjon, følelsesmessig forpliktelse til organisasjonen og lavere turnover.



(Lai, 2011)

Lai beskriver en rekke negative effekter ved lav kompetansemobilisering som svekket måloppnåelse og verdiskapning. Men det er ikke bare den faktiske og objektive bruken av kompetansen som har betydning. Like viktig er medarbeideres opplevelse av kompetansemobilisering. *Mangelfull mobilisering av kompetanse øker derfor organisasjonens sårbarhet for tap av verdifull kompetanse (Lai, 2013)*

Kompetansemobilisering er vanskelig å måle. Derfor er også medarbeiderens egen oppfatning en viktig måleindikator. Linda Lai har fem punkter det har vært viktige å få svar på i intervjuene:

- Jeg får utnyttet min kompetanse slik jeg forventet når jeg tok jobben
- Det er samsvar mellom de kravene jobben stiller og min kompetanse
- Jeg får brukt mine kunnskaper, ferdigheter og evner i min nåværende jobb
- Jeg har oppgaver som jeg er spesielt god til
- Jeg får brukt kompetansen jeg har tilegnet meg, relativt kort tid etter endt opplæring

Altså vil høy grad av kompetansemobilisering ha en rekke positive effekter. Dette er som nevnt økt verdiskapning og måloppnåelse, men også redusert uønsket avgang, høyere lojalitet til virksomheten, bedre omdømme og rekrutteringsgrunnlag og økt indre motivasjon, innsats og ytelse.

Lai viser til tett sammenheng mellom høy kompetansemobilisering og indre motivasjon som gjensidig påvirker hverandre positivt.

Viktige drivere for kompetansemobilisering er: Rolledefinerings, mestringstro, autonomi, mestringsorientert ledelse og mestringsorientert støtte fra nærmeste kollegaer som jeg kommer tilbake til i punkt 4.5

4.4 Kompetansekompontener - hva består kompetanse av?

Når begrepet kompetansekompontener blir benyttet, refererer det til «*hvilke elementer som inngår i kompetansebegrepet, med andre ord hva kompetanse består av*» (Lai, 2013)

Kompetanse kan forstås som både begrep og fenomen og det finnes mange definisjoner av kompetanse. Lai er opptatt av innholdet i begrepet og beskrivelser blant annet viktige kompetansekompontener til å være; kunnskaper, ferdigheter, holdninger og evner, og sammenhengen mellom disse. Dette er komponenter det er interessant å se nærmere på om blir vektlagt når en rekrutterer nye medarbeidere til LIS-stillinger. Lederne ble spurt om disse komponentene var noe de vektla når de rekrutterte og ansatte LIS- eller overleger.

Respondentene er også spurt spesielt om de får brukt kunnskaper og ferdigheter og evner i nåværende jobb i ARA. De er også spurt om holdninger til pasientgruppa, samarbeid, ledelse og kollegaer.

Kunnskaper

Kunnskapskomponenten i kompetanse viser til «*det man vet, eller heller det man tror man vet*» (Lai, 2013) Dette kan igjen deles opp i deklarativ kunnskap som kan beskrives som informasjon eller faktakunnskap, kausal kunnskap som kan beskrives som det man antar at er årsakssammenhenger og relasjoner og prosedyrisk kunnskap som handler om konkrete metoder eller prosesser. I tillegg kan man skille mellom taus og eksplisitt kunnskap.

Ferdigheter

«*Ferdigheter kan defineres som evnen til å utføre komplekse, velorganiserte atferdsmønstre på en smidig og tilpasningsdyktig måte.*» (Lai, 2013)

Denne kunnskapskomponenten er knyttet til konkrete, praktiske handlinger. Det betyr at det er enklere å se denne komponenten enn de andre komponentene; kunnskaper, evner og holdninger. Noen ferdigheter er likevel vanskelige å observere. Dette kan være kognitive ferdigheter som for eksempel å kunne analysere behov, vurdere løsninger eller tolke situasjoner.

Evner

Med en medarbeiders evner menes «*det han eller hun har av relativt stabile egenskaper, kvaliteter og talenter som påvirker mulighetene til å utføre en oppgave («abilities») og for å tilegne seg og anvende nye kunnskaper, ferdigheter og holdninger («aptitudes/fitness»)*» (Lai, 2013) Evnene gjenspeiler også personligheten og evnekomponenten påvirker de andre komponentene i kompetansebegrepet, men ikke gjensidig. (Lai, 2013)

Evnene skiller seg fra ferdighet fordi de i liten grad kan påvirkes. En ser evner som en stabil og grunnleggende komponent som ikke kan «*utvikles eller modifiseres, på samme måte som for eksempel kunnskap og ferdigheter.*» (Lai, 2013)

Holdninger

Lai beskriver holdninger som den kanskje viktigste komponenten i kompetansebegrepet. Mestringstro er for eksempel en holdning som beskriver en medarbeiders tro på seg selv og potensialet sitt. Dette kan betegnes som en «selvrefererende» holdning. I tillegg kan en ha en rekke «*jobbrelevante holdninger*» som kan handle om alt fra motivasjon til grad av brukerorientering eller lojalitet.

«*Betydningen av holdninger er spesielt tydelig i forbindelse med oppgaver som innebærer stor grad av menneskebehandling*» (Lai, 2013)

Lai mener at ved anskaffelse, utvikling og mobilisering av kompetanse bør man legge stor vekt en persons holdninger.

4.5 Drivere for kompetansemobilisering

Noen faktorer er viktigere enn andre for at medarbeidere skal ha mulighet til høy grad av kompetansemobilisering og kompetanseutnyttelse. Dette er rolledefinering som bidrar til klarhet i rolle, mestringstro hvor medarbeidere har tillit til egen kompetanse, autonomi hvor medarbeiderne opplever tillit og har kontroll på egne arbeidsoppgaver, mestringsorientert ledelse og støtte fra de nærmeste kollegaene. (Lai, 2013)

Videre vil jeg på bakgrunn av Lais beskrivelser kort gjøre rede for innholdet i de ulike komponentene.

Rolledefinering

En rolle gjenspeiler forventninger til atferd som hvordan man opptrer, hvilke oppgaver en har ansvar for å gjennomføre samt premisser for gjennomføring. Dette er for eksempel *«ressurser, tidsfrister, beslutningsmyndighet, ansvarlig leder og krav til samarbeid med medarbeidere i andre roller.»* (Lai, 2013)

Lai skriver videre at *«god rolleforståelse er en forutsetning for å være profesjonell og at god rolleforståelse bygger på kunnskaper og holdninger og utgjør en helt avgjørende del av kompetansen til en medarbeider.»* Rollen bør defineres klart slik at det ikke er tvil om hva som ligger til rollen av ansvarsområder og beslutningsmyndighet. I tillegg er det viktig at ikke rollebelastningen er for stor. Det vil si at medarbeideren rekker å utføre arbeidsoppgavene innen gitt tid og med god kvalitet.

Autonomi

I kraft av sin utdanning og stilling kan en si at legene og spesielt overlegene har stor grad av autonomi.

«Å ha autonomi vil si å ha handlingsrom og mulighet til selvstendighet innenfor relevante rammer.» (Lai, 2013) Det viser seg at også at høy grad av autonomi er en viktig komponent for i hvilken grad medarbeidere har *«muligheter til å mobilisere sin kompetanse på en motiverende og meningsfull måte»* (Lai, 2013)

Sentrale måleindikatorer på om en medarbeider har høy grad av autonomi er blant annet at de har frihet til å utføre jobben slik de selv mener er riktig, at de kan tenke og handle selvstendig uten unødvendig innblanding fra nærmeste leder, og at de kan bruke personlige initiativ og egen vurderingsevne. I tillegg til at legenes kliniske individuelle frihet utfordres *«ovenfra»* (Skaset, 2006) er det interessant å se videre på i analysedelen om krav til tverrfaglig spesialisert behandling utfordrer den enkeltes autonomi, altså handlingsrommet og graden av selvstendighet, og om dette har betydning for kompetansemobilisering som igjen påvirker motivasjon, lojalitet og grad av turnover. (Lai, 2013)

Mestringstro og mestringsstøtte fra kollegaer

Lai skriver at mestringstro kan oversettes med en medarbeiders tillit til egen kompetanse. At medarbeiderne er i stand til å mestre de oppgavene de møter i jobben, at de stoler på egne evner og beholder roen når de støter på vanskeligheter. Videre at de finner løsninger på problemer og takler uventede situasjoner. Medarbeiderne bør oppleve at de har relevant jobberfaring til å mestre framtidige arbeidsoppgaver og kan oppfylle de fleste kravene som stilles til dem i jobben. At medarbeidere har tro på at de mestrer har stor betydning på om de faktisk mestrer oppgavene sine.

Det er flere mulige tiltak som kan benyttes for å bedre en persons mestringstro. En av dem er å sikre tilgang på gode rollemodeller. Dette kan være kollegaer som bidrar med inspirasjon og kompetanseoverføring. En annen fremgangsmåte er *«å gi konstruktive tilbakemeldinger og*

sosial oppmuntring» (Lai, 2013) Dette kan gjøres både av kollegaer og ledere. En kan si at medarbeidere som har tro på sin egen kompetanse (ikke overdreven tro) og som opplever å bli verdsatt også er sterkere motivert i jobben sin.

Mestringsorientert ledelse

For å oppnå høy grad kompetansemobilisering og at medarbeidere får utnyttet potensialet sitt er det av avgjørende betydning at de opplever «støttende ledelse». *«Det har stor betydning for i hvilken grad medarbeiderne utvikler og beholder indre motivasjon samt en rekke andre typer positive resultater som lojalitet til organisasjonen, lav personalmessig turnover og måloppnåelse på organisasjonsnivå» (Lai, 2013)*

Lai lister videre opp eksempler på måleindikatorer for mestringsorientert ledelse. Dette er blant annet at nærmeste leder gir nyttige råd og støtte til å forbedre arbeidsprestasjoner, gir utfordringer som utfordrer og styrker kunnskap, gir støtte utfra medarbeiderens mål og ambisjoner og gir nyttige tilbakemeldinger om prestasjoner. Lederen bør også sette seg inn i ønsker om videreutvikling, informere om karrieremuligheter og kompetanseutvikling og bidra til at medarbeiderne når sine utviklingsmål. Videre at lederen sørger for at medarbeiderne får æren dersom de gjør noe bra,

Lai skriver videre at denne typen lederatferd *«har vist seg å bidra mest til høy kompetansmobilisering, indre motivasjon hensiktsmessige holdninger og gode resultater over tid blant medarbeidere.»*

5 Metode

Det som kjennetegner kvalitativ metode er at man gjennom refleksjon og tolkning forsøker å forstå menneskers erfaringer. (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015)

I denne undersøkelsen er hensikten nettopp å få tak i respondentenes beskrivelser, slik de oppfatter det. Hensikten er ikke å hente inn mest mulig representative data, men på bakgrunn av respondentenes erfaringer kunne si noe om hva som skal til for å rekruttere og beholde kritisk kompetanse i ARA. For å ende med et godt resultat må jeg i tillegg til å foreta kvalitative intervjuer, casestudier, undersøke hvilken forskning som er gjort på feltet tidligere, hvilken teori som sier noe om området, og konteksten organisasjonen og intervjuobjektene befinner seg i. (Repstad, 2007)

Målet er å få tak i respondentenes subjektive oppfatninger og opplevelser, deres meninger, men også konteksten de inngår i.

5.1 Kvalitativ metode, casestudier og generalisering

Kvalitativ metode beskriver det som finnes, og er mindre opptatt av hvor ofte.

Hensikten med undersøkelsen er nettopp å få en forståelse av den enkeltes erfaringer og hvilke personlige og faglige preferanser legene har for å velge en spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin.

Målet er å gå i dybden (intensiv) mer enn i bredden (ekstensiv). (Repstad, 2007)

Hensikten er å få fram både individuelle variasjoner og forskjeller, men også likheter i svar.

I kvalitative intervjuer går man i dybden og det legges vekt på skape et nært og tett forhold mellom forsker og personene som er respondenter. (Repstad, 2007) Målet er å beskrive individuelle ønsker, behov, mål og preferanser for leger i spesialiseringsløp og få tak i faktorer som gjør at overleger blir værende i ARA etter endt utdanning (respondentintervjuer) Det er også et mål å få et grunnlag for å forstå konkrete, lokale utviklingsforløp (informantintervjuer) og få tak i den konkrete utviklingshistorien som har ledet fram til russpesialiteten (dokumentanalyse)

Kvalitative studier/casestudier har den svakheten at en ikke uten videre kan generalisere utover det caset en studerer. Metoden kan gi et «godt grunnlag for å forstå konkrete, lokale utviklingsforløp» (Repstad, 2007)

Case-studier kan egne seg til å kaste et kritisk lys over eksisterende teori blant annet fordi empirisk kontekstavhengig materiale som fremkommer gjennom case-studier kan peke i en annen retning enn teori – slik at det er grunn til å stille spørsmål ved eksisterende teori. Repstad skriver at en ikke ukritisk kan generalisere på bakgrunn av casestudier, men en kan «foreta en røff skjønnsmessig vurdering». (Repstad, 2007)

I artikkelen «Fem misforståelser om casestudiet» hevder imidlertid Bent Flyvbjerg at en faktisk også kan generalisere ut i fra ett case. Argumentet til Flyvbjerg er her at casestudiet er en «*nødvendig og fyllestgjørende metode*» fordi det kun er gjennom kontekstavhengig viten en kan forstå «å gripe fatt i» et fenomen inngående. Han mener også at «*det er en metode, som står seg godt i sammenligning med andre metoder i samfunnsvitenskapenes instrumentarium.*» og at «*Formell generalisering er i imidlertid overvurdert som kilde til vitenskapelig utvikling, mens „eksemplets makt“ er undervurdert.*» (Flyvbjerg, 2006)

Min studie har ikke som mål å generalisere. Målet er å øke forståelse og kunnskap knyttet til problemstillingen. Jeg vil forsøke å beskrive og forklare funn gjennom analyse. Det kan likevel ikke utelukkes at andre kan dra nytte av resultatene i framtidige studier, eller at resultatene kan ha overføringsverdi til andre virksomheter som likner på ARA. På bakgrunn av det som kommer fram i intervjuene / samtalen kan en altså ikke ukritisk generalisere, men en kan «foreta en røff skjønnsmessig vurdering» (Repstad, 2007)

På denne bakgrunn, mener jeg at en kvalitativ tilnærming er det mest hensiktsmessige og at kvalitativ metode vil gi mest informasjon og svare best på problemstillingen. Hensikten er å få tak i respondentenes synspunkter og meninger, gå i dybden, samtidig som konteksten er vesentlig for å forstå og kunne analysere meninger og utsagn.

5.2 Strategisk utvalg / intervjuobjektene

I utvelgelsen av respondenter har jeg forsøkt å finne personer som har mest mulig relevant informasjon, men også personer som er mest mulig ulike med hensyn til alder, posisjon og «fartstid» i fagfeltet. Å få til kjønnsbalanse i svarene har ikke latt seg gjøre da det er langt færre menn enn kvinner som har overlege eller LIS-legestillinger i ARA. Dette er i seg selv interessant og er i tråd med utviklingen i Norge generelt hvor ca. 60 % av medisinstudentene er kvinner. Det faktum at det er flest kvinner som spesialiserer seg innen psykiatri og rusmedisin vil videre ikke være et hovedpoeng, men ligge som et bakteppe i videre analyse.

Jeg har intervjuet ledere, overleger og leger i spesialisering i Avdeling for rus og avhengighetsbehandling ved Sørlandet sykehus. Det er et begrenset antall personer som har relevant informasjon og utvalget er i utgangspunktet gjort for å få mest mulig variasjon i svar. Det er foretatt 4 lange intervjuer / samtaler. I etterkant av disse har jeg intervjuet ytterligere tre personer for å få andre vinklinger, eventuelt bekreftet det som kom fram i de første intervjuene. Jeg startet altså med å intervjuer de jeg i utgangspunktet trodde hadde mest relevant informasjon for så å fortsette intervjuene til jeg hadde fått svar, eller at det ikke kom noe nytt fram. Tanken er at respondentene kan oppfatte spørsmålene ulikt, noe som kan gi ulike vinklinger i svarene. Det kom også fram tilfeldig informasjon under intervjuene, som det var interessant å gå videre på, og undersøke nærmere. Denne informasjonen førte til endrede spørsmål underveis i datainnsamlingen, den påvirket også senere intervjuer. Ny informasjon handlet i hovedsak om respondenter som la vekt på behov for å bli sett og anerkjent, både av legekolleger, andre ansatte, men ikke minst leder. Jeg la vekt på å få utfyllende informasjon om respondentenes bakgrunn og tidligere arbeidserfaring da dette synes å være relevant for valg av spesialitet. Forskning viser at tidligere erfaring fra psykiatrifeltet er en viktig faktor for senere valg eller fravalg av denne spesialiseringen.

Fire av respondentene er leger i spesialisering (LIS). Av disse er alle kvinner som enten har mindreårige barn eller er i en etableringsfase. Alle har annen legepraksis enn fra rusfeltet, og samtlige hadde noe erfaring fra rus- eller psykiatri når de søkte stilling. LIS-legene har kommer ulikt i spesialiseringssløpet, noen er i begynnelsen av spesialiseringen og andre nærmer seg slutten.

Tre av respondentene er overleger, henholdsvis to kvinner og en mann. Alle tre har lang praksistid. Det siste av disse intervjuene var et kortere telefonintervju. To av informantene er ledere. Enkelte respondenter har doble roller, for eksempel både leder og lege.

