

Kva bidreg til at fastlegar blir i distrikt?

■ VALBORG E. G. MARDAL • Legestudent ved Universitetet i Bergen

■ PER STENSLAND • Fylkeslege i Sogn og Fjordane og professor ved Universitetet i Bergen

Bakgrunn

Det er ei utfordring å rekruttere og stabilisere legar i distrikt. Ved inngangen av 2000-talet stod 20 prosent av legestillingane utanfor sjukehus ledige i Sogn og Fjordane (1). I 2011 var det totale omfanget av ustabilitet (vakans og vikar) 17 prosent, noko som representerte eit problem i fleire kommunar.

Nord-Noreg har lenge hatt dei same rekrutteringsproblema. I 1997 stod 28 prosent av legestillingane i primærhelsetenesta ledige (2).

Abelsen og Bæck (3) har vist at befolkninga si tilfredse med fastlegeordninga avheng av graden av stillingsstabilitet i kommunen. Ustabilitet går også ut over kommuneadministrasjon og fastlegar i kommunen, som stadig må forholde seg til nye samarbeidspartnarar.

Vi ønskte å undersøkje korleis nokre distriktskommunar slit med å få rekrutterte legar til å bli, medan andre har mindre problem. Vi ville også undersøkje kva for faktorar som særmerker dei to kommune-gruppene.

Metode og materiale

Med utgangspunkt i Helsedirektoratet sine Styringsdata for fastlegeordninga, vart kommunane i Sogn og Fjordane klassifisert som å ha stabil eller ustabil legeteneste etter ein etablert metode (3). Dei tre mest stabile og dei tre mest ustabile kommunane vart valde ut som kandidatar til å delta i undersøkinga. Undersøkinga vart gjort ved hjelp av spørreskjema. Dette vart sendt ut til alle fastlegane i dei seks deltakinge kommunane og til kommunane.

Totalt vart 29 fastlegar (25 prosent av fastlegane i fylket) inviterte til å delta i undersøkinga. Vi mottok svar frå 83 prosent av fastlegane i dei stabile kommunane og frå 77 prosent av fastlegane i dei ustabile kommunane. Svarprosenten frå kommuneadministrasjonen var 100 prosent.

Resultat

Legane

Kjønnsfordelinga av legane var lik i dei stabile og ustabile kommunane med om lag 60 prosent menn. Legane i stabile kommu-

nar var i gjennomsnitt 10 år eldre enn dei ustabile (47 vs 37 år) og var i større grad gifte/sambuarar (90 vs 77 prosent).

LEGANE SIN BAKGRUNN: Ein større andel av legane i dei stabile kommunane var oppvaksne i Sogn og Fjordane (50 prosent vs 31 prosent) og 80 prosent av dei var oppvaksne i kommunar med færre enn 10 000 innbyggjarar. Tilsvarande tal for legane i dei ustabile kommunane var 54 prosent. Langt fleire av legane i dei stabile kommunane hadde utført turnusteneste i Sogn og Fjordane (90 prosent vs 39 prosent).

UTDANNING OG STILLING: Dei stabile kommunane hadde fleire spesialistar i allmenntillegning enn dei ustabile kommunane (40 prosent vs 15 prosent). 90 prosent av legane i stabile kommunar var tilsette i fast stilling. Tilsvarande andel i dei ustabile kommunane var 69 prosent. Dei resterande legane var tilsette i vikariat. I gjennomsnitt hadde legevikarane vore tilsette i 0,2 år i dei stabile kommunane og i 0,8 år i dei ustabile. Tilsvarande tal for dei fast tilsette var 15,1 år i dei stabile og 6,5 år i dei ustabile kommunane.



STRASJONSFOTO COLOURBOX

FAMILIE OG TILKNYTING: I dei stabile kommunane oppgav 80 prosent av fastlegane at familie i nærleiken og 40 prosent at tilknytning til kommunen/fylket var viktig for at dei skulle bli verande. Høvesvis 53 prosent og 8 prosent av fastlegane i dei ustabile kommunane svarte det same.

SLUTTEPLANAR: I dei stabile kommunane svarte 50 prosent at dei ikkje hadde planar om å slutte i stillinga. Tilsvarende andel var 54 prosent av fastlegane i dei ustabile kommunane.

