

# Legemangelen i distriktene – nordnorske funn, nasjonale utfordringer

**Rekrutteringen til allmennlegetjenesten i Nord-Norge har sviktet i de senere årene. Vi har tidligere vist at dette har ført til økt bruk av vikarer, mest uttalt i kommuner med under 4 000 innbyggere. Men hva skiller distriktskommuner med stabil og distriktskommuner med ustabil legetjeneste?**

Et spørreskjema med spørsmål om oppbygging og organisering av legetjenesten og forhold i kommunen som kunne ha innflytelse på legens faglige og sosiale nettverk ble sendt til kommunelege I i alle 89 kommuner i Nord-Norge.

Det inngår 62 svar i studien. Ikke alle forventede faktorer gav klart utslag. Kommunene med ustabil legetjeneste har lengst avstand til sykehus. Legene her opplevde størst arbeidsbelastning og størst grad av faglig isolasjon.

Det syntes å være en kombinasjon av en rekke faktorer vedrørende struktur og organisering av legetjenesten som gjorde at det var dårlig rekruttering i noen kommuner. Omorganiseringstiltak antas å kunne medføre vesentlige forbedringer for livs- og arbeidssituasjonen for kommuneleger i småkommuner – ikke bare i Nord-Norge, men også nasjonalt.

Rekrutteringen til allmennlegetjenesten har sviktet i de senere år. Denne utviklingen har fått størst konsekvenser i utkantkommunene, der sårbarheten ved få stillingshjempler i isolerte småkommuner er størst. Etter hvert som den sviktende rekrutteringen også har gjort seg gjeldende i større kommuner og i sentrale strøk, kan vi snakke om en dyptgripende trend med konsekvenser ikke bare for primærhelsetjenesten, men også for annenlinjetjenesten, som i sin funksjon er avhengig av en velfungerende primærhelsetjeneste.

Kartlegginger har vist at trivsel, flyttemønster, lønn, arbeidsbelastning og faglig isolasjon er av betydning for rekrutteringsvikten (1–4), men vår forståelse av årsakene til denne utviklingen i vårt land er fortsatt mangelfull.

Vi har tidligere dokumentert bruken av korttidsvikarer i legetjenesten i kommunene i Nord-Norge (5). Målsettingen med denne artikkelen var å belyse og sammenlikne legenes arbeidsforhold i ulike kommune-

---

**Fred Andersen**

*frea@online.no*

Steigen kommunelegekontor  
8285 Leines

**Anders Forsdahl**

Institutt for samfunnsmedisin  
Universitetet i Tromsø  
9037 Tromsø

**Odd Herder**

Fylkeslegen i Nordland  
Moloveien 10  
8002 Bodø

**Ivar J. Aaraas**

Institutt for samfunnsmedisin  
Universitetet i Tromsø  
9037 Tromsø

---

Andersen F, Forsdahl A, Herder O, Aaraas IJ.

**Lack of doctors in rural districts – the situation in Northern Norway.**

*Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2732–5.*

*Background.* Recruitment of general practitioners to Northern Norway has failed during the last few years, especially in municipalities with a population of less than 4,000, though some small municipalities have maintained a stable medical service. What are the differences between municipalities with stable and unstable services?

*Material and methods.* A questionnaire was mailed to the medical officers of the 89 municipalities in Northern Norway, with questions on the structure and organisation of the medical service, and factors influencing doctors' professional life and quality of life in general.

*Results.* Answers from 62 municipalities were included. Municipalities with unstable services had longer distances to the nearest hospital, and doctors in these municipalities reported heavier work-load and professional isolation.

*Interpretation.* A combination of factors concerning the structure and organisation of the primary health care seem to cause the increased difficulties in the unstable communities, hence they should have a potential for improvement.

---

☞ Se også side 2680

grupper. Vi ønsket å se om det var en sammenheng mellom strukturen i helsetjenesten i kommunene og stabiliteten i legetjenesten. Hva kan årsaken være til at enkelte kommuner hadde en god og stabil legedekning selv i år med legemangel, mens andre i årevis har slitt med å rekruttere faste leger? Ligger problemene i kommunenes oppbygging og organisering av tjenesten eller var det andre tungtveiende årsaker til at legene dro?

Vår hypotese var at det måtte finnes påvisbare forskjeller i strukturen rundt legetje-

nesten i de kommunene som hadde størst stabilitet og minst bruk av korttidsvikarer, sammenliknet med kommuner med stor ustabilitet og høy vikarbruk.

## Metode

Som en oppfølging av undersøkelsen om bruken av korttidsvikarer i kommunelegetjenesten i årene 1995–97 (5) ble det i 1999 sendt ut et spørreskjema til kommunelege I i Nord-Norges 89 kommuner. Det ble foretatt en puring per telefon, hvor det også ble innhentet tilleggsopplysninger omkring enkelte ufullstendig utfylte data.