5.3 Intervjuguide

Intervjuguidene ble utformet noe ulikt avhengig av om det var ledere, LIS-leger eller overleger som ble intervjuet. Sentrale temaer som kunne belyse forskningsspørsmålet ble tematisert. Temaer som betydningen av lønn, status, arbeidsmiljø, fagmiljø, arbeidstid / vaktordning, tilrettelegge for familie, mulighet for rotasjon mellom enheter, samarbeid med andre yrkesgrupper/tverrfaglighet, trekk ved pasientgruppa, engasjement for målgruppe, med fler. Spørsmål om betydning av høy grad av kompetansemobilisering og motivasjon er også sentralt og har vært retningsgivende for utforming av enkelte spørsmål til intervjuguide. Målet med disse temaene er å få opplysninger om hvilke faktorer legene mener er utslagsgivende for om de velger å bli i fagfeltet og satse på russpesialiteten, og hvilke framtidsplaner de har. Om de ønsker å bli værende i ARA og hva som eventuelt skal til for at de skal bli, eller at de velger å søke stillinger andre steder.

5.4 Semistrukturerte intervjuer

Intervjuene jeg hadde laget var altså temabasert. Den var strukturert slik at det var temaer jeg ønsket å komme inn på og som jeg spurte om hvis respondentene ikke selv kom inn på det. Jeg forsøkte å stille åpne spørsmål slik at intervjuet fikk mer en karakter av samtale enn et intervju. Respondentene ble bedt om å reflektere rundt temaene. Etter hvert som jeg intervjuet var det ikke nødvendig å sitte med intervjuguiden foran meg. Et unntak fra å stille åpne spørsmål var at alle respondentene ble bedt om å svare på 5 påstander. Disse handlet om kompetansemobilisering og om respondentene opplevde å få brukt kompetansen sin. Det ble satt av god tid til slik at respondentene kunne bruke tid til å utdype svarene sine og jeg kunne stille oppfølgingsspørsmål.

«Intervjuer med individuelle deltakere kalles av og til dybdeintervjuer eller ustrukturerte intervjuer. En bedre betegnelse er semistrukturerte intervjuer» (Malterud, 2011)

5.5 Gjennomføring av intervjuer

I forkant av intervjuene ble aktuelle kontaktet pr. telefon med spørsmål om de ønsket å delta. Alle som ble spurt takket ja, og invitasjon ble sendt ut. Det ble også sendt ut et samtykkeskjema som respondentene skrev under på og returnerte. Alle intervjuer ble gjennomført individuelt.

På forhånd var det vanskelig å si hvor mange intervjuer det var nødvendig å gjennomføre, så det ble gjort fire avtaler i første omgang. Senere ble det gjort ytterligere fire avtaler for å få mer utdypende informasjon om temaer som viste seg å være aktuelle og som jeg ønsket mer informasjon om.

Begrepet «metning» brukes i kvalitativ metode, og betyr at «Når forskeren kjenner seg mett på informasjon er det på tide å stanse» (Repstad, 2007) En intervjuer altså til det ikke er mer informasjon å få tak i, eller det blir mange gjentakelser. Repstad påpeker at det ikke finnes noe standardsvar på hvor mange intervjuer en kvalitativ undersøkelse skal ha, men anslår at seks til åtte er et passende antall å starte med. En kan eventuelt gjøre flere avtaler i etterkant. I min undersøkelse har jeg gjort det slik. Jeg begynte altså med fire intervjuer, eller samtaler basert på temaer i intervjuguiden, for så intervjuer ytterligere fire personer slik at jeg totalt intervjuet åtte personer. I etterkant har jeg også snakket mer med lederne for å få mer og utfyllende informasjon om enkelte temaer jeg ønsket ennå mer informasjon om. Dette var knyttet til strategier for rekruttering og utvelgelse og grad av konsistens og bevissthet ved valg av LIS-leger til utdanningsstillinger.

De første intervjuenes varighet var fra 45 til 75 minutter. De siste samtalene var av kortere varighet, 20-45 minutter. Alle intervjuer foregikk på ARA. De fire første intervjuene ble

transkribert i etterkant. I de kortere samtalene ble svar og refleksjoner skrevet ned underveis i samtalen, og skrevet ned rett i etterkant av intervjuene.

5.6 Respondentintervjuer og informantintervjuer

I boken «Mellom nærhet og distanse skiller Repstad mellom respondentintervjuer og informantintervjuer.

«Respondentintervjuer gir en mer avgrenset personlig informasjon – for eksempel om svarpersonenes egne følelser, hensikter, oppfatninger osv.»(Repstad, 2007) ved et informantintervju kan man bruke en lokalkjent person for å få «informasjon om faktiske forhold, om informantens inntrykk av andre menneskers synspunkter osv.», (Repstad, 2007) ved at informanten blir erstatningsobservatør for forskeren.

Hovedtyngden av intervjuene jeg har foretatt er respondentintervjuer hvor det legges vekt på å få fram respondentenes personlige synspunkter, hensikter og preferanser i forhold til problemstillingen. I tillegg til å intervju leger har jeg intervjuet ledere i ARA. Dette er ledere med personansvar som har ansvar for rekruttering og opplæring. Gjennom å intervju disse fikk jeg mer kunnskap om hvordan ledelsen handler, hvilke strategier de har, hva de legger vekt på i rekrutteringsprosessen og hvilke tiltak de har for å beholde kompetansen i avdelingen.

I ett av intervjuene fikk jeg mye informasjon om fortid og historikk som har ledet fram mot ny spesialisering i rusmedisin og hvordan ARA har jobbet for å bli godkjent som utdanningsinstitusjon for LIS-leger. De to lederne jeg intervjuet hadde også betraktninger og meninger om hva som er viktig ved rekruttering. Hvordan ansette de rette personene, og hvordan gjøre stillingene så attraktive som mulig for de som blir ansatt. De ble også spurt om tanker rundt ledelse, status, fagutvikling og behov for kompetansemobilisering, knyttet opp til problemstillingen. Deler av disse intervjuene hadde karakter av å være informantintervjuer.

I tillegg har jeg også fått mulighet til å være tilstede ved intervjuer av overlege som skal ansettes, og slik fått bedre innsikt i hva ledelsen ved ARA legger vekt på i rekrutteringsarbeidet.

5.7 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet

Reliabilitet kan oversettes med pålitelighet og handler om «hvor presise og gode måleinstrumentene er, hvor pålitelige og presise informasjoner vi har fått, og om vi har greid å gjennomføre analysen uten feil og mangler.» (Repstad, 2007) Empirien må altså være pålitelig, presis og troverdig.

Gjennom hele prosessen har jeg etter beste evne forsøkt å behandle data så pålitelig som mulig.

I kapittelet om gjennomføring av intervjuer har jeg gitt en beskrivelse av bruk av intervjuguide, behandling av data gjennom transkribering og referat samt oppfølgingsspørsmål gjort i etterkant av intervjuene. Dataene er også anonymisert slik at ikke enkeltsitat kan føres tilbake til respondent. Min relasjon til respondentene kan problematiseres. I framtiden er det stor sannsynlighet for at flere av respondentene vil jobbe i den enheten jeg er leder for. En av respondentene jobbet i «min» enhet, men var på det tidspunktet i rotasjonsordning og skulle over i annen enhet. De øvrige respondentene kom fra andre enheter, med andre ledere. Respondentene ble bedt om å snakke fritt, noe alle bekreftet at de ville gjøre og sa de var komfortable med. Tilbakemeldingene var at de satt pris på å bli spurt, og at de ønsket å bidra i undersøkelsen.

Mine egne erfaringer kan selvfølgelig påvirke resultatet. Intervjuguiden ble laget med åpne spørsmål og temaer, basert på en forforståelse av hva som var relevant. Etter hvert som jeg intervjuet kom det fram informasjon jeg har valgt å ta inn, og undersøke ytterligere.

Validitet

Validitet oversettes ofte med gyldighet og i kvalitativ forskning er det et krav at empirien må være gyldig og relevant. Med gyldighet og relevans menes det at «vi måler det vi ønsker å måle, at det vi har målt, oppfattes som relevant, og at det vi måler hos noen få, også gjelder for flere» (Jacobsen, 2005)

Validitet kan altså forklares med om vi har målt det vi ønsker å måle. Eller, «er det samsvar mellom våre forskningsspørsmål og de informasjonene vi faktisk gjør bruk av når vi trekker våre konklusjoner? (Repstad, 2007)

Rammene for validitet i kvalitativ forskning er at vi har et vellykket strategisk utvalg og et variert materiale, at det i analysen åpnes for alternative versjoner og tolkningsmuligheter og at en har forståelse for betingelser og forutsetninger for funn. (Malterud, 2011) En kan også si at validering av data kan forstås som holdbarhet, gyldighet i begreper, metoder og funn. (Kvale et al., 2015)

I denne undersøkelsen prøver jeg ikke å slå fast at funn er sanne, men jeg forsøker å vise at jeg overveier graden av overførbarhet. Overførbarhet handler om ekstern validitet og er en forutsetning for kunnskap som deles med andre, hvorvidt resultatene fra undersøkelsen kun er av interesse i den konteksten hvor undersøkelsen er utført, eller om resultatene kan overføres til å være relevante i andre situasjoner (Kvale et al., 2015)

Psykiatrien og rusfeltet står overfor rekrutteringsutfordringer også andre steder i landet. Og det er derfor grunnlag for å anta at resultatene fra min casestudie er overførbart til å gjelde utover ARA og Sørlandet sykehus. jf. Flyvbjerg (2006).

5.8 Å forske i egen organisasjon

Å forske i egen organisasjon kan være en utfordring, men også en styrke. Dette belyses godt i «Dugnadsånd og forsvarsverker» (Repstad, 1993) Her tas det opp flere relevante problemstillinger, blant annet farene ved selektiv persepsjon og det faktum at forskeren på samme tid er både deltaker og observatør, og at analysen derfor kan bli skjev eller subjektiv. Det poengteres at en må være svært oppmerksom på egne forutinntatte meninger og fordommer.

Repstad skriver også om fordelene ved forskning i egen organisasjon. At en kjenner organisasjonen godt kan gjøre engasjementet større, og en blir mer utholdende. I tillegg har man god kjennskap til organisasjonens daglige virke, både de formelle og uformelle sidene. Generelt sett mener Repstad at fordi en har faktiske kunnskaper om organisasjonen, og derfor kan stille mer presise spørsmål, vil en kunne få «fyldigere og mer nyanserte» intervjudata. Det vil også være av betydning for forskeren at resultatene kan føre til positive endringer i organisasjonens praksis.

Repstad problematiserer det å intervjuer kjente. At den som intervjues for eksempel preges av lojalitetsbånd eller er avhengig av den som intervjuer. En kan også anta at det kan være en utfordring i forhold til grad av åpenhet.

I min undersøkelse har jeg intervjuet enkelte personer som jeg kjenner gjennom jobb, men ikke personer som kan betraktes som venner. Noen av intervjuobjektene har jeg bare visst hvem var, og ikke kjent fra tidligere. Det er likevel tematisert før intervjuene startet at

informasjonen kun blir brukt i denne undersøkelsen og vil bli anonymisert. Jeg anmodet respondentene om å si sin mening og dele sine tanker og erfaringer slik de opplevde det. I etterkant kan jeg ikke se forskjeller mellom informasjonen fra kjente og ikke kjente. Tvert om opplevde jeg at alle ønsket å bidra til undersøkelsen og gjerne ville formidle sine synspunkter.

5.9 Informasjonsstyrke

Kvalitative studier opererer ikke med empiriske data i stort antall. De kan likevel ha god informasjonsstyrke og gi mening utover den konteksten studien blir gjennomført i. «Siden vurdering av overførbarheten bygger på andre prinsipper enn utvalgets omfang, vil overførbarheten ikke øke proporsjonalt med antall enheter eller individer i materialet» (Malterud, 2011)

Det er informasjonsstyrken i materialet som bestemmer hvor mange intervjuer vi trenger. I denne studien mener jeg informasjonsstyrken i hvert enkelt intervju er svært god. Intervjuene fulgte en plan, respondentene har snakket fritt, oppfølgingsspørsmål er stilt og jeg som intervjuer har forsøkt å summere opp ved å spørre; «har jeg forstått deg rett at du sier...?» Temaet for intervjuene er også tydelig avgrenset til å gjelde rekruttering og bevaring av kompetanse i ARA. Dette førte til at det på et tidspunkt kom fram lite nye opplysninger og jeg valgte da å ikke intervju flere personer.

Teorien sier at «Fokusert problemstilling, deltakere som kan formidle mye og variert informasjon om problemstillingen, et relevant og tydelig teorigrunnlag, samtaler med gode utvekslinger og langsgående analysestrategi er momenter som gjør at vi trenger færrest mulig deltakere. (Malterud, 2011)

I undersøkelsen er det som nevnt tidligere foretatt åtte samtaler/ intervjuer. Dette mener jeg har vært nødvendig da respondentene har ulike roller og der i gjennom sannsynligvis ulike synspunkter, opplevelser og meninger.

Det er ikke antallet intervjuer eller respondenter i seg selv som er det avgjørende, men at disse er valgt strategisk med tanke på informasjonsstyrke (Malterud, 2011)

5.10 Å lage synteser av kvalitative data

Gjennom prosessen med å intervju, bearbeide og analysere data har det tegnet seg et bilde av noen «typer» som har visse kjennetegn.

Repstad beskriver disse typene som «idealtyper». «*En idealtipe er en pedagogisk karikatur, og en slik typologi kan være fruktbar selv om man i virkeligheten vil finne adskillige flere blandingsformer enn rendyrkede eksemplarer.*» (Repstad, 2007)

I løpet av prosessen har noen «typer» blitt forkastet mens andre har blitt tydeligere. «*Typologiene kan blant annet settes opp ut fra væremåter, strategier, relasjoner til hverandre eller relasjoner til konteksten. De kan være knyttet til personer, holdninger, praksis, situasjoner og så videre.*» (Repstad, 2007)

Slik jeg har valgt å gjøre det er typologiene laget ut fra hva de har lagt vekt på som det viktigste for å velge spesialisering i rus- og avhengighetsmedisin, Sørlandet sykehus som arbeidsplass og de viktigste faktorene som kommer fram i forhold til om de blir i ARA videre. Jeg har forsøkt å kople informasjon fra intervjuene opp mot aktuell forskning om de viktigste faktorene for å velge spesialisering inne psykiatri sett i forhold til lokal tilknytning, kompetansemobilisering, ledelse og organisering.

Repstad skriver at det kan være hensiktsmessig å sette opp en tabell for å se på ulike kombinasjonsmuligheter. Det har jeg forsøkt å gjøre. Tabellen viser til noen dimensjoner og kombinasjoner som er karakteristiske for den enkelte «type». I denne undersøkelsen er det i tillegg faktorer som er viktige for alle typene, som ikke kommer fram av tabellen, men som er

beskrevet nærmere i analysedelen. Dette er for eksempel respondentenes behov for å bli sett, hørt og ivaretatt, få anerkjennelse og bli respektert for rolle og ansvar.

6 Presentasjon av funn

Ved å gjennomføre åtte intervjuer har jeg fått store mengder data og må videre velge ut sitater jeg gjengir. Jeg har forsøkt etter beste evne å velge ut uttalelser som er representative for flere respondenter eller informasjon som skiller seg ut. Jeg har forsøkt å være så lojal som mulig til meningen med uttalelsene, altså ta hensyn til konteksten de er sagt i. «Data taler ikke for seg selv. De må fortolkes» (Repstad, 2007) Sitatene brukes som eksempler, ikke for å verifisere tolkninger. Analyse og fortolkninger kommer jeg tilbake til i neste kapittel.

Jeg har altså sammenfattet informasjon fra respondenter og brukt sitater som eksempler. Jeg har også brukt sitater for å poengtere informasjon som skiller seg ut. Alle sitater gjengis i kursiv.

6.1 Rekruttering og utvelgelse

Når respondentene, ledere og overleger blir spurt om de kjenner til om Sørlandet sykehuset har overordnede rekrutteringsstrategier, eller strategier for å beholde kompetanse, svarer de benektende på dette.

«Strategier? Det kjenner jeg ikke til, og da vi nevnte det for noen på vår avdeling, så sier de det er enkelt å rekruttere. Det er bare å følge pengene. Dette er en bevisst strategi fra Sørlandet sykehus om at vi ikke skal gjøre. Her bruker man ikke lønn som et rekrutteringsvirkemiddel. Det skal kun være andre ting. Hva de andre tingene er, det må vi finne ut av selv.»

Her blir altså lønn trukket fram som den viktigste faktoren. Når det ikke er et alternativ må man altså finne andre virkemidler.

«Jeg tror den aller viktigste årsaken til at vi ikke få besatt stillinger er at det ikke er nok overleger til å besette dem. For det er manko på psykiatere, og i og med at vår spesialitet er så ny så er jo de aller fleste overlegene her på ARA psykiatere.»

Det kom også fram i intervjuene at det finnes virkemidler for å møte krav fra overleger som søker seg til psykiatri og rus. Dette er først og fremst et såkalt rekrutteringstillegg. I tillegg har det vært en kultur hvor den enkelte avdelingsjef har gitt andre goder enn lønn for å få besatt stillinger. En av informantene sier dette:

«Så lenge alle får rekrutteringstillegg så føler de jo at det ikke er noe konkurransefortrinn for noen lenger, så da vil de jo ha enda mer goder. Derfor har de gjort en jobb med at vi skal være lojale på ikke å inngå avtaler utenom det som er formelt avtalt at vi skal gjøre.»

Ledere forteller om at det er tilfeller der leger som er utdannet i Sørlandet sykehus, sier opp stillingen sin og ønsker å «leie seg ut» til sykehuset for høyere lønn. Dette er nå strammet inn og aksepteres ikke. Slik jeg forstår det snakker informanten her om klinikk for psykisk helse. «Vi har også en overordnet filosofi, at hvis folk har tatt utdannelsen sin, at vi har gitt en bi-utdannelse her og så blir de spesialister, så skal de ikke kunne true seg til høye lønn eller noe ved å si at da går jeg til det private. Så må dere leie meg tilbake. Sørlandet sykehus kommer aldri til å leie inn den personen igjen. Mange avdelingsjefer blir ringt fra legefirmaer som vil selge inn folk, uansett sier vi nei. Vi skal ikke ha en trend hvor vi utdanner folk, så leier de seg ut til et byrå og så må sykehuset kjøpe dyrt inn. Samtidig så er det blitt sånn nå at innkjøp av kritisk kompetanse fra eksterne tilbydere går gjennom bemanningsenheten på sykehuset. Så hvis jeg som leder syns det er helt kritisk med overlege her så kan jeg si at vi må ha det. Så sender vi et ønske inn til bemanningsenheten, så er det de som skaffer, lønner og lager avtaler osv.»