LEGEVAKT: Vidare meinte fastlegane i dei stabile kommunane at legevaksordninga hadde høgare betyding for trivsel enn fastlegane i dei ustabile kommunane (60 prosent vs 46 prosent).

KOMMUNESAMARBEID: 80 prosent av fastlegane i dei stabile kommunane var heilt einig eller einig i at legane hadde eit godt samarbeid med kommunen om løysing av medisinske oppgåver. I dei ustabile kommunane var 31 prosent av legane einige i påstanden.

60 prosent av fastlegane i dei stabile kommunane sa seg einig i påstanden om at legane hadde eit godt samarbeid med kommunen om legane sine arbeidsvilkår. I dei ustabile kommunane svarte 23 prosent av fastlegane at dei var einige.

Kommunane

I to av dei tre stabile kommunane i undersøkinga var vaktbelastninga meir enn 10-delt. I den tredje kommunen var den 3-4-delt. I alle dei ustabile kommunane var vaktbelastninga meir enn 10-delt.

Det var ikkje skilnad på praksisstorleik i stabile og ustabile kommunar. Dei ustabile kommunane hadde brukt til saman 27 vikarar dei siste to åra.

På spørsmål om kva grad kommunen syntest det var krevjande å sikre stabilitet i fastlegestillingane svarte ein av dei ustabile kommunane at det var ganske krevjande, medan dei andre to kommunane svarte at det var svært krevjande.

TILTAK FOR Å REKRUTTERE OG STABILISERE LEGAR: Dei stabile kommunane hadde sett i verk få eller ingen tiltak for å rekruttere legar eller halde på dei tilsette legane. Dei la ikkje til rette for legane si faglege oppdatering, med unntak av éin kommune. Alle dei stabile kommunane la likevel til rette for at legane kunne spesialisere seg i allmennmedisin eller samfunnsmedisin.

Dei ustabile kommunane hadde heller ikkje sett aktivt i verk tiltak for å rekruttere eller stabilisere legar, med unntak av éin kommune, som hadde sett i verk fleire tiltak. Denne kommunen la også til rette for legane si faglege oppdatering samt for spesialisering.

LEGESAMARBEID: Både dei stabile og dei ustabile kommunane hadde rutinar for samarbeid med legane om medisinske oppgåver og om arbeidstilhøva til fastlegane.

Alle dei stabile kommunane svarte seg heilt einig eller einig i påstandane om at kommunen hadde eit godt samarbeid med legane om løysing av medisinske oppgåver og om legane sine arbeidsvilkår. To av dei ustabile kommunane svarte positivt på påstandane.

Diskusjon

Fastlegane sin bakgrunn og utdanning

Legane i dei stabile kommunane er eldre og betre utdanna, og dei er i større grad oppvaksne i perifere strøk. Undersøkinga indikerer at rekrutterte legar sin oppvekstbakgrunn er av betydning for legestabiliteten i kommunen. Legane i dei stabile kommunane graderer faktorane «familie bur i nærleiken» og «tilknytning til fylket» høgare enn legane i dei ustabile kommunane. Dette stemmer overeins med Helberg (4) og Wilson (5) som begge fann at tilhøyre til distrikt kan vere ein bidragande faktor for stabilitet av legar. I 2003 kartla Helberg karriereplanane til medisinstudentar i Tromsø (4) og fann stort samsvar mellom kvar studentane kom frå, kvar dei ynskte å jobbe og kvar dei tok seg jobb etter end utdanning. Etter end utdanning var 75 prosent av dei nyutdanna legane som kom frå Nord-Noreg tilsette i same region.

Ein omfattande litteraturstudie av 110 rekrutteringsstudiar gjort av Wilson og medarbeidarar (5) konkluderte at dei viktigaste tiltaka for rekruttering og stabilisering av helsepersonell til utkantsstrok var å utdanne ungdom som kom frå landsdelen, og å utdanne dei utafor sjukehus. Kanadiske forskarar (6) har følgd allmennlegegrupper som har hatt store delar av turnus- og vidareutdanninga i distrikt og samanlikna med dei som ikkje hadde hatt det. To år etter studiet var sannsyn for å ta jobb i distrikt 15 gongar større for dei med desentralisert utdanning.

