

Hvordan møte utfordringer for fastlegetjenesten i

■ MARGRETE GASKI • Seniorforsker NSDM (Nasjonalt senter for distriktmedisin)

■ BIRGIT ABELSEN • Forskningsleder, NSDM

En god fastlegetjeneste er viktig, ikke minst der det er lang avstand til sykehus. I Nord-Norge er avstandene store, og gjennomsnittlig reisetid fra de 87 kommunesentra i Nord-Norge til nærmeste sykehus er to timer og seks minutter. Denne artikkelen beskriver fastlegetjenesten i Nord-Norge og drøfter utfordringer knyttet til rekruttering, spesialisering, helhet i fastlegens arbeid og jobbforventninger.

Det har i perioden 2010–17 blitt relativt sett flere fastlegelister å fordele befolkningen på både i Nord-Norge og i landet som helhet. Gjennomsnittlig fastlegelistelengde i Nord-Norge var knapt 300 lavere enn landsgjennomsnittet (TABELL 1). I Nord-Norge hadde mannlige fastleger i gjennomsnitt lengre lister enn kvinnelige fastleger, fastleger som var 60 år eller eldre hadde lengre lister, og gjennomsnittlig listelengde var dobbelt så lang i de mest sentrale kommunene sammenlignet med de minst sentrale kommunene (Statistisk sentralbyrås nye seksdelte inndeling inn i fire sentralitetsnivå).

Mens kvinneandelen blant fastlegene var 41,7 prosent på landsbasis (2), var den 46,4 prosent i Nord-Norge (1).

Rekruttering til distrikt

De to dominerende hypotesene i forskningslitteraturen om hva som bidrar til å rekruttere leger til arbeid i distrikt handler om det å ha oppveksterfaringer fra distrikt, og det å møte pasienter og lære i distriktsmedisinske settinger. Medisinstudiet ved Norges arktiske universitet (UiT) har vært fremhevet som et unntak i europeisk sammenheng, med nordnorsk inntakskvote (60 prosent av studentene) og med underavdelinger av medisinstudiet lokalisert andre steder enn på campus i Tromsø (Bodø og

Hammerfest/Alta/Karasjok) for å gi studentene praktisk erfaring fra arbeid på disse stedene. UiT-utdannede leger bemannet 44 prosent av fastlegestillingene i Nord-Norge (pr. 2013), men disse fastlegene var sterkt sentralisert rundt utdanningsstedet Tromsø. Leger utdannet andre steder i Norge eller i utlandet utgjør en stor del av fastlegene i Nord-Norge (reanalyse av data fra (3)).

Nord-Norge skiller seg fra Gjennomsnitt-Norge

Nøkkelen til å redusere rekrutteringsbehovet i fastlegetjenesten i Nord-Norge er å øke stabiliteten blant fastlegene, da det ikke er «forgubbing» men turnover blant yngre leger som er den store utfordringen. Reanalyse av data fra de 13 første årene med fastlegeordning (1.5.2001–1.5.2013) viser betydelige stabilitetsforskjeller i fastlegetjenesten mellom Nord-Norge og landsgjennomsnittet (4). Mens den mediane lengden på en fastlegeavtale i Nord-Norge var 3,8 år, var den på landsbasis 5,9 år. Varigheten av fastlegeavtaler i Nord-Norge varierte med kommunenes sentralitet og var kortest i minst sentrale kommuner. Samtidig økte den årlige utskiftningsandelen (turnover-andelen) blant fastleger i Nord-Norge med 1,4 prosent fra 2002 til 2013, og lå på et høyere nivå enn utskift-



ningsandelen på landsbasis, som også økte (4) (TABELL 2).

15,4 prosent av fastlegene i Nord-Norge var 60 år eller eldre pr. oktober 2017. Dette er en lavere andel enn for hele landet (24 prosent), og variasjonen mellom regionene i Nord-Norge var stor. I Ofoten var andelen hele 45,4 prosent. Ingen andre av de 14 regionene i landsdelen hadde større andel fastleger 60 år eller eldre enn 21,6 prosent. Vi fant ingen klar sammenheng mellom andelen eldre fastleger og kommunenes sentralitet (1).

Det var vikar på 81 av de 532 listene med fastlege i Nord-Norge pr. oktober 2017. I tillegg var 26 lister uten fastlege i Nord-Norge, hvorav 11 hadde vikar. Det vil si at 81 prosent av de nordnorske fastlegelistene var betjent med fastlegen som var inneha-ver av listen (1).

Data fra NSDM sine spørreundersøkelser viser at antall ledige fastlegestillinger i Nord-Norge hadde økt fra 1.1.2015 til

TABELL 1. Listelengde i Nord-Norge og hele landet. Kjønn, eldre fastleger og sentralitet.

	KVINNER	MENN	TOTALT	FASTLEGER 60 ÅR +	MINST SENTRALE KOMMUNER	MEST SENTRALE KOMMUNER	ANTALL LISTER
Nord-Norge (1)	785	902	834	909	587	1184	558
Hele landet (2)	1 045	1 174	1 120	–	–	–	4 746

TABELL 2. Årlig utskiftningsandel i prosent blant fastleger. Nord-Norge og hele landet.

