

SAMMENDRAG

Fastlegetjenesten i Nord-Norge

Formålet med denne studien har vært å tegne et bilde av hvordan fastlegetjenesten i Nord-Norge ser ut i kommuner og i regioner med hensyn til bemanning, organisering, driftsformer og avstandsutfordringer, og videre oppsummere krav og forventninger som nye leger har til fastlegejobben. Med bakgrunn i dette bildet peker vi på rekrutteringsutfordringen som fastlegetjenesten i Nord-Norge står ovenfor, og skisserer mulige tiltak som kan danne grunnlag for en videre diskusjon. Det er Helse Nord RHF som har tatt initiativ til studien. Bakgrunnen er en bekymring for fastlegetjenesten sett i relasjon til en stadig aldrende befolkning, som vil kreve økt tilgang på fastlegetjenester.

Metoder og datamateriale

Rapporten er basert på data fra offentlig statistikk og nettsider, i tillegg til reanalyse av allerede innsamlet data fra andre studier ved NSDM. Tre ulike typer inndelinger av de 87 kommunene i Nord-Norge er benyttet i rapportering og analyse av data: sentralitetsnivå, regioninndeling etter regionråd og lokalsykehusområde.

Dimensjonering av fastlegetjenesten

Det har i perioden 2010-2017 blitt relativt sett flere fastlegelister å fordele befolkningen på både i Nord-Norge og også i landet som helhet.

Stabilitetsforskjeller og turnover

Data fra de 13 første årene med fastlegeordning (vi har ikke tilgang på data fra de fire siste årene) viser betydelige stabilitetsforskjeller i fastlegetjenesten mellom Nord-Norge og landsgjennomsnittet (1.5.2001-1.5.2013). 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. Regionene med kortest median varighet av fastlegeavtaler var Vesterålen, Indre Finnmark og Midt-Troms. Lokalsykehusområdene som hadde lavest varighet av fastlegeavtaler var Vesterålen og Sandnessjøen. Samtidig økte den årlige utskiftningsandelen (turnoverandelen) blant fastleger i Nord-Norge fra 11,4 prosent i 2002 til 12,8 prosent i 2013, og lå på et høyere nivå enn utskiftningsandelen på landsbasis (som økte fra 6,4 prosent i 2002 til 7,3 prosent i 2013).

Eldre fastleger

15,4 prosent av fastlegene i Nord-Norge var 60 år eller eldre per 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 regioner hadde større andel fastleger 60 år eller eldre enn 21,6 prosent. Vi fant ingen klar sammenheng mellom andelen eldre fastleger og kommunenes sentralitet.

Spesialister i allmenntmedisin

48 prosent av fastlegene i Nord-Norge var per oktober 2017 spesialister i allmenntmedisin, mot 57 prosent på landsbasis. Forskjellen i spesialistandel mellom kvinner og menn var større i Nord-Norge enn på landsbasis; andelen kvinnelige spesialister i allmenntmedisin i Nord-Norge var 37 prosent (50 prosent på landsbasis) og kun 22 prosent i de minst sentrale kommunene. Andelen spesialister i allmenntmedisin var høyest i lokalsykehusområdene Rana, fulgt av Mosjøen og Tromsø. I kun fem kommuner, som alle er lite folkerike med en til tre fastleger, var alle fastlegene spesialister i allmenntmedisin.

Fastlegenes listelengde

Gjennomsnittlig fastlegelistelengde i Nord-Norge (834 per oktober 2017) var knapt 300 lavere enn landsgjennomsnittet. Mannlige fastleger hadde lengre lister enn kvinnelige fastleger, fastleger 60 år eller eldre hadde i gjennomsnitt lengre lister (909), og gjennomsnittlig listelengde var mye lengre jo mer sentral kommune. Gjennomsnittlig listelengden varierte mellom regionene; lengst i Tromsø- (1 042) og Bodøregionen (999).

Lister uten lege og vikarbruk

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

Data fra NSDMs spørreundersøkelser viser at antall ledige fastlegestillinger i Nord-Norge hadde økt fra 1.1.2015 til 1.1.2017 (fra 32 til 43 ledige stillinger). I 2015 var de fleste ledige stillingene i de minst sentrale kommunene, mens det i 2017 også var ledige stillinger i de mest sentrale kommunene.

Driftsformer

I Nord-Norge, som i landet forøvrig, er privat næringsdrift etter hovedmodellen den mest vanlige driftsformen. Fastlønnsavtaler er mer vanlig i takt med redusert sentralitet for kommunen. Per 1.1.2015 var det ikke noen private næringsdriftsavtaler etter hovedmodellen i Finnmark, Midt-Troms, Vesterålen og Sør-Helgeland. I Helgeland og Indre Finnmark var alle fastlegeavtalene basert på fast lønn. I Tromsøregionen hadde en stor majoritet private næringsdriftsavtaler etter hovedmodellen. I Ofoten, Indre-Helgeland, Bodø/Salten og Sør-Troms hadde også et flertall slike avtaler.