Undersøkinga stadfestar at ein høgare andel av legane i dei stabile kommunane har hatt turnusteneste i fylket. Ei spørjeundersøking blant kommunelegane i Sogn og Fjordane i 2004 viste at over 60 prosent av dei som fortsatt var tilsett, hadde vore i fylket som turnuskandidatar eller assistentlegar (7).

Fastlegane sine arbeidstilhøve

Det er ikkje overraskande at ein større andel av fastlegane i stabile kommunar er tilsette i fast stilling, samt at dei har vore til-

sette lenger. Men vi finn også at nokre ustabile kommunar har ein kjerne av stabile legar, medan det er ein andel av legane som hyppig vert skifta ut.

I dei ustabile kommunane har vikarane vore tilsett fire gongar lenger enn i dei stabile kommunane. Dette indikerer at dei to kommunegruppene brukar vikarar på ulike måtar.

Undersøkinga viser at ein høg andel av legane i dei ustabile kommunane ikkje har planar om å slutte i stillinga. Dette kan indikere at kommunane er i ferd med å bli stabile, men det kan også indikere at legar som kjem til kommunen har tankar om å bli verande, men forlét stillinga tidlegare enn planlagt.

Denne undersøkinga indikerer at interkommunalt legevaksamarbeid ikkje er så avgjerande for stabilitet som ein har antatt. Sjølv om vaktordninga ikkje er belastande i dei ustabile kommunane, har dei likevel ustabile legar. Vi finn også at legane i desse kommunane graderer faktoren «legevaksordning» som lågare av betydning for å bli verande enn legane i dei stabile kommunane. Det styrker indikasjonen om at vaktbelastninga ikkje er avgjerande for stabiliteten.

Straume og Shaw viste at kommunale tiltak for rekruttering og stabilisering hadde effekt (8). Frå 1999 til 2004 fall andelen av ledige legestillingar i primærhelsetenesta i Finnmark frå 16 prosent til 8 prosent. Eit av tiltaka var at turnuslegane i Finnmark fekk tilbod om rettleiingsgrupper der dei kunne diskutere utfordringar og potensielle løysingar. Vidare fekk legane som vart tilsette i fylket etter end turnus høve til å spesialisere seg innan allmennmedisin og samfunnsmedisin utan å måtte forlate fylket.

Fastlegane og kommunen

Undersøkinga viser at både dei stabile og dei ustabile kommunane har eit samarbeid med fastlegane. Likevel er fastlegane i dei stabile kommunane i større grad nøgde medan legane i dei ustabile kommunane i større grad er misnøgde med samarbeidet. Vi finn det interessant at dei ustabile kommunane sjølve meiner at dei har eit godt samarbeid med fastlegane.

Også Abelsen og Bæck fann skilnad i korleis legar i stabile og ustabile kommunar vurderte samarbeidsklimaet mellom legetenesta og kommuneleiinga (3). Medan to av tre fastlegar i dei ustabile kommunane var misfornøgd eller svært misfornøgd med samarbeidsklimaet, var tilsvarende andel i dei stabile kommunane ein av fire. Vidare fann dei at samarbeidsklimaet var eit viktig forhold for fastlegar som hadde konkrete planar om å slutte i stillinga.

Kommunane

I begge kommunegruppene fins det geografisk små og store kommunar, kommunar med perifer og sentral lokalisering i fylket, samt kommunar med lave og relativt høge innbyggjartal. Dette indikerer at størelsen på kommunen og talet på fastlegeheimlar ikkje er avgjerande for stabilitet i legestillingane. Det tydar også på at avstanden til spesialisthelsetenesta ikkje er avgjerande for legestabiliteten.

Ein av dei ustabile kommunane har sett i verk ei rekkje tiltak for å rekruttere og stabilisere legane. Kommunen har gode samarbeidsvaner med legane. Den legg godt til rette for deira faglege oppdatering, samt for at legane skal kunne spesialisere seg. Likevel er dette ein kommune som har store problem med å stabilisere legane.