Det sies også at for å rekruttere og klare å besette stillinger har det vært gitt tilleggsgoder som ikke er formelt en del av arbeidskontrakten, men at dette nå er strammet betydelig inn. *«Det har vært en tradisjon tidligere om at vi gir ting «under bordet», at en gir ekstra studiedag, ferieuke, transportmidler. Folk har vært veldig oppfinnsomme til å finne tilleggsgoder som formelt ikke står noen plass.»*

«Ja så derfor kan folk flytte på seg. Så skjønner vi ikke hvorfor, når de får samme tilbudet, men så kommer det frem at noen har lovet noe mer. Så i klinikken nå så blir det slått veldig hard ned på, innen KPH. Hvis noen avdelingssjefer lover noe mer enn det som er bestemt at det er lov til å gjøre.»

«Sist jeg sjekket så var det vel 106 godkjente spesialister i rus og avhengighetsmedisin. De fleste av dem er allerede i overlegestillinger, fordi de er spesialister i psykiatri og har jobbet som overleger i mange år. «De flytter ikke på seg selv om de får en ny spesialitet, så det vi er ute etter nå, er jo å prøve å rekruttere når det kommer nye som har gått fulle LIS- løp, og som ikke har overlegestillinger i det de er ferdige. Kanskje de nå ser seg om etter nye steder å jobbe og det er først da vi kan begynne å få søkere til de stillingene.»

Under intervjuene kommer det fram at det finnes lokale strategier med hensyn til å beholde LIS- legene etter endt utdanning. Til disse stillingene er det mange søkere, så det er mulig å sette krav og velge ut de som «passer best».

Strategiene er for det første å utdanne mange LIS-leger for å møte behovet for spesialister og for det andre å rekruttere personer som har en lokal tilknytning.

Det er altså en strategi å øke utdanningskapasiteten i ARA, noe som lederne tror vil ha positiv effekt på tilgang til overleger i framtiden. *«I løpet av de to siste årene har vi gått fra å ha 5-6 leger i spesialisering til 11-12. «Det at vi er godkjent som utdanningsinstitusjon og at vi ansetter mange gjør noe med omdømmet vårt tror jeg. Det blir et større fagmiljø, de ser at vi satser og det gjør det mer attraktivt.»*

«Så er det jo sånn at de legene vi har, når de snakker godt om oss, så får kanskje andre lyst til å jobbe her. De LIS-legene som er her nå, har rekruttert andre, eller oppfordret dem til å søke.»

Flere av LIS- legene jeg intervjuet snakket om viktigheten av å rekruttere gode leger. De sier at LIS-legene er aktive med å oppfordre andre til å søke. De ønsker seg gode kollegaer og mener ARAs omdømme er avhengig av at legene er flinke og at det er et godt arbeidsmiljø og et legefaglig miljø. Dette mener de igjen vil føre til at flere søker. Selv om LIS-legene ikke ble spurt om rekrutteringsstrategier, kom de selv inn på dette temaet.

I tillegg til uttalte lokale strategier som nevnes over, har man også et mål om at stillingene skal være attraktive for å tiltrekke seg flinke fagpersoner. Lederne sier de har tro på de lokale strategiene. De utdanner mange russpesialister nå, og selv hvis noen slutter, vil det likevel være nok personer til å besette overlegestillingene i ARA i framtiden.

Respondenter og informanter trekker fram betydningen av at rus -og avhengighets medisin har blitt en egen spesialitet som den kanskje viktigste faktoren for god rekruttering.

«Først og fremst gjør den nye spesialiseringen mye positivt tenker jeg. Det blir snakket om mer på studiet fordi det er en egen spesialisering.»

«Det som jeg tror blir utrolig viktig er jo rett og slett å vise litt hva det er vi driver med. For det tror jeg er veldig få som vet. Så det der å presentere seg for turnuslege, medisiner studenter i andre forum som kan være aktuelle. For eksempel dette at man både har psykiatri, ganske mye somatikk og det rusfaglige. Altså farmakologi. Få fram hva egentlig rusmedisin er. At det faktisk er et utrolig spennende fag og man trenger gode krefter.»

«Det er klart at hvis en skal ta de rett fra turnus så må en være synlig i turnustjenesten også og selvfølgelig også i studiet. Men det tror jeg vil komme mer på banen nå når en er en egen spesialisering.»

Lederne ble spurt om hva de la vekt på når de intervjuer til overlege- eller LIS-stillinger. De ble spurt spesielt om de la vekt på hva søkerne hadde av kunnskaper, ferdigheter og evner, men også om de var opptatt av søkerens holdninger. Det viste seg at når de intervjuet søkere var de vel så opptatt av å få tak i holdninger og interesser som de tre første komponentene. Følgende sitater understreker dette:

«Vi vil jo gjerne har folk som er flinke, men når man skal inn i et LIS løp så skal jo ikke all kunnskapen være der fra før av, og ikke ferdighetene heller. Det er jo det vi skal sørge for at de får i utdanningsløpet.»

«Vi vil jo gjerne prøve å finne ut at de er interesserte.»

«Vi prøver å snakke med folk også, om de er veldig overbeviste om at de vil jobbe med rus, og hvorfor det.»

En av informantene delte sin erfaring fra å være nyansatt som ung lege og mener at dette er viktige aspekter også når man ansetter i ARA.

«Jeg har selv jobbet på et forskningsinstitutt når jeg var ung hvor professoren rekrutterte folk til en stipendiat. Det var ikke om å gjøre å ha best mulig karakterer, for det hadde man fra før på studiene. Men det var kjempeviktig at du hadde en eller annen hobby utenom, som du egentlig brant litt for. At du holdt på med idrett, holdt på med musikk på siden og «kunne spille på mange instrumenter.» Ja, noen holdt på med gammeldans. Hadde veldig morsomme fester der fordi folk hadde så mye utenom. Han hadde det i seg at det er fint å ha kreative folk som brenner for noe, og det tenker jeg mange ganger på når vi intervjuer LIS- leger. Jeg vil gjerne høre litt om hva de er for noe? For jeg tenker at på sikt så vil vi at vi de skal være faglig fyrårn innad i ARA, når de er ferdige overleger.»

Lederne er opptatt av om det er å rusmedisinere søkerne ønsker å bli, men det er ikke bare arbeidsgiver som velger hvem de skal ansette. Det er også søkere som skal takke ja til jobben. Noen av respondentene har jobbet målrettete for å få en LIS- stilling på ARA, mens andre beskriver at de nærmest har «ramlet inn i rusfeltet.»

«Jeg så jobben på ledige stillinger, Sørlandet sykehus. Det var rus jeg ville jobbe med. Det var flere stillinger utlyst, men jeg ville jobbe med rus, så jeg søkte på den stillingen»

«Egentlig så ville jeg jo inn i psykiatrien. Jeg ville bli psykiater. Så ble det en ledig stilling i ARA. Så søkte jeg den, fikk ikke stillingen. Tror vel egentlig de hadde bestemt seg for at de ville satse på en annen. Men, da hadde jeg jo bestemt meg, jeg ville jo inn i rusfeltet, så jeg ringte hit.»

En av respondentene legger vekt på at hun ble godt møtt da hun tok kontakt. Hun hadde fra før en annen opplevelse da hun søkte en stilling i psykiatrien.

«Søkte jo også på en stilling i psykiatrien og da fikk jeg beskjed om at det ikke var min tur i rekken. De var ikke interessert i min bakgrunn, den kompetansen jeg hadde eller noe som helst. Det var helt uinteressant. Det var bare et køsystem nærmest på å få disse stillingene i psykiatrien. Det var jo også en sånn ting som vekket veldig for rus fordi når jeg ringte til disse på rusmedisin så var jo de interessert med en gang. Mens i psykiatrien var de jo bare opptatt av den køen. Så det var også noe som gjorde at jeg liksom ble mer og mer sikker på at det var det jeg ville.»

På oppfølgingsspørsmål sier hun at hvordan hun ble møtt når hun tok kontakt hadde betydning for å velge rusmedisin da hun fikk tilbud om stilling.

«Ja, jeg har mye mer tillit til en institusjon som på en måte heller ser på kompetansen min enn å ha det dere køsystemet som de tydeligvis hadde i psykiatrien. Ja, det syns jeg absolutt.»

En annen respondent forteller at hun ble bedt om å søke. *«Jeg ble egentlig «headhundet». Jeg hadde jobbet med rus tidligere, og hadde mange år i psykiatrien bak meg.»*

Nok en respondent sier hun kunne velge mellom stilling i ARA og en annen institusjon. De som gjorde at hun valgte ARA var at det er et større fagmiljø med mange muligheter.

«De ringte jo fra en annen institusjon da og ville ha meg. Ja, for en periode iallfall.»

Tidligere var utdanningsstillingene åremålsstillinger mens nå blir LIS-legene ansatte i faste stillinger. De må likevel søke overlegestillinger når de er ferdig utdannet og noen av respondentene peker på at det faktisk kan bli konkurranse om overlegestillingene etter hvert når mange LIS-leger blir ferdige russpesialister omtrent på samme tid. Lederne sier at ARA har valgt å utdanne flere enn det strengt tatt er behov for, slik det ser ut nå. En informant sier det sier det slik:

Hvis ikke folk har vært litt kreative og litt for seg, og om seg, og rundt seg, kan de jo bli gående i en LIS stilling. Det blir sånne halvstillinger ikke sant, hvor du ikke er overlege og ikke LIS. Hvor du får litt mer lønn og så kan du bare gå der. Det er vi jo ikke interessert i for da vil jo det blokkere for inntak av nye LIS, så vi vil jo rekruttere dem inn i overlegestillinger. Men til slutt så vil det jo bli mettet. Hva skal vi gjøre da?

Her peker informantene på at det vil være et metningspunkt i framtiden og at det kan bety at ikke alle som utdanner seg til russpesialister nødvendigvis vil få overlegestillinger med en gang de er ferdige.

Gjennom intervjuene har jeg sett at det varierer hvordan legene er rekruttert. Felles for alle er at de har søkt stillinger som har vært lyst ut. Noen har blitt kontaktet eller «headhundet», andre har blitt anbefalt å søke av kollegaer, mens andre igjen har selv tatt kontakt for å vise sin interesse. Ledelsen i Ara legger vekt på finne ut hva søkerne er engasjerte i, og om det er rusmedisinere de ønsker å bli.

6.2 Intervjusituasjonen

Aktuelle kandidater til stillingene som lyses ut ved ARA kalles inn til ett formelt intervju med ledelse og tillitsvalgt til stede. Det gjennomføres ikke personlighetstester eller lignende metoder ved ansettelse, og intervjuet har karakter av en samtale med de aktuelle kandidatene.

Alle respondentene ble spurt om hvordan intervjusituasjonen foregikk og om hvordan de opplevde spørsmål og atmosfæren ved intervjuet. De ble også spurt om intervjusituasjonen i seg selv hadde noe å bety for om de takket ja til jobben.

Respondentene kommer med tilbakemeldinger om at de opplevde klimaet i intervjuet som godt. Lederne forteller at de i tillegg til å spørre om erfaring fra fagfeltet er vel så opptatt av søkerens eventuelle hobbyer og fritid. Lederne forsøker å finne engasjerte personer til stilingene. De har en antakelse om at hvis legene trives både på jobb og på fritida, så vil de antakelig slå seg til ro og bli avdelingen, noe ledelsen ønsker.

«Vi prøver å utvide vår interesse til hele personen. Ønsker at de skal ha det bra sosialt og på fritiden. Med tanke på at hvis de er fornøyd over hele aspektet så gjør man det også bedre i jobb...»

«Vi vil ha folk som er flinke faglige, men for å bli det så trenger du kanskje noe mer. En kreativitet eller en interesse. Ha muligheten for å brenne for ting, engasjere deg. Så sanne ting prøver i hvert fall jeg å få lurt ut av LIS- legene når vi intervjuer dem.»

Sitatene under forteller om søkerens opplevelser av intervjusituasjonen.

«Det var veldig ufarlig, jeg var ikke så nervøs. Det var hyggelige folk, gode spørsmål.»
«Det var en ok situasjon syns jeg.»

«Jeg følte vi hadde en god samtale der jeg fikk spørsmål, jeg fikk stille spørsmål og det var jo forskjellig folk som satt der og jeg følte vi var innom det meste som jeg hadde tenkt vi kom innom.»

«Det følte jeg gikk fint. Ble spurt om relevante spørsmål, egentlig nokså forventet. Det var vel nokså standard intervju vil jeg si.»

«Jeg opplevde intervjusituasjonen som god. Jeg fikk et godt inntrykk. De hadde en vennlig holdning. Det var et langt intervju, 50 minutter tror jeg. Men jeg var komfortabel med det. De var opptatt av personligheten min, ikke bare hva jeg kunne faglig. Det var flere personer å tilstede, og det at de var hyggelige gjorde at jeg fikk et godt inntrykk og fikk lyst til å jobbe der.»

Lederne jeg har intervjuet er tydelige på at de ønsker å rekruttere engasjerte personer som har en lokal tilknytning eller et ønske om å bosette seg på Sørlandet. Dette er det derfor viktig for dem å få tak i under intervjuene.

6.3 Hvorfor søke seg til rusfeltet

Alle respondentene forteller at de på ulikt vis har blitt introdusert for rusfeltet før de begynte i ARA. Noen igjennom praksis eller turnustjeneste, andre fordi de har jobbet innen rus- og psykiatri i andre stillinger. De forteller også om forelesninger underveis i legestudiet de har oppfattet som spennende, og som har bidratt til nysgjerrighet for faget.

Flere fremhever at det var gode muligheter for forskning som hadde betydning for valg av spesialitet.

Respondentene sier blant annet:

«Det at jeg fikk se hva rusbehandling var før turnus gjorde noe med hvordan min interesse for rusavhengighet var også i turnus. Så fortsatte interessen bare å vokse og gjorde at jeg valgte det.»

«Det var definitivt det halve året på en rusinstitusjon som for min del nesten ble som en del av turnus».

«For min del så var det det at vi hadde 2 dager på studiet med det. Den ene dagen hadde vi leder på Bergensklinikken og hun formidlet det på en veldig spennende måte som nok tente noe i meg. Så glemmer en det litt for det er jo på 4 året.»

«Jeg hadde jo for så vidt tenkt på rus fordi jeg har hørt så utrolig fine forelesninger om det på studiet. Hadde truffet mye spennende pasienter, fikk litt interesse for det feltet.»

En av respondentene sier at det å få praksis innen psykiatri og rus endret synet på fagfeltet. Rusfeltet var tidligere litt «mystisk», men praksis endret dette.

«Ja, og at det ble litt avmystifisert neste da, sånn som en fikk litt opplevelsen av i turnus, at veldig mange fnyste rundt rusavhengige og rundt rusfeltet. Med å se det med egne øyne ble annerledes.

Når det gjelder mulighet for forskning og vektlegning av dette, sier informantene blant annet:

«Det viktigste var at jeg synes det er et spennende felt, det er akademisk interessant med mye spennende forskningsspørsmål som helt klart trenger å bli besvart.»

«Det med rusmedisin er veldig spennende synes jeg. Så det var jo også en akademisk grunn til at jeg valgte rusmedisin. Så når jeg fikk tenkt meg skikkelig om så fant jeg ut at det er rus jeg egentlig har lyst å drive med... Det at forskning kan inngå som en del av utdanningen er bra. Det ønsker jeg å benytte meg av.»

Respondentene ble også spurt om hva som skulle til for å bli i rusfeltet og på ARA, og trekker blant annet fra dette:

«Mulighet for forskning synes jeg er viktig. At en satser på det. Det tror jeg har utrolig mye å si for å få et godt fagmiljø og for å få et oppdatert fagmiljø. At vi er gode på det og legger til rette for det.»

«Fagutvikling. Ytterligere spesialisering, videreutdanning. At en må ha fokus på det.»

*«Få delta på kongresser, både nasjonale, nordiske og internasjonale. Det å få faglig påfyll.»
«I dag bringes det lite tilbake fra de som deltar. Det må være mer fokus på å bringe tilbake»*

«Rus har jo vært i mye endring de siste årene. Kommet inn noen retningslinjer. Man tenker jo liksom litt nytt. Jeg vil jo at det skal være evidensbasert, vil jo at vi skal dra i den retningen som faget utvikles i, basert på ny evidens og det som kommer. Nye forskningsfunn og tenkning rundt rusmedisin. Hva er rusavhengighet? Så det blir veldig essensielt at vi er et kollegium som har en lik forståelse av hva rusavhengighet er og hvordan skal vi jobbe med det i ARA.»

Den kanskje tydeligste tilbakemelding fra respondentene er at rusfeltet er et interessant fagfelt med interessante pasienter. Generelt sett viser respondentene stort engasjement for pasientene. De uttrykker også at de har tro på at behandlingen virker.

«Jeg har søkt meg til rusfeltet fordi det er meningsfullt. Jeg trives. Så er jeg veldig opptatt av relasjoner, og her har vi jo mange samtaler med pasientene. De er her i lang tid»

«Er det mulig å bli frisk av det liksom? Tror vi at vi kan få gjort noe liksom? Så sånn tenker jeg vel litt om rusfaget. Gleden av å være her og jobbe her og ikke minst gleden når du møter en som har klart det og som har kommet seg ut av det. Og mange år etter. Det er jo noe som er veldig fint med å jobbe her. Være sammen og prøve å hjelpe og støtte folk på veien ut av rusmisbruket.»