Andre allmennlegeoppgaver

Deltidsstilling for fastlegenes utførelse av andre allmennlegeoppgaver lønnes av kommunen, men registreringen av dette arbeidet er mangelfull og varierende. Resultatene viser imidlertid at legeårsverk per 10 000 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 minst sentrale kommunene hadde det høyeste årsverksomfanget og også størst variasjon. Det er grunn til å anta at deler av annet allmennlegearbeid 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. Når behovet for ytterligere rekruttering av fastleger til arbeid i sykehjem i årene som kommer vurderes, er det et poeng å ha i mente honoreringen av denne typen arbeid, som i dag er dårlig sammenlignet med kurativt arbeid.

Legevakt

For å få til levelige vaktordninger for legene 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. Per 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 nordnorske kommunene deltok 79 prosent av alle fastleger i legevaktordningen per 1.1.2017, mot 64 prosent på landsbasis. En 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 legene.

Avstand og reisetid til sykehus

Basert på viten om at pasienter i vertskommunene for sykehus bruker poliklinikk og dagbehandling mer enn andre pasienter, er det desto viktigere å ha på plass en god fastlegetjeneste på steder der det er lang avstand til sykehus. Dette gjelder alle kommunene i Indre Finnmark og Sør-Helgeland (henholdsvis minimum 2 timer og 38 minutter, og 3 timer og 17 minutter reisetid til sykehus). 15 enkeltkommuner spredt over flere regioner har minst 200 minutter (3 timer og 20 minutter) reisetid til nærmeste sykehus.

Legers krav og forventninger til fastlegejobben

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 UiT Norges arktiske universitet (UiT) har vært fremhevet som et unntak i europeisk sammenheng. Studier har vist at UiT-utdannede leger per 2013 bemannet 44 prosent av fastlegestillingene i Nord-Norge, men at disse fastlegene var sterkt sentralisert rundt utdanningsstedet Tromsø.

Studier som vi har gjennomgått, har avdekket betydelige kjønnsforskjeller i inntektssystempreferansene blant unge leger, gitt at de skal jobbe som fastleger med fritt valg av inntektssystem. De unge kvinnelige legene har en sterkere preferanse for fast lønn enn de unge mannlige legene, og en relativt liten andel blant de unge kvinnelige legene har preferanse for dagens inntektssystem i privat næringsdrift. Et eksperiment 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.

Rekrutteringsbehovet

Under ulike gitte forutsetninger har vi estimert et årlig rekrutteringsbehov 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. Med henholdsvis 5, 10 og 15 prosent reduksjon i listelengde, er rekrutteringsbehovet beregnet til 15, 31 og 48 nye fastleger, og vil hovedsakelig være i de mellomsentrale kommunene .

Mulige løsninger

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. Avslutningsvis har vi pekt på fem mulige tiltak som kan danne grunnlag for en videre diskusjon om hvordan rekrutteringsbehov for fastleger i Nord-Norge kan møtes i årene fremover.

Alternativ organisering av legetjenesten basert på pendling kan være en løsning på sviktende rekruttering og stabilisering, og vi har trukket frem to ulike ordninger hvor fastlegene pendler henholdsvis på dagtid til utekontor, eller pendler i form av Nordsjøturnus. Videre har vi trukket frem Nordkappmodellen som en langsiktig modell som fjerner vikarbehov, bygger opp fagkompetanse og innebærer mindre vaktbelastning.

Denne studien viser at spesialister i allmenntilleggsmedisin er et knapphetsgode, særlig i mindre sentrale kommuner. Nye kompetansekrav gjør spesialisering i allmenntilleggsmedisin så å si obligatorisk. Turnustjenesten som rekrutteringskilde for kommunene er endret. Ordningen er nå søknadsbasert. Dette innebærer en mulighet for kommunene, alene eller i samarbeid, til å sikre gode spesialiseringssløp i allmenntilleggsmedisin. Helseforetakene har tatt den førende rollen i ansettelsen. De bør sørge for gode og fleksible løsninger for å gjennomføre sykehusåret, som en obligatorisk del av spesialiseringen i allmenntilleggsmedisin.

Et tredje mulig tiltak gjelder mer effektiv koordinering mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten, gjennom at helseforetakene forbedrer sine systemer for utsending

av epikrise slik at disse sendes samtidig som pasienten skrives ut, og sparer fastlegen for unødvendig ekstra arbeid med å spore opp informasjon.

Et fjerde mulig tiltak er å ta grep om helheten i fastlegens arbeid når arbeidsbelastning vurderes og stillinger utformes. 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 som en del av helheten i fastlegearbeidet.

Til slutt peker vi på at et utdanningstiltak for å øke rekrutteringen av leger til distrikt vil være å fortsette satsingen med underavdelinger av medisinstudiet ved UiT Norges arktiske universitet lokalisert andre steder enn på campus i Tromsø, for å gi studentene praktisk erfaring fra arbeid på disse stedene.