Konklusjon

- Aldrande legar i dei stabile kommunane kan føre til at kommunen om nokre år blir ustabil. Når fleire av legane blir over 55 år og får vaktfritak, vil det føre til større belastning på dei yngre legane. Det kan bidra til ustabilitet.
- Ut i frå våre funn bør ustabile kommunar sjå til at lokale ungdomar blir legar, samt rekruttere legar med lokal tilknytning.

- Vi finn indikasjon på at legane i dei ustabile kommunane forlèt stillinga tidlegare en planlagt. Dette kan bety at det er faktorar i kommunen som bidreg til ustabilitet blant legane.
- Turnustenenesta er fylket si viktigaste rekrutteringskjelde til legar. Undersøkinga indikerer at den også verkar stabiliserande på legane.
- Det er færre spesialistar i allmenntillegning i dei ustabile kommunane. Dette kan dei utnytte som eit tiltak for stabilisering. Dersom kommunane legg godt til rette for å kunne utføre spesialistutdanning i kommunen/fylket, vil det kunne bidra til at legane blir verande lenger.
- Vi finn indikasjon på at godt samarbeid mellom kommune og fastlegar verkar stabiliserande. Men vi finn også at kommunar oppfatar at samarbeidet er godt når legane oppfatar det som dårleg. Vi vil tilrå kommunane å skaffe seg meir kunnskap om kva for samarbeid legane ynskjer å ha med kommunen, samt å møte desse ynskja så godt det let seg gjere.

Takk til Nasjonalt senter for distriktsmedisin for økonomisk støtte gjennom Program for distriktsmedisinsk fagutvikling og forskning.

REFERANSER

1. Stensland P, Andersen J. Rekruttering og stabilisering av legar utafor sjukehus 2000–2013. Fylkesmannen i Sogn og Fjordane. Helse-, omsorgs- og barnevernmelding, 2013.
2. Andersen F, Forsdahl A. Kommunelegetjenesten i Nord-Norge 1995–97. [Primary care physicians in Northern Norway 1995–97]. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1296–8.
3. Abelsen B, Bæck UDK. Lav stillingsstabilitet som utfordring for fastlegeordningen i Finnmark og Nord-Trøndelag. Rapport nr. 6/2005. Alta: Norut Alta, 2005.
4. Helberg NG, Hasvold T. Karriereønsker blant studenter i Tromsø. Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 2126–8.
5. Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to address the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. Rural and Remote Health 9 (online), 2009: 1060
6. Jamieson JL, Kernahan J, Calam B, Sivertz (the late) KS. One program, multiple training sites: does site of family medicine training influence professional practice location? Rural and Remote Health 13: 2496. (Online) 2013.
7. Larsen, R. A. Rapport fra undersøkelse blant kommuneleger i Sogn og Fjordane. Høgskulen i Sogn og Fjordane, avdeling for helsefag, 2004.
8. Straume K. & Shaw DMP. Effective physician retention strategies in Norway's northernmost county. Bull World Health Organ 88: 390 (2010).

■ VALBORG.E.G.MARDAL@GMAIL.COM

Kurs & konferanser 2014

MERITTERENDE KURS FOR LEGER

Kurs 2014	Tema	Sted	Påmeld.frist
7. mai	Balansetrening og fallforebygging	Oslo	Ta kontakt
3. sept.	Konferanse – Demensteam (2 dager)	Molde	20. juni
11. sept.	Psykiske lidelser i eldre år	Haugesund	20. juni
15. sept.	Alderspsykiatri i praksis (2 dager)	Oslo	23. juni
8. okt.	Utredning av demens i kommunehelsetjenesten	Trondheim	2. sept.
9. okt.	Etablering og organisering av demensteam	Trondheim	2. sept.
14. okt.	Rus og legemiddelavhengighet hos eldre	Trondheim	8. sept.
28. okt.	Kognitiv svikt og demens hos personer med innvandrerbakgrunn	Oslo	22. sept.
29. okt.	Tilrettelagte tilbud til yngre personer med demens og deres pårørende	Oslo	23. sept.
12. nov.	Psykiske lidelser i eldre år	Tromsø	7. okt.
2. des.	Demensdagene 2014 (2 dager)	Oslo	3. nov.

Følg med på vår hjemmeside – der finnes fullstendig kursoversikt, samt invitasjoner med program og lenke for påmelding som legges ut fortløpende.