Enkelte hadde flere alternative spesialiseringer de i utgangspunktet var åpne for.

«Jeg hadde noen felt på lista jeg hadde lyst til å jobbe med og spesialisere meg i. Når det kom en utlysning på ARA da søkte jeg fordi rus var ett av de områdene jeg hadde på lista.»

Noen er målrettede og sier at det var dette de ville jobbe med, og søkte bare på denne stillingen, mens andre igjen søkte ved en tilfeldighet... *«Jeg ramlet inn i rusfeltet jeg! De ringte og spurt meg, og så sa jeg ja..»*

Alle respondentene fremhever at det er viktig å legge til rette for ansatte som har barn. De mener dette er viktigere nå enn tidligere fordi det er flere kvinner som er leger. De sier at tidligere var det gjerne en mann som var overlege og han hadde hjemmeværende kone, mens i dag er det som regel to-inntektsfamilier hvor begge bidrar.

Respondentene har en oppfatning av at det legges til rette på enhetene slik at de kan få fri hvis de trenger det. Dette ser de på som et gode.

«Det må jo være praktisk mulig. Vil jo at det skal være forenlig med familieliv, er jo helt klart en viktig faktor det også.»

«Det er klart at det er forventninger til at man skal gjøre jobben sin på en grei og ordentlig måte. Men til gjengjeld får man en arbeidsgiver som er positiv og er villig til å legge til rette slik at man får det til. Nå snakker jeg om overleger, men mange av de yngre har jo ofte små barn og det skjer ting.»

«I og med at vi har det fellesskapet som vi snakket om i forhold til legemøter og sånn, så kan folk stille opp for hverandre. At de fleste er i stand til det, og at det blir et godt sted å jobbe på.»

6.4 Vaktordning

Alle legene jeg intervjuet ble spurt om det hadde betydning for valg av spesialitet og arbeidssted at ARA ikke hadde vaktordning eller akuttberedskap. De yngre LIS-legene var for sin egen del veldig fornøyde med det, men mente likevel at faglig sett var det ønskelig at legene hadde hjemmevakt. På den ene siden mener de altså at ARA bør ha sin egen akuttberedskap, men på den andre siden er fordelene ved ikke å ha vaktbelastning en av. Når det kommer til overlegene mener de at ARA bør ha en egen vaktordning og et akutttilbud. årsakene til at de har søkt seg til ARA.

«Jeg visste at ARA ikke hadde vakter. Det er klart at det at det ikke er vaktordning i ARA var jo noe som også trakk veldig opp. Selv om jeg egentlig er for en vaktordning, for det mener jeg vi bør ha. Men akkurat nå, for vi har jo små barn, så ville det være litt vanskelig for min mann å klare mye alene.»

«Det hadde blitt mye helger og kvelder. Så det var en, men ikke den mest sentrale grunnen, men var med i rekken.»

«Jeg ønsker en vaktjeneste på ARA. Hjemmevakt tilsvarende bakvakt så vi kan serve egne pasienter. Personlig er det bra at det ikke er vaktbelastning, men det hadde vært bra for pasientene, vi bør serve egne pasienter.»

«Altså med indremedisin, jeg syns det er veldig spennende felt, men vaktbelastningen der er jo helt forferdelig. Så det var helt utelukket. Uansett.»

«Med barn og mann så er det jo klart at det er en fordel å ikke ha vaktordning.»

«For noen vil det jo være interessant med vaktordning. Både fordi det gir mer penger med vakttillegg og fordi det gir en variert hverdag. For andre så vil jo det trekke ned. Det er jo litt avhengig av hvor en er i livet.»

6.5 Lønn

Når det kommer til spørsmål om betydning av lønn og lønnsbetingelser svarer alle at det er en veldig viktig faktor for å rekruttere og beholde kompetanse, men ikke så viktig for dem selv. De trekker fram at godt fagmiljø og et godt arbeidsmiljø er det viktigste.

Eller... lønna var ikke så lav at en ikke kan velge det. Det var ikke avgjørende, men i forhold til rekruttering så er det viktig.»

«Lønn er jo viktig, men nå tjener alle LIS-leger i Sørlandet sykehus det samme. Hvis jeg skal vurdere å gå til det private må det være like interessante oppgaver. Hvis jeg skal flytte på meg må det være fordi det er mye høyere lønn. Det at det er et godt fagmiljø kan føre til at jeg blir. Men, godt fagmiljø og arbeidsmiljø er det viktigste uansett hvor jeg jobber.»

Lederne svarer at det har vært overleger som søker jobb og som ikke tar i mot tilbud fordi lønnen ikke er høy nok.

«Vi jo hatt overleger som har søkt jobb og som da har takket nei og gått til andre arbeidsplasser.»

«Alt jeg vet om har med lønn å gjøre. Ja, det er alt fra å gå ut herfra fordi man er misfornøyd med lønn og heller jobber i et sånt firma. Søke seg nærmere Oslo og Østlandet, der får de mer betalt. Og hva er grunnen til at vi har overleger på steder som er langt unna? Det er også lønn og fordeler. Så i tillegg til alt det andre, så når det kommer til ekstra vanskelige steder å rekruttere så har det noen med lønn å gjøre.»

«Så det at Sørlandet sykehus har den policyen at man ikke konkurrerer på lønn gjør jo at vi mister noen, men vi beholder jo mange flere. For noen få er det superviktige, mens for andre er det viktig at man har gode arbeidsforhold.»

6.6 Status

Respondentene ble spurt om hvordan de så på sin egen status som psykiater eller rusmedisiner. Dette var et spørsmål de overhodet ikke var opptatt av. Noen sa likevel at de mente at ny spesialitet i rusmedisin vil gjøre noe med hvordan kollegaer ser på faget, og at en egen spesialitet vil heve status gjennom at fagfeltet blir tydeligere definert. Alle mener også at statusen blant andre leger er lav, men i samfunnet generelt er det å være lege i seg selv et høystatusyrke.

«Jeg tror det nye LIS-løpet gjør noe med akkurat hvordan leger i rusfeltet blir sett på. For jeg tror det har vært et behov og savn fra andre avdelinger å ha samlet kompetanse på det. Nå er det mer konkretisert. Jeg tror folk vil være takknemlig for vår kompetanse. Vi må bare få det litt mer integrert, og ting tar tid, men jeg har inntrykk av at når det bare er en egen spesialisering gjør at det stiger litt høyere på dette hierarkiet. Det har vært litt udefinert før. Det å jobbe i rus.»

Ja, det får en jo prenta inn fra første året på medisinstudiet det hierarkiet, der rus og psykiatri blir liggende ganske langt nede. Hva som blir liggende nederst det vet jeg ikke. Det har aldri vært noe avgjørende for min del, men det er jo ofte sånn at når en treffer kollegaer så føler jeg at jeg må forklare litt mer om hva jeg gjør, ikke for å unnskylde valget mitt, men føler jeg må forklare litt mer hva vi faktisk driver med.»

«Status bryr jeg meg ingen ting om. Det er ikke noe viktig i det hele tatt. En velger jo fag ut i fra interesse. Det er vel hovedgrunnen at jeg velger ut fra interesse. Men det er jo klart at hadde lønnsforskjellene vært veldig store eller det hadde vært andre ting som hadde trukket ned, for eksempel hvis det hadde vært en kjempetøff vaktbelastning her så kunne jeg jo ikke valgt det»

«Ja, men nå er vi verken hjernekirurger eller hjertekirurger, så status innenfor hva leger syns, så er vi jo helt på bunn. Akkurat som psykiatrien har vært i alle år. Så vi er omtrent der. Så man må tåle det, vi jobber jo med de vanskeligstilte og det er klart at det er vanskeligere å ha en kronisk psykisk sykdom en å ha et brekt ben, sånn at psykiaterne, hva holder de på med i forhold til hjertekirurgene...? Det er mye sånn som blir sagt.

Noen mener også at status henger sammen med det synet mange har på pasientene. «Pasientene våre er jo nederst på rangstigen. Derfor blir rusfeltet ikke så viktig, for pasientene er ikke så viktige i manges øyne.»

En annen respondent rekker fram at det er en høy status. Det å være lege i seg selv. «Jeg hadde en drøm om å bli lege. Det er status i selv. Men, status innebærer ansvar og ansvar er det mye av i denne jobben.»

6.7 Trekk ved pasientgruppa / engasjement for målgruppa

Respondentene ble spurt om hvordan de så på pasientgruppa, rusavhengige, og om det eventuelt hadde innvirkning på å velge å jobbe i rusfeltet. Som en respondent sa: «Når man søker på en stilling innen rusbehandling så tenker jeg at man allerede er interessert i den pasientgruppa.» En annen sa: «Ja, det var en del møter med pasienter som var litt tankevekkende og som jeg syns var spennende.» En poengterer at «pasientene er så mye mer enn rusavhengige. Jeg liker pasientgruppen veldig godt.» Samtlige hadde et stort engasjement, men begrunnelsene varierte likevel for hva ved pasientgruppa de likte, eller synes var interessant.

Flere trekker fram at det er meningsfylt å jobbe med rusbehandling og at de opplever å få gjort en god jobb, og får noe tilbake selv.

«Når jeg jobbet det halve året med rus så likte jeg pasientgruppa. Jeg følte jeg fikk noe igjen med å jobbe med den gruppa pasienter, men det er ikke noe jeg har tenkt noe på i etterkant.»

Noen mener motivet for å jobbe som lege er å hjelpe, og da er det å oppleve å gjøre noe meningsfullt viktig for dem.

«Og det er vel det mange iallfall går inn i medisinstudiet med, og vil redde verden. Jeg føler at jeg får gjort noe meningsfylt med å jobbe som lege her.»

Det kommer også fram at respondentene mener pasientene fortjener gode tjenester og god behandling.

«Liker pasientgruppen veldig godt. De er kanskje en gruppe som fortjener å få mye bedre og spisset kompetanse innenfor rusmedisin og selvfølgelig på alle andre fagområdet som jobber innenfor rusfeltet.»

De trekker også fram at mange har komplekse problemer og alvorlige tilstander i tillegg til rusavhengigheten. Gjennomgående ser respondentene på det som både spennende og krevende.

«Jeg vet at noen kanskje syns at pasientene hos har veldig mye problemer. De ruser seg, de er sjuke, de har ikke noe sted å bo, ingen ting liksom. Annet en rusfelleskapet der ute. At man liksom graver seg ned i alle problemene og ikke klarer å se muligheter som ligger når de tross alt er inne til behandling»

Flere trekker fram at de mener de passer til å jobbe med målgruppa. De begrunner det med at de liker samtaler og at de liker mennesker. En sier: *«Jeg tror også at jeg passer til å jobbe med den pasientgruppen.»* En annen sier: *«Jeg liker mennesker. De litt hjelpeløse, de litt farlige. Derfor jobber jeg mye med «vanskelige pasienter». Enkeltmøtene er fantastiske. Jeg ser jo at det går bra med mange, og jeg lærer av alle møtene. Jeg får erfaring og kunnskap. Og samtalene er basert på tillit og ærlighet.»* Det kommer også fram at flere mener de har egenskaper som gjør dem spesielt egnet til å arbeide med ruspasienter. Dette går på evne til å bidra til å få en god relasjon til pasientene og at pasientene får tillit til dem som behandlere. *«Det er viktig at pasientene har tillit til meg. At jeg kan hjelpe dem.»*

En av respondentene var svært opptatt av at rusbehandling nytter og mente ARA måtte få ut budskapet om at det er mye optimisme og håp innen rusfeltet. *«Rusbehandling kan det nytte da? Det bare holder på og holder på. Ja, men da må vi få ut den glade nyheten da, at når de har holdt på en stund så går det jo ofte bra for mange. Og så har jeg tenkt mange ganger at jeg har kjent mange oppgjennom med kronisk psykiatrisk sykdom. At faktisk er det mer håp i rus, de som har det dobbelt er det jo ikke så lett for da, men mange ruspasienter har mulighet til å skaffe seg ganske gode liv. Hvis de får dreis på det med rusen.»*

Respondentene snakket også om holdninger til ruspasienten i samfunnet og at det kan påvirke enkelte til å velge bort rusfeltet når de skal velge spesialitet. *«Og den holdningen som er ute blant folk om ruspasienten, at de ligger bare der i grøfta liksom. De kommer seg aldri opp derfra. Men det gjør de jo. Også forskning viser det, at det er jo vel så gode resultater med rusbehandling som det er med blodtrykksbehandling og sånne ting. Så det tenker jeg at vi må finne oss i, å være der at vi ikke liksom er helt på topp når det gjelder legehierarkiet. Men for de legene som har interesse for mennesker som har det vanskelig, og av en eller annen grunn og blir syke på denne måten, så tror jeg det er et bra sted å være.»*

Gjennomgående er respondentene opptatt av at behandlingen nytter og at det er grunn til håp og optimisme for ruspasienten. Som en respondent sa: *«Så få ut det budskapet, at det er optimisme og håp i denne jobben.»*

6.8 Arbeidsmiljø og fagmiljø

Alle legene jeg har intervjuet har vært opptatt av arbeidsmiljøet. Samtlige mener at arbeidsmiljøet er generelt godt, men det finnes elementer de trekker fram som negative. Flere sier de kan føle seg ensomme i hverdagen og opplever ikke alltid å strekke til. Noen opplever også at deres faglige vurderinger blir overprøvd eller forsøkt overprøvd av høyskolegruppene. *«Jeg har følt meg godt ivaretatt i personalgruppa hele veien. Men, det er travle dager og vanskelig å få tatt pauser. På poliklinikkene kan det føles ensomt å sitte med egne pasienter. Jeg prøver å få gått til lunsj.»*

Noen opplever å være en del av arbeidsmiljøet på enhetene, mens andre føler at de er litt på utsiden. Flere snakker om behovet for å møtes på tvers av enhetene og ha et sterkere legefaglig felleskap. I intervjuene er det flere som sier at de i perioder ikke har følt seg inkludert i arbeidsmiljøet på enhetene. De mener dette først og fremst går på mangler i ledelse av legene, men også interesse blant personalet for å bli kjent med dem. Dette gjelder spesielt LIS-legene som roterer mellom enheter med 6-12 måneders intervaller.

«Vi kunne for eksempel hatt en sommerfest. Bli bedre kjent. Vi mennesker trenger å vite mer om hverandre for å kunne gjøre hverandre bedre.»

«Jeg har hørt om en lege som ikke ble invitert til personalfest.»

«Tradisjonelt har det vært få leger i rusfeltet, det henger nok litt igjen, så det kan være vanskelig å komme inn.»

Jeg søker mot felleskapet i enheten. Vaktrommet. Legene er mer ensomme i yrkesutførelsen, så det er veldig viktig for samspill, samholdighet og tilbakemeldinger.»

«At en blir ivaretatt og føler at en er en del av noe større, at en tilhører det. Er med på laget. Det tror jeg er viktig. Få sånn lojalitetsgreie.»

«Det er viktig å ha et godt arbeidsmiljø.»

6.9 Legens rolle

De fleste respondentene mente at legens rolle i TSB er uklar. De opplever også at høyskolegruppene er sterke, og kravet til tverrfaglighet i pasientbehandlingen lett kan misforstås. De etterlyser tydelige stillingsinstruksjoner og klarere oppgavefordeling.

En av LIS-legene sier følgende: «Legene trenger en tydelig stillingsinstruks. Nå er overlegenes arbeidsoppgaver og rolle utydelig.»

*«TSB utfordrer legerollen. Den er ikke like tydelig som i for eksempel indremedisin.» «TSB er litt misforstått. Alle skal gjøre alt». «Alle skal ikke gjøre alt likt. Alle skal bringe sin faglighet inn i teamet. Derfor bør det hete flerfaglig spesialisert behandling»
«Jeg får en følelse av konkurranse og at jeg ikke blir nok verdsatt.»*

«Jeg får følelsen av at agendaen er å utjevne ulikheter, men det fører til at rollene blir utydelige»

«Men så er det en del ting som leger både må gjøre og ta ansvar for. Som ingen andre kan»

«Legene ser ofte annerledes på pasientens situasjon enn de høyskoleutdannede. Det var vanskelig i begynnelsen, men jeg føler at de andre aksepterer at min rolle er forskjellig fra deres.»

«Det er ikke alltid legens stemme blir hørt. Som overlege er det viktig å bli hørt.»

6.10 Samarbeid med andre, tverrfaglighet

Respondentene fikk spørsmål om hvordan de ser på samarbeidet i TSB. Spørsmålet var i utgangspunktet ment for å få tak i dere mening om tverrfagligheten i enheter og team, og om det var utfordringer i forhold til at de hadde forskjellig utdannings- og yrkesbakgrunn, eller om tverrfaglighet og samarbeid var viktig for å velge å bli værende i rusfeltet framover. Svarene strakk seg imidlertid langt utover dette. Det kom tilbakemeldinger om teamarbeid, samarbeid internt i ARA, mellom Aust og Vest-Agder, mellom psykiatri og rus og mellom somatikk og rus.

Når det gjelder samarbeid med andre faggrupper i enhetene sees det som positivt for pasientene, men også i forhold til at det er mye læring i det for respondentene.. «Jeg er veldig glad i å jobbe tverrfaglig. Det får jeg mye ut av og får sett ting fra forskjellige kanter. Så absolutt har det vært viktig.» En annen sier «Det kan jo også være en fordel med å jobbe i TSB, at man er flere på laget, ikke bare kollegaer med samme yrkesbakgrunn men også andre som kan hjelpe hverandre. Større faglig fellesskap.» Og videre: «Vi er nødt til å være en del av teamet for at det skal fungere. Men, vi må likevel ta egne avgjørelser i medisinske spørsmål.»

Det blir også fremhevet at det er mulighet for å avlaste hverandre mer i den enkelte «sak. «Vi skal kanskje av og til være sterke for å kunne se mye sosial nød og vanskeligheter som folk har. At de føler seg dårlig psykisk, nede. Vi jobber jo i team, kanskje kan vi enda mer avlaste hverandre.»