	2002	2013
Nord-Norge	11,4	12,8
Hele landet	6,4	7,3

inger distriktene?



ILLUSTRASJONSFOTO: COLOURBOX

I 2017; fra 32 til 43. I 2015 var de fleste ledige stillingene i de minst sentrale kommunene, mens det i 2017 også var ledighet i de mest sentrale kommunene. Denne tendensen gjaldt for hele landet.

Under ulike gitte forutsetninger har vi estimert et årlig rekrutteringsbehov i Nord-Norge på 94 nye fastleger for å betjene eksisterende lister, og i tillegg en ytterligere ikke-tallfestet økning på grunn av en større eldreandel i befolkningen, en større andel kvinnelige fastleger og nye leger med andre preferanser som erstatter de eldste legene med lange lister. Videre har vi gjort beregninger som viser hvordan rekrutteringsbehovet øker hvis fastlegens listelengde reduseres. Oppsummert finner vi at ved henholdsvis 5, 10 og 15 prosent reduksjon i listelengde, er rekrutteringsbehovet beregnet til ytterligere 15, 31 og 48 fastleger, og vil hovedsakelig være i de kommunene i Nord-Norge som er sentrale.

Spesialister er et knapphetsgode

Nye kompetansekrav gjør spesialisering i allmennmedisin så å si obligatorisk for fastleger. 48 prosent av fastlegene i Nord-Norge var pr. oktober 2017 spesialister i allmennmedisin (1), mot 57 prosent på landsbasis (5) (TABELL 3). Spesialister i allmennmedisin er et knapphetsgode, særlig i mindre sentrale kommuner. Andelen spesialister i allmennmedisin var høyest jo mer sentral kommunen er; nesten dobbelt så høy andel i de mest sentrale kommunene (Tromsø og Bodø) som i de minst sentrale kommunene, som omfatter 58 av de 87 kommunene i Nord-Norge. I kun fem av landsdelens kommuner var alle fastlegene spesialister i allmennmedisin, og alle disse kommunene hadde kun en til tre fastleger hver.

Forskjellen i spesialistandel mellom kvinner og menn var større i Nord-Norge enn på landsbasis; andelen spesialister i allmennmedisin blant kvinnelige fastleger

i Nord-Norge var 38 prosent, som er noe lavere enn på landsbasis, og kun 22 prosent i de minst sentrale kommunene.

Kommunene er tildelt en mer sentral rolle i spesialiseringsforløpet, og dette innebærer en mulighet, alene eller i samarbeid, til å sikre gode spesialiseringssløp i allmennmedisin. Sykehusåret er av mange sett på som en bøyg å få gjennomført, og våre resultater antyder at dette i større grad kan gjelde kvinner enn menn i distriktet. Det må i samarbeid med helseforetakene satses på gode og fleksible løsninger for sykehusåret, slik at dette blir gjennomførbart også for fastleger som er bosatt langt fra sykehus.

Ta grep om helheten i fastlegens arbeid

Når arbeidsbelastning vurderes og stillinger utformes, må det tas grep om helheten i fastlegens arbeid. I offentlig statistikk om fastlegeordningen er det bare arbeidet med egen listepopulasjon som synliggjøres. Vi argumenterer for at også annet lege- og legevaktarbeid må legges til grunn for å synliggjøre helheten i fastlegearbeidet. Legeårsverk pr. 10000 innbyggere til annet allmennlegearbeid steg fra 2,7 årsverk i 2002 til 3,3 årsverk i 2016 i de nordnorske kommunene. Det var vekst i årsverksomfanget i alle sentralitetskategorier, og de

TABELL 3. Andel spesialister i allmennmedisin i Nord-Norge og hele landet. Kjønn og sentralitet.

	MINST SENTRALE KOMMUNER			MEST SENTRALE KOMMUNER		TOTAL
	ANDEL KVINNELIGE SPESIALISTER	ANDEL KVINNELIGE SPESIALISTER	TOTAL	ANDEL KVINNELIGE SPESIALISTER	TOTAL	
Nord-Norge	38 %	22 %	33 %	55 %	60 %	48 %
Hele landet	50 %	-	-	-	-	57 %

minst sentrale kommunene hadde det høyeste årsverksomfanget og også størst variasjon. Deltidsstilling for fastlegenes utførelse av andre allmennlegeoppgaver lønnes av kommunen, men registreringen av dette arbeidet er mangelfull og varierende.

Det er grunn til å anta at deler av annet allmennlegearbeid (for eksempel medisinsk faglig rådgivning og deltagelse i administrative møter) i noen grad er uavhengig av kommunens innbyggertall. Det kan også tenkes at et lavt innbyggertall kan gjøre at annet allmennlegearbeid dimensjoneres opp for å fylle en fastlegestilling.