Det trekkes også fram at det kan bli bedre samarbeid internt i ARA og at et bedre samarbeid vil føre til at stillingene blir mer attraktive. «Vi bør samkjøre oss bedre innen ARA. Det blir mindre attraktivt hvis en sitter på hver sin haug» Trenger et mer samlet Aust og Vest, for eksempel i LAR. Det hadde også vært artig hvis legene kunne jobbe ambulant.»

Lederne forteller at det er et mål å få til et godt tverrfaglig og legefaglig fellesskap slik at legene har muligheter til å få hjelp når de trenger det. «Det er jo det vi prøver å gjøre her. Sørge for at folk ikke har altfor mye å gjøre sånn at man har mulighet til å spørre om hjelp. Kanskje konsultere somatikk. Ta inn det sosialfaglige. Samtidig så må det jo også være litt trøkk på. Vi er jo en behandlingsinstitusjon. Finne den balansen.»

Det blir også trukket fram at det er viktig for å beholde kompetansen. «Det er da jeg tenker at hvis en skal beholde kritisk kompetanse, at man prøver å avlaste mer».

Noen respondenter mener det er lite samarbeid med psykiatrien, og at styrking av samarbeidet ville ha kommet pasientene til gode. Sitatene under illustrerer dette: «Fint hvis vi hadde vært samlokalisert med psykiatrien. Pasientene havner mellom to stoler, det er ikke noe samarbeid, men veldig mange felles pasienter.»

«Psykiatere og russpesialister bør møtes jevnlig for det er milevid avstand mellom psykiatri og rus.»

«Vi bør ha mer fokus på liaisontjeneste, altså gi mere tjenester til somatikk og psykiatri. Gi råd i spørsmål om rus. Det tror jeg de hadde satt pris på.»

Alle respondentene var opptatt av å bidra til et godt samarbeid, både internt i ARA, men også eksternt. Jeg oppfattet at respondentene mente at ny spesialisitet i rus- og avhengighetsmedisin tydeliggjør fagfeltet og at samarbeidet med psykiatri og somatikk kan bedres.

6.11 Kompetansemobilisering

Alle LIS-legene i ARA følger en rotasjonsplan som gjør at de er innom flere enheter fordi de har konkrete læringsmål og skal ha variert erfaring i løpet av utdanningen. Flere av respondentene trekker fram at dette er betydningsfullt fordi de blir kjent i flere enheter. Gjennom utdanningen opparbeider de seg ny og bred kompetanse. Når de er ferdige spesialister vil de bli ansatt på en enhet. Spørsmålet er om de mener de få utnyttet kompetansen sin i etterkant, om de vil foretrekke å være på en enhet, eller om de ønsker en fortsatt rotasjonsordning.

Ledelsen ser på rotasjonsordningen som en stor fordel, både med tanke på at legene når de er ferdige kan jobbe på flere arbeidsplasser, men også fordi det kan føre til at samarbeidet mellom enhetene blir styrket. Samtlige mener det er positivt, men noen opplever det også som krevende. Følgende sitat sier noe om hva LIS-legene selv mener om rotasjonsordningen. «*Ja jeg tror det er kjempeviktig. Det er klart det er tungt og skulle rotere for hvert halvår eller hvert år og bli kjent med nye rutiner og nye folk. Det fortsetter jo litt på det turnusløpet du egentlig startet på. Samtidig så er det jo veldig sammensatt felt så det er viktig med bredde.*»

«*Jeg synes det er spennende å rotere mellom enhetene. Lærerikt. Når jeg er ferdig spesialist vil jeg kanskje velge å bli ett sted. Nå får jeg prøvd litt forskjellig og kan finne ut av det.*»

Svarene kan sammenfattes slik at både LIS-leger og overleger ønsker å ha mulighet til å flytte på seg, og at LIS-legene roterer i løpet av spesialistutdanningen gjør det enklere å bytte enhet senere. LIS- legene ble spurt om de tror de vil foretrekke å fortsette en form for rotasjon som overleger, eller om de ønsker å spesialisere seg enda mer på for eksempel rus/psykiatri, på avgiftning, gruppebehandling eller LAR? Overlegene ble spurt om de ønsket en mer systematisk rotasjonsordning.

«*Vi har jo forskjellig bakgrunn vi som er i spesialisering. Noe kommer fra psykiatrien og noen fra indremedisin. Og man har litt ulike interessefelt. Og det å bygge på det, kjempelurt.*»

«*Som overlege? Det er litt vanskelig å svare på. Selv så er jeg jo veldig glad i det å kunne bli ordentlig god på noe. Det å kunne spisse seg inn det ser man jo på andre avdelinger at det er sånn det drives.*»

«*Man spesialiserer seg innenfor en spesialisering og det syns jeg er positivt og kunne tenke meg. Samtidig så er det jo faren for det å bli for ensportet og ikke være åpen for andre innfallsvinkler og tenkemåter.*»

Videre ble legene jeg intervjuet presentert for fem påstander de ble bedt om å reflektere rundt. Disse påstandene er hentet fra Linda Lais bok; Strategisk kompetanseledelse og beskrives som måleindikatorer for kompetansemobilisering. Altså å få benyttet kompetansen på en god måte. Høy grad av kompetansemobilisering har en rekke positive effekter, mens lav grad anses for å være kritisk for en organisasjon med hensyn til å beholde kompetansen.

Utnyttelse av kompetanse

Påstand 1: Jeg får utnyttet min kompetanse slik jeg forventet når jeg tok jobben

Samtlige respondenter mener de får brukt kompetansen sin på en god måte. De beskriver «bratt læringskurve» men at de også får benyttet kompetanse de har fra tidligere.

Ja, det vil jeg si og det er vel mye pga. at her har jeg fått veldig fritt spillerom, sånn at jeg har kunnet gjøre, ha fokus på de tingene jeg føler jeg er god på. Med samtaler, ja det syns jeg absolutt»

«Ja, absolutt. Det er jo sånn at i medisinstudiet og i turnustjeneste så møter du mye rus men kan ingen ting om det. Så sånn sett har jo dette vært en enormt bratt læringskurve for meg å begynne her. Samtidig som du også får brukt mye av det du har lært. Innenfor psykiatri og somatiske problemstillinger, som hele tiden kommer.»

Påstand 2. Det er samsvar mellom de kravene jobben stiller og min kompetanse

Respondentene mener generelt sett at kravene som stilles til dem ikke er tydelige.

De mener at ARA kan være tydeligere i forhold til hva som forventes av LIS-legene.

«Jeg vet ikke kom jeg har fått så mange krav som jobben stiller.»

«Det er jo mange aspekter, somatisk kompetanse ble det jo på en måte stilt krav om, og det føler jeg at jeg har innfridd.»

«Det var jo ikke definert hva min rolle var så det er litt vanskelig å svare på. Og det er klart man sitter med veldig lite kunnskap om rus når man starter. Som regel starter man helt på skråtsj som LIS- lege fordi man ikke har hatt noe i turnus, så kompetansen på rus var jo lik null, altså litt mer kanskje for meg for jeg har jobbet litt, men generelt sett på null.»

Respondentene mener det er både rolle og arbeidsoppgavene som ikke er tydelig definert. For noen er dette positivt, de kan styre det en del selv, mens andre ønsker tydeligere rammer og prosedyrer.

«Jeg føler absolutt at jeg har fått lov til å styre det litt selv.»

«Ønsker litt mer definerte arbeidsoppgaver, sjekklister og sånt...»

Ellers er de opptatt av å ikke gå ut over kompetanseområdet sitt, og kunne rådføre seg med mer erfarne kollegaer når de trenger det.

Ja, altså det er jo hele tiden sånn at det blir jo mitt ansvar å ikke gå ut over mitt kompetanseområde. Da er det jo det å ha noen som jeg kan spørre. En over seg som kan mer. Mester-svenn greie.

Her er det vanskelig å finne et entydig svar. Legene har kommet ulikt i utdanningsløpet og har veldig ulike oppfatninger om det er samsvar mellom kravene som stilles og deres kompetanse.

Påstand tre: Jeg får brukt mine kunnskaper, ferdigheter og evner i min nåværende jobb

Respondentene mener gjennomgående at de får brukt både kunnskaper, ferdigheter og evner i jobben de har nå. Det er likevel begrensninger i forholdt til at de jobber mest med rus og psykiatri. Flere fremhever at de får brukt kunnskap og ferdigheter innen somatikk.

«Ja. Sånn i utgangspunktet gjennom 6 års studie og 1½ års turnus så er det klart man får veldig bred kunnskap og det er jo en liten bit av det man får brukt i rusfeltet. Samtidig så er det jo sånn uansett hvilken LIS-vei du velger å gå, hvis du ikke velger de mest generelle som allmennmedisiner, indremedisinsk. Men tanken nå med den nye spesialiseringen er jo nettopp å få inn mer somatikk. Blant annet så en skal strengt tatt få brukt mer av de kunnskapene.

Tradisjonelt så har det vel ikke vært så my fokus på somatikk, så jeg føler jeg kan få brukt mye av min medisinske kunnskap. Ikke så veldig mye av min kirurgiske kunnskap.

«For så vidt ikke mye ferdigheter, det er jo lite prosedyrer vi har, men jeg både holder somatikken varm og psykiatri og det som handler om rus.»

En respondent svarer at vedkommende får brukt alle sider av seg selv, og slik jeg tolker det handler det om mer om evner og egenskaper enn kunnskap og ferdigheter.

Ja, jeg får brukt absolutt alle sider med meg selv, føler jeg, i denne jobben.

Påstand fire: Jeg har oppgaver som jeg er spesielt god til

Respondentene hadde lite svar på denne påstanden. De går igjennom et utdanningsløp og har spesifikke læringsmål de er opptatt av å nå. Flere mener de kan velge å fordype seg i etterkant av spesialiseringen. Følgende sitat understreker dette:

Jeg syns jeg er god på somatikk og så er jeg god i samtale med pasientene. Og det får jeg brukt her.»

«Da er det igjen på etterutdanning når man er ferdig. Og det vil man jo oppfordre til, og det legger jo egentlig LIS løpet litt opp til også».

Påstand fem: Jeg får brukt kompetansen jeg har tilegnet meg, relativt kort tid etter endt opplæring

Respondentene mener de får brukt kompetansen sin kort tid etter endt opplæring. Slik jeg forstod svarene tenkte de på rett etter endt legeutdanning. *«Ja, en blir jo litt kastet ut i det. Det gjør en så absolutt.»*

Andre sier at en ikke får brukt alt på hver enhet, da enhetene har ulike behandlingstilnærminger og ulikt innhold.

En overlege sier at: *«Vi har jo enheter med ulike behandlingstilnærminger. Det er klart at på hver enhet får du ikke brukt alt. Og det er derfor vi har tenkt på sikt, når vi har fullt av overleger over alt, at man skal få tilbud om å bli rotert til en annen enhet, for å kanskje få et litt annet syn på hverdagen..... Vi vet jo ikke hva som skjer når vi er blitt fullt bemannet, hvordan vil det føles i ARA. Fordi vi har manko. Overleger har vi manko på.»*

Lederne sier følgende:

«Når de er ferdig med LIS løpet så er det muligheter for etterutdanning. Bli god i noe som de har blitt interessert i løpet. Få brukt det og det må legges til rette for det.»

Hvis en kort skal oppsummere funnene i dette punktet kan en si at respondentene opplever å få brukt ferdigheter, kunnskaper og evner og at det blir mulighet til rotasjon også når de er ferdige overleger.

6.12 Betydning av ny spesialitet i rus og avhengighetsmedisin

I november 2017 ble ARA godkjent som utdanningsinstitusjon for leger i spesialisering til rus- og avhengighetsmedisin.

Respondentene ble spurt om hvilken betydning de tror det har for å rekruttere og beholde leger i avdelingen at rus og avhengighetsmedisin har blitt en egen spesialitet.

Flere av respondentene kom stadig tilbake til betydningen av ny spesialitet under intervjuene. Noen sier at dette kanskje er det viktigste for å beholde kompetansen i framtiden.

Russpesialistene blir ikke psykiatere, og kan ikke regne med at de kan jobbe i psykiatrien.

«Det tror jeg vil være absolutt positivt at en føler at en utdanner seg til noe og så hører en hjemme der i det. Får et forhold til fagfeltet.»

«Ja, du kunne jo ikke bli ferdig spesialisert psykiater ved bare å være på ARA sånn at det er åpenbart at det å få en egen spesialitet der du kan gjøre hele spesialiseringen innenfor ARA vil være veldig viktig.»

Ledere mener muligheten til å utdanne seg til rusmedisiner er svært viktig for rekruttering. «Det har kjempemye å si for rekrutteringen. Og også for ARA. For første gangen nå så får vi LIS-leger som blir på ARA. Før så har vi hatt dem i 1 eller 2 år og så fyker de tilbake til psykiatrien, og det har vært målsettingen for dem hele tiden. Nå får vi LIS- leger som er engasjert i rusfaget og som vet at de skal rotere rundt på våre enheter og bli kjent med alle andre som jobber her og ulike metoder og sånn. Så det er jeg helt overbevist om at er superviktig.»

6.13 Ledelse og organisering

Respondentene har mange synspunkter på hva som er god ledelse og hvordan organiseringen av legene i ARA burde være. Respondentene er svært opptatt av å få tilbakemeldinger på jobben de gjør, å bli sett, hørt og verdsatt

De er enige om, er at de trenger et sterkere legefaglig felleskap. Flere mener det er behov for en avdelingsoverlege, eller en som har et overordnet ansvar for at det er legedekning på alle enheter. De uttrykker også ett ønske om en som kan fungere som en støttespiller i medisinskfaglige spørsmål.

Når det kommer til refleksjoner omkring ledelse, er det tydelig at legene generelt sett ønsker å gå inn i enheter og team på lik linje med andre medarbeidere. De sier blant annet at legene er mer like andre arbeidstakere nå enn tidligere, ikke minst fordi de fleste legene er kvinner med omsorgsoppgaver.

Videre følger sitater som er med på å beskrive oppfatningen av ledelse og organisering i ARA.

«Så mange ganger med ledere som ikke er leger, så kan de av og til tenke at leger er skrudd sammen på en annen måte enn andre folk. Det driver jeg og prater en del om i

ledersammenheng. Leger er som andre folk, og trenger å bli sett, og trenger å få oppmerksomhet når de gjør en bra jobb. For det vet jeg i forhold til sykehussystemet sånn ellers, som lege blir man kastet inn i det. Det forventes at man skal gjøre jobben sin som man aldri har gjort før, og man vet ikke alltid helt hvor man skal begynne. Uten å få opplæring. Uten noen ting. Da tenker jeg at for oss er det viktig at leger blir tatt imot, at de er ventet på, at de har et kontor når de kommer og at det er noen der som kan vise de viktige tingene for å komme i gang for å gjøre legejobben. At det er noen som ser og spør; Er det noe mer?»

«Jeg trenger enhetsleder til det praktiske rundt det å være arbeidstaker, men også for å bli inkludert i enhet og team»

«Jeg tenker det kan være bra å ha en organisering som er sånn at legene inngår i hver enkelt enhet og jobber i tverrfaglig team. Samtidig som det er ett felles fagmiljø legene imellom. Nesten både horisontal og vertikal organisering.»

Flere av respondentene snakket om at det varierer hvor «legevennlige» enhetsledere og teamledere er, og mente det preget hvordan samarbeidet fungerte i teamene.

«På møter føler jeg at jeg er en del av teamet. Men, det varierer. Noen team er mer legevennlige enn andre. Det går på lederkultur.»

En av respondentene er ikke opptatt av hvem som leder bare det er god ledelse. «Jeg må bli ledet jeg. Det kan være hvem som helst, bare de er snille og kan lede.»

Respondentene ønsker å være en del av enhetene, men samtidig ønsker de en avdelingsoverlege.

«Vi vet jo ifra sykehussystemet at det er mye kontrovers og konflikter når man skal prøve å lede leger. Og jeg tenker at det kanskje kunne være en måte å ivareta legene på, å ha en avdelingsoverlege. Da kunne jo legene også som gruppe ta opp ting med enhetsleder hvis det var noe som kanskje er upraktisk eller direkte feil og likeså kan jo enhetslederne møte hele legegruppa»

«Legegruppa har et sterkt ønske om en avdelingsoverlege, spesielt i forhold til LIS-utdanningen. Det er viktig med en lege som koordinerer LIS-løpet og som selv er lege. En medisinskfaglig rådgiver er i rolle ikke stort nok.»

«Vi er TSB, så legene må være i hver enhet, men det er en stor utfordring å få et legefaglig felleskap og nok støtte.»

«Vi trenger en mester-svenn ordning, spesielt som ny. Jeg savner mer tid med legekollegaer.»

Respondentene oppleves som veldig tydelige på at de savner tilbakemeldinger på jobben de gjør, både fra kollegaer og ledere. De sier blant annet:

Det er lite tid til kollegial legestøtte. Det er lite deling av kasus. Vi kunne hatt mer «kasusdebatter» for læring. Vi burde jobbe mer to og to. Lære av hverandre.

«I hele min legekarriere har jeg ikke fått tilbakemeldinger, unntatt en gang. Jeg ønsker tilbakemeldinger. Hvordan oppfatter teamet meg? Er jeg ok å samarbeide med? Jeg er et

menneske jeg også. Jeg gjør feil. Men, jeg får ikke tilbakemeldinger. Jeg trenger det for å bli bedre.»

«Husker når jeg var i turnus så tenkte jeg herlighet, de er sikkert glade for å bli kvitt meg for det er jo ikke så mange som har snakket så mye til meg og så mye som jeg maser og spør så er de sikkert dønn lei av meg. Så fikk jeg det motsatt i evaluering. Det er så bra med deg for du spør og vi vet at vi kan stole på deg.... Det var ingen som hadde sagt det til meg så jeg gikk rundt og trodde at jeg var en pest og pine. Så hadde folk vært så fornøyde. Jeg hadde ikke peiling på det.»

«Jeg har kun hatt to medarbeidersamtaler på 10 år. Det sier noe om helseforetakets tanke om enhetsleder versus lege.»

7 Analyse

Undersøkelsens formål er å belyse forskningsspørsmålet «*Hvordan rekruttere og beholde kritisk kompetanse i Avdeling for rus og avhengighetsbehandling (ARA)?*»

I dette kapittelet kommer jeg inn på beskrivelser av tydelig strategier for å rekruttere og beholde kritisk kompetanse i Sørlandets Sykehus og ARA, basert på informasjonen fra respondent- og informantintervjuene. Jeg vil drøfte de sentrale funnene, og videre se på disse funnene i lys av relevant teori.

Underveis i arbeidet med analysen har nye perspektiv kommet fram og jeg har valgt litteratur som kan belyse dette.

«Fortolkningen av meningsinnholdet i intervjutekster strekker seg utover en strukturering av det manifeste meningsinnholdet i det som sies» (Kvale et al., 2015)

7.1 Rekrutteringsstrategier og kompetanseplanlegging

Sykehusets overordnede rekrutteringsstrategi for å rekruttere og beholde kompetente medarbeidere må kunne sies å være svært generell. Slik jeg ser det er strategiplanen i liten grad konkret når det kommer til strategier og forslag til tiltak som vil bety en bedre rekrutteringssituasjon for avdelinger og enheter.

For ARA er kanskje den viktigste strategien når en rekrutterer nye medarbeidere at de som ansettes har en lokal forankring. Dette kan være at de er født og oppvokst på Sørlandet, at de har en partner eller familie lokalt, eller at de har interesser som gjør at det er attraktivt for dem å bo og arbeide her. En annen strategi er å ha mange leger i spesialiseringssløp, slik at en i fremtiden får dekket etterspørselen etter overleger med spesialisering i rusmedisin.

Det kommer også fram i intervjuene at ledere ikke er interessert i å ansette personer som har høye, eller «for høye» krav til avlønning og andre goder. Dette er forankret i klinikk- og overordnet ledelse og synes å være en bevisst og god strategi. Det kommer tydelig fram at hvis man gir «alle» disse godene er det ikke lenger et «ekstragode» men en del av lønna. Her legger også ledere vekt på søkerens holdninger som det viktigste. Dette harmonerer med det Lai beskriver som «jobbrelevante holdninger» som kan handle om alt fra motivasjon til grad av brukerorientering eller lojalitet. (Lai, 2013) De ønsker ikke å ansette overleger som vil ha mest mulig i lønn. De ønsker å ansette personer som er engasjerte og dedikerte. De som bryr seg om rusfaget og pasientene. Det behøver nødvendigvis ikke være en sammenheng mellom å kreve høyere lønn og grad av engasjement, men lederne poengterer at hvis lønn og krav om «frysegoder» blir det viktigste så er en ikke interessert i disse personene. Muligheten for at de raskt går videre til andre stillinger der de får mer lønn er også tilstede. Lederne ønsker altså å få tak i om søkerne har en genuin interesserte for fag og pasienter hvis de skal være attraktive for ARA.

En annen tydelig politikk er at en ikke skal ansette gjennom bemanningsbyråer hvis ikke dette er helt nødvendig. I tilfelle går dette gjennom bemanningsenheten i Sørlandets Sykehus. Ledere på ARA er helt tydelige på at personer som er påkostet spesialiteten av ARA, ikke vil bli leid dyrt inn hvis de velger og slutte for så å leie seg ut igjen. Dette er ifølge ledere en innstramning som er helt bevisst.

Rekrutteringsstrategiene som benyttes ligger i hovedsak på avdelingsnivå. Dette synes å være strategier hovedsakelig for å rekruttere de «rette» personene. Når det kommer til å beholde

dem, er dette i stor grad lagt til nivået under, enhetsledere. Her har det ikke kommet fram at det foreligger uttalte strategier utover at det er viktig at legene trives, at arbeidsmiljøet er godt og at samarbeidet fungerer både internt i enheten, mellom enheter og med andre aktører. Lai mener dette ansvaret bør ligge hos toppledelsen og ikke hos linjeledere.

Her kan det altså synes som om utfordringene er sendt nedover i organisasjonen. Dette harmonerer med hva ledere jeg har snakket med sier. De må finne lokale strategier, forsøke å markedsføre, og ha en høy utdanningsfrekvens for nye LIS-leger. Som en leder sa «Er det noe som har holdt meg våken om natta, så er det overlegesituasjonen».

At det er generell mangel på overleger, fører til konkurranse internt mellom enheter og avdelinger, mellom sykehus og kommune og mellom offentlige og private aktører. Dette gir et stort spillerom for dem som innehar den rette kompetansen, i den forstand at det er mange stillinger å velge mellom, både lokalt og nasjonalt.

Det er også en strategi å øke utdanningskapasiteten i ARA. I løpet av de to siste årene har man ifølge ledere gått fra å ha 5-6 leger i spesialisering til 11-12. Dette kombinert med at ARA er godkjent som utdanningsinstitusjon vil kunne føre til at avdelingen kan bygge opp et sterkt og godt fagmiljø som er robust med tanke på framtidige utfordringer.

For at ansatte skal bli værende i ARA er det, slik jeg ser det, viktig å fortsette legge vekt på hvem en rekrutterer inn som LIS- leger, hva en legger vekt på i rekrutteringsprosessen, og ikke minst hvilke rekrutteringsstrategier en har.

7.2 Rekruttering og utvelgelse

Sørlandet sykehus ARA har rekruttert overleger og LIS-leger gjennom utlysninger. I tillegg har de som allerede er i en utdanningsstilling «rekruttert» søkere blant sine kollegaer i betydningen at de har oppfordret personer de mener er flinke og som passer inn til å søke. Lederne jeg intervjuet ble spurt om hva de la vekt på når de intervjuet leger til overlege- eller LIS-stillinger. De ble spurt spesielt om de la vekt på hva de hadde av kunnskaper, ferdigheter og evner, men også om de var opptatt av søkerens holdninger. (Lai, 2013)

Når stillinger blir lyst ut er det som nevnt få eller ingen søkere til overlegestillingene, så når det kommer søkere er spørsmålet om de har gode nok kvalifikasjoner til å fylle stillingen. Konkret har dette ofte handlet om de snakker godt nok norsk og har bestått språktester som blir krevd. Når det gjelder rekruttering til LIS- lege stillinger er det annerledes. Til disse stillingene kommer det mange søkere. En har altså mange å velge mellom hvor alle i utgangspunktet er kvalifisert gjennom grunnutdanning og autorisasjon som lege.

Det viser seg at det ikke legges så stor vekt på forhåndskunnskaper og ferdigheter. I denne type stillinger er det nettopp det som skal læres. En informant sa at LIS- leger kan formes og de kommer inn i et utdanningsløp hvor de gjennom det tilegner seg ferdigheter innen mange sider ved rusfaget. Lederne er desto mer opptatt av å få tak i søkerens motivasjon og holdninger. I tillegg legger de vekt på, og prøver gjennom intervjuet å finne ut av, om de brenner for noe, har hobbyer etc. De mener dette er av betydning fordi det kan si noe om personene har god evne til å engasjere seg, også i jobben og i pasientene. Det er mer motivasjonen, holdningene, historikken, lokal tilknytning og litt mer hvem er de som person osv.

Når jeg bruker holdningsbegrepet her er det både holdninger til oppgaver, pasienter og samarbeid. Holdninger er «en essensiell del av en persons potensial» og er derfor kanskje den viktigste komponenten i kompetanse. (Lai, 2013)

Søkerens engasjement utenom arbeidet kan si mye. Gjennom å kartlegge interesser kan en danne seg et bilde av om personen er utadvendt eller innadvendt. Det kan for eksempel si noe om personens vitalitet eller evne til å fordype seg. (Rigmor E Grimsø, 2004) I ARA er lederne opptatt av hvem personene er, hva de interesserer seg for på fritiden og om de har evne til å engasjere seg. De sier at de ønsker at LIS-legene skal bli fremtidens «faglige fyrtårn» så evne til engasjement er en viktig faktor.

For legene som ble intervjuet hadde alle en positiv opplevelse av intervjusituasjonen. De oppfattet de som var til stede som vennlige og interesserte. Det at de spurte om hva de for eksempel gjorde på fritiden opplevdes som om de som intervjuet var interessert i å bli kjent med personen de snakket med. Dette punktet kan derfor ha en synergieffekt. Arbeidsgiver sjekker ut grad av engasjement og søkerne opplever at de er interessante. Å oppleve å bli møtt på en god måte trekker enkelte fram som en av årsakene til at de fikk lyst til å jobbe i ARA og velge spesialisering i rusmedisin framfor for eksempel psykiatri.

Når arbeidsgiver skal velge mellom kandidatene sier de at de ønsker å velge personer som har en lokal tilknytning. Dette betyr at de har et eller annet som knytter dem til Sørlandet. Det være seg familie, venner eller interesser. Underforstått er sjansen for at de blir i avdelingen er større. Eller som en informant sa: «Ikke fyker av gårde et eller annet sted.»

Det kan synes som om de lokale rekrutteringsstrategiene vil fungere godt på lang sikt. Dette gjelder spesielt hvem en har rekruttert som LIS- leger (framtidens overleger). På kort sikt er det strammet til med hensyn til hvem en velger å ta inn som overleger. Noen blir valgt bort. Dette kan skape «kriser» i perioder, men basert på hva respondentene sier, er det viktigere å rekruttere inn de riktige personene med de gode holdningene enn å ansette personer en i utgangspunktet regner med at ikke blir værende. Ledelsen legger vekt på at de som ansettes skal være dedikerte og lojale og dette er antakelig en god strategi med tanke på ARAs omdømme, arbeidsmiljø og fremtidig rekruttering.

7.3 Hvem velger spesialisering i rus og avhengighetsmedisin?

Videre vil jeg beskrive hvilke faktorer og hvilke «typer» som velger å søke seg til ARA. I den danske undersøkelsen om medisinstudenter og yngre legers valg av spesialitet er det noen faktorer som oppgis å være viktigere enn andre for valg av spesialitet. Dette er blant annet betydningen av det kliniske arbeidet, godt psykisk arbeidsmiljø og det teoretisk faglige innholdet. (Holm-Pedersen et al., 2006) Jeg har valgt å se på disse faktorene i relasjon til strategien om å rekruttere personer som har tilknytning til Sørlandet, betydningen av ledelse og organisering og høy grad av kompetansemobilisering.

Basert på funnene har jeg kategorisert informasjonen og laget typologier, eller idealtyper. Dette har jeg brukt som et arbeidsredskap og målet har vært å «bli mer følsom for sider ved miljøet og for mulige sammenhenger.» (Repstad, 2007)

De ulike idealtypene har jeg gitt navn etter karakteristiske kjennetegn.

	Lokal tilhørighet	Ledelse og organisering	Høy grad av kompetansemobilisering
Det kliniske arbeidet		«Psykiatri og rus som kall»	«Den erfarne»
Godt psykisk arbeidsmiljø	«Sørendingen»	«Den kvinnelige arbeidstakeren»	«Den samarbeidsorienterte»
Teoretisk faglig innhold		«Systematikeren»	«Forskeren»

Videre vil jeg se på hva som kjennetegner «idealtypene» som har søkt seg til ARA, deres begrunnelser og motivasjon. Enkelte viktige faktorer fra funn og undersøkelsen om yngre legers valg av spesialitet, er ikke tatt med da de er felles for alle respondentene. Disse faktorene er å ha mulighet for diskusjon med kollegaer, å bli sett, hørt og ivaretatt, og få anerkjennelse og tilbakemeldinger. Disse blir derfor drøftet i senere punkt.

7.3.1 «Sørendingen»

Videre vil jeg se på hva som kjennetegner den typiske «sørendingen» blant respondentene. I mitt utvalg har mange en lokal tilknytning. Ikke alle er av norsk opprinnelse, men de har likevel noe som knytter dem til Sørlandet. Flere er gift eller samboere med personer som kommer fra området, selv om de har studert både i Norge og i utlandet. De eier sin egen bolig og de fleste har barn i barnehage eller på skole. Noen er også født her og er således «ekte innfødte» Et flertall av respondentene ønsker ikke å flytte på seg, og er opptatt av at det er mulig å kombinere jobben med familieliv. Dette vil jeg også komme nærmere tilbake når jeg drøfter «den kvinnelige arbeidstakeren»

Det er en uttalt strategi at ARA helst vil rekrutterer personer med lokal tilknytning, utfra en tanke om at de lettere blir værende i jobb på ARA, og «sørendingene» jeg har intervjuet har ingen planer om det. De er derimot opptatt av å trives og ha et godt psykisk arbeidsmiljø. At det vises forståelse for livssituasjon og tilrettelegges ved behov.

Den danske undersøkelsen blant medisinstudenter og yngre legers valg av spesialitet (Holm-Pedersen et al., 2006) viser at deltakerne rangerer betydningen av et godt arbeidsmiljø svært høyt og at dette er en viktig faktor for valget de tar.

Rapporten sier at psykiatri har gode muligheter til å hevde seg på feltene som fremheves som positive i intervjuene og at dette kan være til psykiatriens fordel hvis «det kan

sannsynliggjøres at de yngre legene vil bli tatt bedre i mot, føle seg mere hjemme og få mere feedback og sparring innen psykiatrien.

Ut fra materialet jeg har, mener jeg det er store muligheter for at strategien om å rekruttere «lokalt» øker mulighetene for at legene velger å bli i ARA også etter endte LIS-løp.

Forutsetningene for det er at de blir godt ivaretatt, blir tatt godt i mot og «føler seg mere hjemme» og få tilbakemeldinger. Altså at det psykiske arbeidsmiljøet er godt.

7.3.2 «Psykiatri og rus som kall»

Det som kjennetegner respondentene i en typologi kan karakteriseres som «psykiatri og rus som kall» er at de er svært engasjerte. De er opptatt av pasientene og det kliniske arbeidet, som er en av de viktigste faktorene for valg av spesialitet. (Holm-Pedersen et al., 2006) Disse føler på, som en respondent sa, et enormt ansvar. De mener at «våre» pasienter fortjener god behandling og får selv mye igjen for å ha gode relasjoner og gode samtaler med pasientene. De engasjerer seg i mer enn pasientens rusproblem, og er opptatt av å se hele mennesket. De ønsker å hjelpe de som har det vanskelig. De som har «psykiatri og rus som kall» er også opptatt av at alle ansatte må ha gode holdninger og verdier. Det at de har dette sterke engasjementet mener de betyr at de er litt mer på jobb enn det som forventes av dem. De også ønsker å støtte sine kollegaer og opplever å få støtte tilbake.

Denne typen er også svært opptatt av at det er god ledelse, noe som umiddelbart ikke gir veldig god mening. Men, de sier de trenger å bli sett, hørt og ivaretatt, men det kanskje viktigste er at de får hjelp til praktiske saker og at de får hjelp til å sette grenser. De blir motivert av tilbakemeldinger når de gjør en god jobb. Dette harmonerer med Lais beskrivelser av mestringsorientert ledelse blant annet at nærmeste leder gir nyttige råd og støtte til å forbedre arbeidsprestasjoner, gir utfordringer som utfordrer og styrker kunnskap, gir støtte utfra medarbeiderens mål og ambisjoner og gir nyttige tilbakemeldinger om prestasjoner. (Lai, 2013)

7.3.3 «Den erfarne»

Det varierer mellom respondentene hvorfor og hvordan de tok valget om å jobbe i og rusfeltet. Noen beskriver at de tok et bevisst valg mens for andre var det mer tilfeldighetene som avgjorde. Tre av respondentene har blant annet bakgrunn som sykepleiere og tok legeutdanning etter at de hadde jobbet noen år som sykepleiere. Felles for dem er at de har vært innoen rus- eller psykiatrifeltet tidligere og har hatt positive erfaringer med det. Dette er en av hovedkonklusjonene i undersøkelsen om legestudenter og yngre legers valg av spesialitet, (Holm-Pedersen et al., 2006) for om de yngre legene velger å søke seg til psykiatrifeltet. Det mest vesentlig for leger i valgprosessen oppgis å være det kliniske arbeidet som skal være interessant og meningsfullt.

«Den erfarne» er også svært opptatt av det kliniske arbeidet. Opptatt av pasientene. I tillegg føler de seg knyttet til fagfeltet. De har tatt bevisste valg, og slik jeg forstår det, opplever de å ha tilhørighet og autonomi. De har tro på egen kompetanse gjennom erfaring. Dette betyr at de har høy grad av kompetansemobilisering som igjen kan føre til indre motivasjon, følelesmessig forpliktelse til organisasjonen og lavere turnover. (Lai, 2013)

7.3.4 «Den kvinnelige arbeidstakeren»

«Den kvinnelige arbeidstakeren» er opptatt av at det er et godt psykisk arbeidsmiljø og god ledelse og organisering. Dette betyr selvsagt ikke at de ikke er like opptatt av for eksempel pasienter og fagmiljø, men det betyr at kvinner mener selv at ved å være i flertall innen

psykiatri og rus, så har de andre forventninger enn menn tradisjonelt har hatt. De er ikke like opptatt av status eller å tjene mest mulig ved høy vaktbelastning, som de mener mannlige leger tradisjonelt har vært opptatt av. De er derimot opptatt av tilrettelegging og forståelse for livssituasjon og familiesituasjon.

I avhandlingen «Kvinner i norsk medisin – mot full integrering» er en av konklusjonene at kjønnsforskjeller påvirker valg av fagfelt leger jobber innenfor: *«Resultatene indikerer at både arbeidsforhold og tilpasningen mellom jobb og familie er viktige for å forklare de kjønnsforskjeller som oppstår. Selv om de fleste kvinnelige leger nå forener det å ha barn og familie med en egen yrkeskarriere, er det stor variasjon mellom kvinner i hvordan de kombinerer familieansvar og yrkeskarriere, alt avhengig av hvilke fagfelt de arbeider innenfor»* (Gjerberg, 2002) Så det å velge et fagfelt og en arbeidsplass som har «greie arbeidstider», lav vaktbelastning og at det legges til rette for å kunne ta ut avspasering eller fri for å være sammen med barn og familie, beskrives som et gode den kvinnelige arbeidstakeren opplever som viktig.