For å få til levelige vaktordninger for leger og tilgang til legevakt uten for store avstandsutfordringer for kommunens innbyggere, har mange mindre folkerike og usentrale kommuner relativt mange fastleger og tilhørende lister med få listeinnbyggere. Pr. juni 2016 var det 52 legevakter i Nord-Norge. 63 prosent var kommunale, noe som var en langt høyere andel enn på landsbasis (45 prosent). I de nord-norske kommunene deltok 79 prosent av alle fastleger i legevaktordningen pr. 1.1.2017, mot 64 prosent på landsbasis. NSDMs studie med data fra 2014 viste at andelen kommunale legevakter som hadde leid inn vikar kun for å dekke legevakt, var kun 11 prosent i Nord-Norge mot 25 prosent i hele landet. Den økonomiske kompensasjonen for legevakt varierer mye mellom legevaktene. Legevakter for små populasjoner kan innebære mye bundet tid med lav kompensasjon for leger.

Krav og forventninger til fastlegejobben

I Nord-Norge, som i landet for øvrig, er privat næringsdrift etter hovedmodellen den mest vanlige driftsformen, tett fulgt av privat næringsdrift med kommunal leieavta-

le for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell. Fastlønsavtaler er mer vanlig i takt med redusert sentralitet for kommunen. Pr. 1.1.2015 var det ikke noen private næringsdriftsavtaler etter hovedmodellen i fire av landsdelens 14 regioner, inkludert hele Finnmark fylke. I Tromsøregionen hadde en stor majoritet private næringsdriftsavtaler etter hovedmodellen.

En studie har avdekket betydelige kjønnsforskjeller i inntektssystem-preferansene blant unge leger, gitt at de skal jobbe som fastleger med fritt valg av inntektssystem (6). De unge kvinnelige legerne, som i fremtiden vil utgjøre majoriteten av de nye fastlegene, har en sterkere preferanse for fast lønn enn de unge mannlige legerne. En relativt liten andel blant de unge kvinnelige legerne har preferanse for dagens inntektssystem i privat næringsdrift. Et eksperiment (7) viste at nær 20 prosent av unge leger ville foretrekke en fastlegejobb i distrikt framfor i en by, hvis de kunne sikres arbeidsforhold hvor muligheten til å kontrollere arbeidstiden var *svært god*, mulighet for faglig utvikling var *svært god*, praksisstørrelsen lå på mellom *tre og fem* leger og inntekten lå på nivå med *gjennomsnittlig lønn blant unge sykehusleger*. Alle de tre første forholdene måtte være til stede for å velge distrikt.

Oppsummering og videre lesning

Vi har pekt på at nøkkelen til å redusere rekrutteringsbehovet er å øke stabiliteten blant fastlegene, da det ikke er «forgubbing» men turnover blant yngre leger som er den store utfordringen i fastlegetjenesten i Nord-Norge. Videre er det viktig å sikre gode spesialiseringssløp i allmennmedisin som er gjennomførbare også for

fastleger bosatt langt fra sykehus, ta hensyn til både listelengde, legevaktarbeid og annet allmennlegearbeid når arbeidsbelastning vurderes og stillinger utformes, utvikle modellen med å gi medisinstudentene praktisk erfaring fra arbeid lokalisert utenfor campus, og tilby alternative driftsformer for nye fastleger.

Studien som ligger til grunn for denne artikkelen er basert på data fra offentlig statistikk og nettsider, i tillegg til reanalyse av allerede innsamlet data fra andre studier ved NSDM. For detaljer som gjelder metoder og data, og for en mer utførlig presentasjon av resultatene, henviser vi til rapporten som denne artikkelen er basert på (8).

REFERANSER

1. Min fastlege. Data per 16. og 17.10.2017 <https://minhelse.helsenorge.no/bytte-fastlege/>
2. Helsedirektoratet. Styringsdata for fastlegeordningen, 4. kvartal 2016.
3. Gaski M, Halvorsen P, Aaraas I, Aasland OG. Ut-danner Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet leger til å arbeide i distrikter? Tidsskrift for den norske legeforening. 2017. DOI: 10.4045/tidsskr.16.1024
4. Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Varighet av fastlegeavtaler. Tidsskrift for den norske legeforening. 2015; 135: 2045–9. DOI: 10.4045/tidsskr.15.0003
5. Legeforeningen 2017. Prosent av fastlegene med gyldig spesialistgodkjenning i allmennmedisin. Legeforeningens medlemsregister 2010–2017. DNLF 21.2.2017.
6. Abelsen B, Olsen JA. Young Doctors' Preferences for Remuneration Systems: The influence of gender and personality traits. Human Resources for Health, 2015, 13:69. doi:10.1186/s12960-015-0060-0
7. Holte JH, Kjaer T, Abelsen B, Olsen JA. The impact of pecuniary and non-pecuniary incentives for attracting young doctors to rural general practice. Social Science & Medicine. 2015b, 128, 1–9.
8. Gaski M, Abelsen B. Fastlegetjenesten i Nord-Norge. Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Mai, 2018. <https://www.nsdsm.no/wp-content/uploads/2018/05/Endelig-versjon-3-mai-2018-Rapport-om-fastlegetjenesten-i-Nord-Norge.pdf>

■ BIRGIT.ABELSEN@UIT.NO