Den kvinnelige arbeidstakeren er også opptatt av at de er en del av et godt psykisk arbeidsmiljø. At de er en del av et kollegafelleskap og har kollegastøtte.

7.3.5 «Den samarbeidsorienterte»

«Den samarbeidsorienterte er svært opptatt av å få brukt kompetansen sin, da selvfølgelig i samarbeid med andre. Denne «typen» opplever høy grad av kompetansemobilisering (Lai, 2013) og er opptatt av et godt psykisk arbeidsmiljø. (Holm-Pedersen et al., 2006) For den samarbeidsorienterte henger dette sammen. De ønsker å bidra til et bedre samarbeid mellom enheter, og som en respondent sa: *«bygge et sterkt legefaglig felleskap som kommer alle til gode»*

Det er viktig å få til et godt samarbeid innad i ARA, men kanskje like viktig for dem er det å bidra inn i somatikk og psykiatri. Den samarbeidsorienterte ser det som en fordel at legene roterer slik at de blir godt kjent på enhetene og kan jobbe på flere områder, men også fordi dette vil føre til at legene lettere kan søke faglig støtte hos hverandre.

Disse personene er kreative og sosiale, de er opptatt av fritid og familie. Dette er kanskje de, som sammen med sørlendingen, har de tydeligste egenskapene og holdningene som harmonerer med det ledelsen i ARA ser etter når de ansetter nye LIS-leger.

7.3.6 «Forskeren»

Flere av respondentene har bakgrunn fra forskning eller har / skal forske som en del av LIS-løpet. De er opptatt av at behandlingen skal være evidensbasert og mener det er mye ugjort i rusfeltet. At det er et høyt teoretisk faglig innhold er en viktig faktor for valg av spesialitet. Innenfor rusfeltet er nok det ikke tilfelle, men flere av respondentene ser muligheter for å bidra til mer forskning på feltet. «forskerne» mener at innføringen av en egen russpesialitet antakelig fører til mer forskning/ evidensbasert behandling. Disse opplever også høy grad av kompetansemobilisering, i den forstand at de får brukt den kompetansen de sitter med i jobben sin. (Lai, 2013) De mener det er positivt at ARA har en egen FoU enhet hvor det er mulig å bli knyttet til drive forskning på sikt er attraktivt. Da kan de få brukt sine «legefaglige sider» og sin forskningskompetanse samtidig.

De ønsker å bruke kompetansen sin i utvikling av faget og gjennom det bidra til tydeligere faglighet og mer evidensbasert behandling

7.3.7 «Systematikerer»

Systematikerer er opptatt også opptatt av at behandlingen skal være evidensbasert og at pasienten skal få god behandling. Denne «typen» er opptatt av å avdekke svikt, men har også løsningene. Systematikerer» savner bedre rutiner, tydeligere stillingsbeskrivelser, klarere oppgavedeling, bedre struktur og samarbeid. Systematikerer er opptatt av roller og hvem som skal gjøre hva. Lai skriver blant annet dette om roller: «*En rolle gjenspeiler forventninger til atferd som hvordan man opptrer, hvilke oppgaver en har ansvar for å gjennomføre samt premisser for gjennomføring. Dette er for eksempel «ressurser, tidsfrister, beslutningsmyndighet, ansvarlig leder og krav til samarbeid med medarbeidere i andre roller.»* (Lai, 2013) Noe som bekrefter «systematikerens» behov for tydelighet. Det kommer også fram i intervjuene at det å bli respektert for rolle og ansvar for noen oppleves vanskelig. Det begrunnes blant annet med mangel på stillingsbeskrivelser, spesielt for LIS-legene. «Systematikerer» er opptatt av god ledelse og ønsker tilbakemeldinger og kontinuitet i medarbeidersamtaler og ønsker å ha gode rutiner og strukturer.

Systematikerer finnes altså blant respondentene, men opplever å ha ganske dårlige vilkår i «konkurransen» med for eksempel typen som har «rus- og psykiatri som kall» eller den «erfarne». Det betyr ikke at systematikerer ikke er engasjert eller kreativ, men vil i tillegg ha behov for rutiner, prosedyrer og god struktur. Slik jeg har oppfattet det gjennom intervjuene, har «systematikerer» en viktig rolle og en stemme som kanskje bør bli hørt bedre.

7.4 Ledelse og organisering

For respondentene er temaet ledelse og organisering viktig fordi det har direkte innvirkning på hvordan de opplever sin arbeidshverdag, og i ytterste konsekvens kan det ha betydning for om de velger å fortsette en karriere i rusfeltet og velger å bli i ARA.

Sørlandet sykehus som mange andre offentlige organisasjoner har innført «enhetlig ledelse» som prinsipp til erstatning for todelt ledelse som preget sykehusene i mange år hvor «*sykepleien hadde det ledelsesmessige ansvaret for pleiefunksjoner og medisinen det medisinske ledelsesansvaret.*» (Torjesen, 2008)

I ARA har en valgt å ansette alle medarbeidere i enhetene, også legene. Enhetsleder har det fulle ansvaret for personal, økonomi og administrasjon og det er ikke krav til at leder skal ha medisinfaglig kompetanse. Dette kan betegnes som en fagnøytral ledelsesform som betyr at «*Lederen skal være leder av en organisatorisk enhet – ikke for en enkelt yrkesgruppe*» (Torjesen, 2008)

Det har altså skjedd en endring hvor en har fått en overgang til annen type ledelse hvor det legges større vekt på «management» i resultatenheter og mindre på faglig ledelse.

Respondentene har mange betraktninger rundt ledelse og organisering av legene i ARA. Det er spesielt LIS-legene som sier de ønsker seg en avdelingsoverlege som har ansvar for dem og samtidig ivaretar det legefaglige. Noen sier også at de ønsker at avdelingsoverlegen skal ha personalansvar. På oppfølgingsspørsmål om hvordan de mener dette bør foregå i praksis, ble de imidlertid mer i tvil om det var en god ide. De hadde tenkt lite igjennom at det ville bety at de organisatorisk ikke ville være tilknyttet den enheten hvor de til enhver tid jobber. Likevel er utsagnene viktige, og slik jeg tolker det, et uttrykk for at det er noe som ikke fungerer tilfredsstillende.

Respondenter hadde altså betraktninger eller opplevelser som kan føres tilbake til organisering og ledelse, selv om respondentene i hovedsak mente at utfordringene kunne løses ved hjelp av alternativ organisering.

Som funnene viser er det mange utsagn som uttrykker savn, og kanskje også svikt, i ledelse av legene i ARA. Og når det kommer til et stykke kan det hende det handler om etterlevninger av en organisering og kultur hvor legene hadde større autonomi og ledelsen var profesjonsbasert, delt mellom avdelingsoverlege og avdelingssykepleier.

Det er mange faktorer som er av betydning for om medarbeidere får brukt sitt potensiale på en god måte, altså har høy kompetansemobilisering. Forskning tyder på at de faktorene som er mest avgjørende er utenfor hver enkelt medarbeiders kontroll. Det handler derimot om nærmeste leder, arbeidsmiljøet og hvordan organisasjonen er strukturert. (Lai, 2013) Betydningen av et godt arbeidsmiljø vil jeg komme nærmere tilbake til i neste kapittel. Når det gjelder betydningen av god ledelse er det som nevnt mange tilbakemeldinger på dette. Det fortelles om manglende medarbeidersamtaler, tilfeller hvor legen ikke er invitert på jobbfest og så videre. Det mest alvorlige er nok likevel det flere opplever at mangler; tilbakemeldinger på jobben de gjør. De ønsker tilbakemeldinger for å bli bedre, for å få anerkjennelse og for å føle at jobben de gjør betyr noe. De ønsker også å være en del av teamet og enheten de jobber i. Dette harmonerer med faktorene Lai beskriver som viktige for å oppnå høy grad av kompetansemobilisering, blant annet å ha tro på egen kompetanse og oppleve tilhørighet.

Respondentene, både leger og ledere mener dagens leger har andre behov enn tidligere. De trenger tilrettelegging, forståelse for familiesituasjon og ønsker å videreutdanne seg, på lik linje med andre medarbeidere.

Legevennlig ledelse

I løpet av intervjuene dukket det flere ganger opp et begrep som var ukjent for meg i forkant. Respondentene snakket om at de hadde veldig forskjellige opplevelser i ulike enheter og fagteam med hensyn til hvor «legevennlige» de ulike teamene og enhetene er. Slik jeg tolker det, handler det om legene opplever å være en del av teamet de jobber i, eller ikke. Hvordan deres kompetanse blir verdsatt og om de blir behandlet likt med andre medarbeidere. På oppfølgingsspørsmål reflekterer de rundt årsaker til dette og de mener det handler om hvor «legevennlig» lederen er. De sier det er store variasjoner fra enhet til enhet, og også innad i enheter som har flere større team.

En kan anta at høyere bevissthet rundt disse utfordringene vil kunne føre til at legene i større grad integreres i enheter og team og opplever et godt arbeidsmiljø. Her har lederne en nøkkelrolle i å bidra til at legene opplever tilhørighet i team og enheter. Som en informant så treffende sa: «Folk er folk og det er ikke noe spesielt med leger.» At legene opplever «å bli ledet» av enhetsledere og får gode tilbakemeldinger vil antakelig føre til økt grad av opplevd tilhørighet som er en viktig komponent for å oppnå høy kompetansemobilisering som igjen påvirker arbeidsprestasjonen.

Behandles legene annerledes enn andre arbeidstakere?

En kan også spørre seg om legene blir behandlet annerledes enn andre arbeidstakere og eventuelt hvorfor. For eksempel det at noen ikke har fått medarbeidersamtaler på enheten de har vært kan tyde på at det er slik. «*Medarbeidersamtalen er en samtale mellom overordnet og underordnet. Samtalens hensikt vil være å diskutere arbeidsoppgaver, resultater, arbeidsprosess og samarbeidsforhold og den ansattes faglige og personlige utvikling. En vellykket medarbeidersamtale kjennetegnes av at begge parter har fordel av det. Samtalen skal være på begge parters premisser.*» (Rigmor E. Grimsø & Engebretsen, 2000)

En kan anta at noe av grunnen til at ikke alle har hatt regelmessige medarbeidersamtaler er å finne i denne definisjonen. Det skal være en samtale mellom over- og underordnet. Det at legene og spesielt spesialistene har den utdanningen og posisjonen de har, kan gjøre det

vanskelig å kalle inn til medarbeidersamtale. Spesialistene er høyt verdsatt og er nok ikke å betrakte som «underordnede». Relasjonen bærer i følge spesialister jeg har intervjuet mer preg av å være en samarbeidsrelasjon. De har dessuten en kompetanse enhetsledere ikke har, og som det derfor vil være vanskelig å snakke om i en slik setting. Legene sier likevel at dette er et savn for de som ikke har hatt det. En kan anta at det vil være positivt både for legene og lederne at medarbeidersamtaler følges systematisk opp, og at lederne benytter muligheten til å gi og få tilbakemeldinger, fange opp behov for kompetanseheving, behov for tilrettelegging eller ønske om rotasjon.

For å oppnå høy grad kompetansemobilisering og at medarbeidere får utnyttet potensialet sitt er det av avgjørende betydning at de opplever «støttende ledelse». (Lai, 2013)

Noen respondenter opplever at enhetsledere ikke alltid «tar ledelse» av legene. Forklaringer på dette kan være mange. Legene er autonome og skal være autonome, men det betyr ikke at de ikke trenger tilbakemeldinger. Mestringsorientert ledelse er sentralt for at medarbeiderne har tillit til egen kompetanse. «*At medarbeiderne er i stand til å mestre de oppgavene de møter i jobben, at de stoler på egne evner og at en beholder roen når de støter på vanskeligheter. At de blir sett, hørt verdsatt og får æren.*» (Lai, 2013)

Dette er en problemstilling det kan være interessant å se videre på i en annen undersøkelse og ikke minst være klar over og kanskje jobbe videre med i ARA.

7.5 Roller, arbeidsmiljø og samarbeid

Videre vil jeg analysere og beskrive respondentenes opplevelse av sin egen versus andres roller, hvordan de ser på sin rolle i det tverrfaglige samarbeidet og opplevelser av arbeidsmiljøet.

Roller

En rolle gjenspeiler, som jeg har beskrevet tidligere, forventninger til atferd.

Det er av stor betydning at rollen er klar og at det er tydelig hvilke forventninger som ligger til rollen. (Lai, 2013)

Flere av respondentene opplever at det er utydighet knyttet til LIS- legers rolle i enheter og team. Det mangler stillingsinstruksjoner og det finnes få felles prosedyrer, noe som gir rom for å tolke både hva arbeidsoppgavene er og hvordan de skal utføres. De mener at flere og bedre prosedyrer vil føre til større grad av tydelighet og fagutvikling. TSB setter tydelige krav til tverrfaglighet, og en kan kanskje si at kravet om tverrfaglig spesialisert behandling for ruspasienter utfordrer den tradisjonelle legerollen i sykehus. Legen ikke er like autonom i rusfeltet som i andre fagfelt. Med autonomi i denne sammenhengen mener jeg handlingsrommet og graden av selvstendighet legene opplever å ha, selv om de har sine felt hvor de er suverene, i kraft av stilling, kunnskap og autorisasjon. Til tross for at legene har områder hvor de er suverene forteller enkelte respondenter at deres synspunkter og avgjørelser til tider blir motsagt når det gjelder det medisinskfaglige. Det refereres også til episoder hvor de har blitt overprøvd og deres avgjørelser har blitt satt til side av ansatte med lang praksis og erfaring. I slike situasjoner savner de å kunne jobbe tettere med legekolleger. Å oppleve og «miste autoritet» kan ha betydning for kompetansemobilisering som igjen påvirker motivasjon, lojalitet og grad av turnover. (Lai, 2013) At legene har opplevd å bli, som de selv sier, overprøvd kan også sees i et kjønnsperspektiv. «*Kvinnens integrering i legeyrket handler også om forholdet til andre grupper i helsetjenesten. En del kvinnelige leger opplever at de møtes med mindre respekt, og at de får mindre hjelp og assistanse fra sykepleiere enn mannlige kollegaer.*» (Gjerberg, 2002).

Noen respondenter har en opplevelse av at «alle skal gjøre alt og alle kan gjøre alt», men at til syvende og sist sitter legespesialisten med ansvaret for behandlingen pasienten får.

Slik jeg forstår det handler behovet for tydeligere rolle- og stillingsbeskrivelser mye om det store ansvaret hver enkelt vet at de har. Hva er deres oppgaver og hvilken myndighet har de? Tydelige stillingsbeskrivelser kan bety tydeligere rolle.

Overlegene opplever at både roller og ansvar er tydelig definert, og har ikke det samme behovet som LIS-legene for presisering. Overlegene sier likevel at de opplever ansvaret som enormt og det er svært høye forventninger til hva de skal kunne utrette. Det ligger til rollen deres. På bakgrunn av dette kan det synes fornuftig å legge til rette for et ennå tettere og mer formelt samarbeid på tvers av enheter og avdelinger.

Arbeidsmiljø og kollegastøtte

Legene beskriver det som kan kalles «ensomhet i yrkesutøvelsen» De sier de ønsker å jobbe mer to og to slik at de kan få tilbakemeldinger på jobben de gjør. Dette er i tråd teori om viktighet av mestringsorientert støtte fra kollegaer. (Lai, 2013)

Legene mener at hvis de blir sett og får tilbakemeldinger, så vil de bli bedre, spesielt i samtale med pasienter. En kan anta at et slikt tiltak vil ha positiv effekt på den enkeltes kompetanse, spesielt kompetansekomponeentene ferdigheter og evner.

En av respondentene har et ønske om en «mester-svenn» ordning også etter at LIS-legene har blitt overleger. En slik ordning er en slags «fadderordning» der de mest erfarne jobber sammen med de mindre erfarne. Dette harmonerer med en av kompetansedriverne, mestringsorientert kollegastøtte. Å ha kollegaer som er gode rollemodeller og som bidrar med inspirasjon og kompetanseoverføring kan ha betydning for om en medarbeider har tillit til egen kompetanse og er i stand til å mestre de oppgavene, stoler på egne evner og beholder roen i vanskelige situasjoner.

Flere respondenter sier de ønsker at det ansettes en avdelingsoverlege. Slik jeg forstår det handler ikke det om at legene ikke innordner seg strukturen og organiseringen, men at det handler om «ensomhet i yrkesutøvelsen» og at enhetsledere ikke alltid fungerer som ledere for dem på lik linje med andre medarbeidere.

På bakgrunn av disse tilbakemeldingene kan det det være fornuftig for ARA å se nærmere på hvordan en skal øke mestringsstro og forhindre «ensomhet» i yrkesutøvelsen for legene framover

Det kan også synes fornuftig å sette inn tiltak som kan kompensere for manglende legefaglig felleskap i hverdagen. De ønsker å ha ennå mer samhandling på tvers av enheter.

Respondentene uttrykker at savnet av legekollagaer strekker seg utover det sosiale, de trenger kollegastøtte. Dette er i tråd med det Lai skriver om betydningen av mestringsorientert kollegastøtte. (Lai, 2013)

Samarbeid

Respondentene er svært opptatt av samarbeid, både internt i enhetene, mellom enheter og med andre avdelinger som psykiatri og somatikk.

Det de kanskje er aller mest opptatt av er å få til et sterkt og bedre «legefaglig felleskap i ARA. De beskriver at dette har betydning for om de føler de mestrer oppgavene sine og at de gjennom et sterkere felleskap kan lære av hverandre.

Å få til et godt samarbeid i enhetene betinger antakelig at et jobbes med å definere rollen tydelig, at de som rekrutteres er samarbeidsinnstilt. Kanskje er det større krav til gode samarbeidsevner innen TSB enn i andre fagfelt.

8 Avslutning og konklusjoner

I denne undersøkelsen har jeg forsøkt å belyse problemstillingen «å rekruttere og beholde kritisk kompetanse i avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) gjennom teori, tidligere forskning og gjennom å intervjuer både overleger, LIS-leger og ledere i ARA. Det finnes ikke et enkelt svar på hva som skal til for å rekruttere og beholde den kritiske kompetansen. Det handler om flere forhold. For det første hvordan man klarer å få gode søkere til stillinger, for det andre hvem man velger å rekruttere, som igjen har betydning for om legene blir i ARA, og for det tredje at psykiatri- og rusfeltet utnytter fortrinnene fagfeltet har; at de *ynge legene vil bli tatt bedre i mot, føle seg mere hjemme og få mere feedback og sparring innen psykiatrien.*» (Holm-Pedersen et al., 2006)

Når det gjelder rekrutteringsstrategier har ARA valgt å prøve å rekruttere personer med tilknytning til Sørlandet. Dette synes å være en god strategi for å beholde kompetansen etter endt LIS-løp. «Sørlendingen» har ingen planer om å flytte på seg.

Respondentene fremhever også viktigheten av at rusfeltet blir mer «synlige» i turnustjenesten og i løpet av studiet. De mener det vil være lettere nå når rus- og avhengighetsmedisin har blitt en egen spesialitet og fagfeltet mer definert og tydeliggjort. En av hovedkonklusjonene i rapporten om yngre legers valg av spesialitet er at dette i høy grad er et resultat av fravalg av andre spesialiteter i turnus. (Holm-Pedersen et al., 2006) Å være synlige i turnustjeneste kan derfor være viktig for rekruttering, hvis psykiatri- og rusfeltet kan «*sannsynliggjøres at de yngre legene vil bli tatt bedre i mot, føler seg mere hjemme og får mere feedback og sparring innen psykiatrien.*» (Holm-Pedersen et al., 2006) Disse faktorene harmonerer med funnene i denne undersøkelsen og kan gi en pekepinn på hvilke områder det er viktig å jobbe med for å beholde kritisk kompetanse i ARA.

Det er av stor betydning at legene opplever høy grad av kompetansemobilisering. I teorikapittelet har jeg blant annet beskrevet hvordan høy grad av tilhørighet, autonomi og tro på egen kompetanse, leder til opplevd kompetansemobilisering som igjen kan føre til indre motivasjon, følelesmessig forpliktelse til organisasjonen og lavere turnover. (Lai, 2013)

Gjennom utdanning og opplæring får legene i ARA bred og variert erfaring om rus- og avhengighetslidelser. I utdanningsperioden er det lagt opp til en rotasjonsordning hvor legene arbeider i flere enheter som har ulike spesialfelt innen kartlegging, utredning og behandling. Spørsmålet er hvordan denne kompetansen blir benyttet i ettertid. Ønsker legene å opprettholde bred kompetanse eller vil de «spisse seg inn» på spesialfelt? På den ene siden ønsker de å bli gode på det de holder på med, og på den andre siden ser de det som positivt å ha mulighet til å rotere mellom enheter. Dette er likevel individuelt og bør kartlegges nærmere, slik at en kan møte ønskene i størst mulig grad. LIS-legene ser det som en fordel at de i utdanningsløpet er innom flere enheter. Det gjør at flere av legene når de er ferdig utdannet spesialister, kjenner arbeidet på enhetene, og kan støtte og hjelpe hverandre, altså at det er mulighet for god kollegastøtte. (Lai, 2013)

De fleste respondentene er kvinner som mener de har andre behov enn tidligere tiders leger. Uavhengig av kjønn lever de fleste i to-inntektsfamilier og må få hverdagen til å gå opp ved å kombinere jobb, familieforpliktelser og fritid. At dette blir hensyntatt er viktig for respondentene.

Funnene viser at respondenetene stor legger vekt på å tilhøre et godt fagmiljø og et godt arbeidsmiljø. For noen er mulighet for forskning viktig. Noen ønsker variasjon og rotasjon, mens andre ønsker å kunne spesialisere seg ytterligere.

Flere mener LIS-legens rolle og arbeidsoppgaver er utydelig og etterlyser stillingsbeskrivelser og prosedyrer som gjør dette klarere. Overleger mener rollen er tydelig og de kjenner på et «enormt ansvar» i jobben sin. Av den grunn ønsker de et tettere samarbeid med legekolleger.

At legene er ansatt i enhetene ser de som positivt og en naturlig følge av at pasienten skal motta tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette er imidlertid utfordrende på enheter hvor det er bare en eller få leger ansatt. Funnene viser at flere opplever «ensomhet i yrkesutøvelsen» og ønsker et mer formalisert samarbeid med legekolleger som for eksempel en «mester-svenn ordning» eller å kunne jobbe to og to. Dette vil kunne skape større grad trygghet og mestringstro.

Gjennomgående mener respondenter at de får lite tilbakemeldinger og anerkjennelse for jobben de gjør. Ved å ha fokus på mestringsorientert ledelse av kan en oppnå at medarbeidere blant annet utvikler og beholde indre motivasjon, har lojalitet til organisasjonen, og at det er lav turnover. (Lai, 2013)

På bakgrunn av teori, tidligere forskning og intervjuer mener jeg det er viktig å sikre ett godt faglig felleskap, mestringsorientert ledelse, og mer hjelp og støtte for at legene skal bli i ARA også i fremtiden.

Noen av resultatene i undersøkelsen har ført til nye problemstillinger som ikke kan besvares i min undersøkelse, men som en kan merke seg og eventuelt følge opp i senere undersøkelser.

9 Litteraturliste

- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative inquiry*, 12(2), 219-245.
- Gjerberg, E. (2002). Kvinner i norsk medisin–mot full integrering. *Women in Norwegian medicine: Towards full integration*.
- Grimsø, R. E. (2004). Rekruttering og utvalg av medarbeidere: og arbeidssøkers valg av arbeidsgiver. *Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS*.
- Grimsø, R. E., & Engebretsen, E. (2000). *Personaladministrasjon : teori og praksis* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Holm-Pedersen, C., Hansen, J., & Vinge, S. (2006). Medicinstuderendes og yngre lægers valg af speciale. *København: DSI Institut for Sundhedsvæsen*.
- Holm - Petersen, C., Vinge, S., Hansen, J., & Gyrd - Hansen, D. (2007). The impact of contact with psychiatry on senior medical students' attitudes toward psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(4), 308-311.
- Jacobsen, D. I. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (Vol. 2): Høyskoleforlaget Kristiansand.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lai, L. (2011). Kompetansomobilisering og egenmotivasjon.
- Lai, L. (2013). *Strategisk kompetanseledelse* (3. utg. ed.). Bergen: Fagbokforl.
- Magnussen, J., Vrangbaek, K., & Saltman, R. (2009). *Nordic Health Care Systems: Recent Reforms And Current Policy Challenges: Recent Reforms and Current Policy Challenges*: McGraw-Hill Education (UK).
- Malterud, K. (2011). Analyse av kvalitative data. *Kvalitative Metoder i Medisinsk Forskningen Innføring*, 2, 93-113.
- Repstad, P. (1993). *Dugnadsånd og forsvarsverker : tverretattlig samarbeid i teori og praksis*. Oslo: TANO.
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse : kvalitative metoder i samfunnsfag* (4. rev. utg. ed.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Skaset, M. (2006). *I gode og onde dager- : de norske legene og staten 1945-2000*. (no. 424), Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo Unipub, Oslo.
- Torjesen, D. O. (2008). Foretak, management og medikrati. *En sektorstudie av helseforetaksreformen og ledelse i den norske spesialisthelsetjenesten*. Universitetet i Bergen: *Avhandling for doctor rerum politicarum*.
- Veggeland, N. (2013). Samhandlingsreformen–en bærekraftig reform? *Reformer i norsk helsevesen. Veier videre*. Oslo: Akademika forlag, 81-110.

Lovdata

Leger i spesialisering

<https://www.helse-sorost.no/helsefaglig/utdanning/leger-i-spesialisering>

Evaluering av Rusreformen

https://evalueringsportalen.no/evaluering/evaluering-av-rusreformen/Eavluering_Rusreform_Utgave_2%20-%202006-227.pdf/@@inline

Fremtidens Legespesialister- En gjennomgang av legers spesialitetskultur og –innhold

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

Opptrappingsplanen for Rusfeltet – resultat og virkemidler

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/235/Opptrappingsplanen-for-rusfeltet-resultat-og-virkemidler-IS-1999.pdf>

Etablering av en ny medisinsk spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin

<https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/etablering-av-en-ny-medisinsk-spesialitet-i-rus-og-avhengighetsmedisin>

Prioritering av psykisk helsevern og rusbehandling (TSB) i 2016 «Den gyldne regel»

https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Samdata/Filer%20til%20WEB_Dundas/2017%20Analysenotater/12-2017%20Prioritering%20av%20psykisk%20helsevern%20og%20TSB%20-%20Den%20gyldne%20regel.pdf

Behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-og-rehabilitering-av-rusmiddelproblemer-og-avhengighet>

Kompetanseløft 2020

<https://helsedirektoratet.no/rekruttering-og-kompetanse>

Utviklingsplan for norsk psykiatri 2010-2015

<https://legeforeningen.no/PageFiles/6068/Mennesker%20som%20hjelper%20mennesker.pdf>

Fra lege til leder i det nye arbeidslivet

<http://legeforeningen.no/PageFiles/271092/Fra%20lege%20til%20leder%20i%20det%20nye%20arbeidslivet%20-%20Kjekshus.pdf>

Legenes spesialitetsstruktur og spesialistutdanning - roller, ansvar og oppgaver i ny ordning

<http://legeforeningen.no/PageFiles/200351/Brev%20HOD%20-%20legenes%20spes.utd.pdf>

TSB – Oslo universitetssykehus

<https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/tsb>

Nasjonal helse og omsorgsplan

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/sec9>

Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016-2020

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>

Nasjonalt kompetansesenter for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse
<http://rop.no>

Samfunnsspeilet 1/2017 Spesialisthelsetjenesten
<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/staten-betaler-14-milliarder-for-private-spesialisttjenester>

Spesialisering av helsepersonell
<http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa94/del-vi-3.pdf>

Doktoravhandling, Leger er også uenige
<https://tidsskriftet.no/2006/11/doktoravhandlinger/leger-er-ogsaa-uenige>

Ylfs nye policydokument om utdanning av sykehusspesialister
<https://yngreleger.no/artikkel/ylfs-nye-policydokument-om-utdanning-av-sykehusspesialister>

Stadig mer spesialisert medisin SSB – historikk og statistikk
<http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa94/del-vi-3.pdf>

10 Vedlegg

Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Hvordan rekruttere og beholde kritisk kompetanse i Avdeling for rus- og avhengighet (ARA)?

Jeg er i gang med min masteroppgave i statsvitenskap og ledelse ved UiA, og skal gjøre en kvalitativ studie. Det sentrale forskningsspørsmålet i oppgaven er: Hvordan rekruttere og beholde kritisk kompetanse i ARA? I denne sammenhengen er kritisk kompetanse overleget, men det er også viktig å få svar på hva som skal til for at LIS-legene blir i avdelingen etter endt utdanningsløp. For å kunne svare på forskningsspørsmålet ønsker jeg å intervju leger og ledere i ARA. For å få mest mulig informasjon har jeg valgt å sette sammen et utvalg av informanter som jeg antar kan gi god og bred informasjon.

Dere som får invitasjon til å delta i studien er 3-4 LIS-leger og 2- 3 overleger, avdelingsleder og enhetsledere ansatt i ARA Arendal, Kristiansand og Byglandsfjord.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Intervjuene vil foregå individuelt og vil ta ca. en time.

Spørsmålene vil handle om:

- Årsaker til å velge spesialisering i rus og avhengighetsmedisin
- Arbeidsoppgaver og kompetanse
- Hva skal til for at du blir i rusfeltet/ARA i framtiden?
- Hva er viktige faktorer ved framtidig rekruttering?
- Hvilken betydning vil ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin ha?

Alle intervjuer vil bli tatt opp på lydbånd og vil bli transkribert i etterkant. For å ivareta anonymitet vil alle personopplysninger bli anonymisert og respondentene vil få intervjuet til gjennomlesning og godkjenning før det brukes videre i oppgaven, hvis de ønsker det.

Opptak, transkribert materiale, og eventuelle notater vil bli slettet når oppgaven er levert

Frivillig deltakelse

Det er selvfølgelig frivillig og delta, og du har mulighet for å trekke deg når som helst i prosessen. Skulle dette skje, vil alle data bli makulert og opplysningene du har gitt ikke bli brukt i det videre arbeidet.

Arbeidssted vil bli delvis anonymisert ved at det ikke blir oppgitt hvilken enhet du jobber i. Arbeidsstedet blir beskrevet som ARA – avdeling for rus- og avhengighet, slik at utsagnene ikke kan knyttes til den enkelte respondent.

Dersom du takker ja til invitasjonen er det fint om du gir meg beskjed om dette på e-post: hilde.stokkeland@sshf.no.

Jeg legger også ved samtykkeerklæring som bes underskrevet og returnert. Har du spørsmål, vennligst kontakt meg på e-post, eller telefon 415 00 733.

Veileder ved Universitetet i Agder Dag Olav Torjesen kan også kontaktes på e-post dag.o.torjesen@uia.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning. Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen
Hilde Stokkeland

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2: Godkjenning av forskningsprosjekt

Dag Olaf Torjesen
Serviceboks 422
4604 K RIST IAN SAN D S



Vår dato: 15.08.2017
ref:

Vår ref: 55025 / 3 / L AR

Deres dato:

Deres

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.07.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

55025	Å rekruttere og beholde kritisk kompetanse i Avdeling for rus og avhengighet (ARA)
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Dag Olaf Torjesen
Student	Hilde Stokkeland

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget [skjema](#). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en [offentlig database](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Lasse André Raa

Kontaktperson: Lasse André Raa tlf: 55 58 20 59 / Lasse.Raa@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Hilde Stokkeland, hilde.stokkeland@sshf.no

Vedlegg 2: Godkjenning av forskningsprosjekt

Dag Olaf Torjesen

Serviceboks 422

4604 K RIST IAN SAN D S

Vår dato: 15.08.2017

Vår ref: 55025 / 3 / L AR

Deres dato:

Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.07.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

55025	Å rekruttere og beholde kritisk kompetanse i Avdeling for rus og avhengighet (ARA)
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Dag Olaf Torjesen
Student	Hilde Stokkeland

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget [skjema](#). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en [offentlig database](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Lasse André Raa

Kontaktperson: Lasse André Raa tlf: 55 58 20 59 / Lasse.Raa@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Hilde Stokkeland, hilde.stokkeland@sshf.no



Dag Olaf Torjesen
Serviceboks 422
4604 K RIST IAN SAN D S

Vår dato: 15.08.2017

Vår ref: 55025 / 3 / L AR

Deres dato:

Deres ref:

Tilbakemelding på melding om behandling av personopplysninger

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 04.07.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

55025	Å rekruttere og beholde kritisk kompetanse i Avdeling for rus og avhengighet (ARA)
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Agder, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Dag Olaf Torjesen
Student	Hilde Stokkeland

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget [skjema](#). Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en [offentlig database](#).

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2018, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Dersom noe er uklart ta gjerne kontakt over telefon.

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Vennlig hilsen

Marianne Høgetveit Myhren

Lasse André Raa

Kontaktperson: Lasse André Raa tlf: 55 58 20 59 / Lasse.Raa@nsd.no

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Hilde Stokkeland, hilde.stokkeland@sshf.no

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 55025

FORMÅL

Formålet med prosjektet er å skrive en masteroppgave om hvordan rekruttere og beholde kritisk kompetanse i Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA). Det er først og fremst overleger som i denne sammenheng kan betegnes som kritisk kompetanse. Når LIS-leger også skal intervjues er det fordi det er opprettet en ny medisinsk spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. LIS-leger som utdannes i avdelingen er fremtidens overleger og det er interessant å undersøke hva som skal til for at de blir i rusfeltet og avdelingen.

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse.

Informasjonsskrivet er godt utformet. Vi gjør imidlertid oppmerksom på at NSD har skiftet navn til "NSD – Norsk senter for forskningsdata AS".

SENSITIVE OPPLYSNINGER

Personvernombudet tar høyde for at det vil behandles sensitive personopplysninger om helseforhold. Det bemerkes at begrepet helseforhold skal forstås i en vid forstand, som blant annet kan omfatte spørsmål om mellommenneskelige forhold på arbeidsplassen, jobbkraav, arbeidsorganisasjon, jobbinnhold, ledelse, respondentens forhold til jobben og selvoppfatning vedrørende faglig kompetanse. Det bør utøves særlig forsiktighet ved behandling av sensitive personopplysninger, både når det gjelder etiske problemstillinger, innhenting av data og informasjonssikkerhet underveis.

TREDJEPERSONOPPLYSNINGER

Personvernombudet tar høyde for at det vil behandles enkelte opplysninger om tredjeperson, eksempelvis ved at informantene får spørsmål om familiebakgrunn. Det

skal kun registreres opplysninger som er nødvendig for formålet med prosjektet. Opplysningene skal være av mindre omfang og ikke sensitive, og skal anonymiseres i publikasjon. Så fremt personvernulempen for tredjeperson reduseres på denne måten, kan prosjektleder unntas fra informasjonsplikten overfor tredjeperson, fordi det anses uforholdsmessig vanskelig å informere.

DATASIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Agder sine interne rutiner for datasikkerhet.

PROSJEKTSLUTT

Forventet prosjektslutt er 30.06.2018. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som

f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)

- slette digitale lyd-/bilde- og videoopptak