Skjemaene inneholdt spørsmål om oppbygging og organisering av legetjenesten og forhold i kommunen som kunne ha innflytelse på legens faglige og sosiale nettverk. Svarene var dels dikotome og dels rangordnede variabler med avkrysning på en skala fra 1 til 3, der 1 var best. Resultatene ble analysert i Epi Info 6 og ble koblet sammen med resultatene fra undersøkelsen om bruken av korttidsvikarer (5). I tillegg ble respondentene bedt om å beskrive positive og negative sider ved kommunelegetjenesten i sin kommune i en fritekstfeld. Fritekstfeldet danner grunnlag for den kvalitative analysen i undersøkelsen.

I undersøkelsen fra 1995–97 så vi på bruk av korttidsvikarer og ledighet i faste stillinger i forhold til folketallet i kommunene. Korttidsvikar ble definert som legevikar med tjenestetid på tre måneder eller mindre. Det viste seg å være markerte forskjeller mellom kommuner med under og kommuner med over 3 000–4 000 innbyggere. Vi beregnet et forholdstall, kalt vikarindeks: antall korttidsvikarer per stillingshjemmel per år. Mens de store kommunene, de med over 4 000 innbyggere, hadde en lav og stabil vikarindeks, hadde de små kommunene gjennomsnittlig høye og varierende vikarindekser, men det var også små kommuner med stabile og lave tall. På den bakgrunn er kommunene i undersøkelsen delt i tre grupper:

– *Kommunegruppe I:* Over 4 000 innbyggere

– *Kommunegruppe IIa:* Under 4 000 innbyggere og vikarindeks mindre enn 1 (stabile kommuner)

– *Kommunegruppe IIb:* Under 4 000 innbyggere, vikarindeks lik eller større enn 1 (ustabile kommuner)

Vi har til slutt sett på om flyttemønstret i befolkningen (6) i de tre kommunegruppene samvarierte med stabiliteten i legedekningen.

**Tabell 1** Faktorer av antatt betydning for legetjenesten etter kommune grupper i Nord-Norge 1999. Kommune gruppe I er kommuner med flere enn 4 000 innbyggere. Gruppe IIa er kommuner med færre enn 4 000 innbyggere og vikarindeks under 1. Gruppe IIb er kommuner med færre enn 4 000 innbyggere og vikarindeks over 1. Vikarindeks er antall korttids legevikarer per stillingshjemmel per år

Kommune-gruppe	Antall respon-denter	Vikar-indeks	Stillings-hjemler	Innbyggere per stillings-hjemmel	Fast lønn (%)	Utdanningssted			Avstand til sykehus (km)	Tjenestetid for kom-munelege I (median) (år)
						Universitetet i Tromsø (%)	Annet norsk (%)	Uten-landsk (%)		
I	17	0,79	136	1 218	63	23,5	53	23,5	70	16,5
IIa	21	0,26	49	795	91	19	19	62	75	5,8
IIb	24	3,14	55	876	91	4	33	63	147	2,8

## Resultater

Det kom svar fra 65 kommuner (73 %). Av disse hadde 62 (95 %) også besvart undersøkelsen om korttidsvikarer (5). Svarene fra disse 62 kommunene inngår i undersøkelsen. De største kommunene, Tromsø, Harstad, Narvik og Bodø, er ikke med. Antall kommuner fordelt på de tre kommune-gruppene fremgår av tabell 1.

Tabell 1 viser også de variablene som tydelig skilte mellom kommune-gruppene. De større kommunene hadde minst avstand i kilometer vei til sykehus. I de stabile kommunene var median for avstanden til sykehus 75 km, mot 147 km i de ustabile. I de større kommunene var kommunelege Is tjenestetid 16,5 år i medianverdi, mot 5,8 år i stabile og 2,8 år i ustabile kommuner. I de større kommunene var 24 % av kommunelege I utdannet ved utenlandske universiteter, mot 62–63 % i de små kommunene, men undersøkelsen skilte ikke mellom norske og utenlandske leger. I de større kommunene var 24 % utdannet i Tromsø, mot 19 % i de stabile og bare 4 % (én lege) i de ustabile kommunene. Det var ingen forskjell i avlønningssystem (fastlønn versus driftstilskudd) mellom stabile og ustabile kommuner. Fastlønnssystemet dominerte i begge tilfeller.

Tabell 2 viser kommunelege Is beskrivelse av strukturelle forhold ved kommunehelsetjenesten, etter kommune-gruppe. Det var minimal forskjell i folketall mellom stabile og ustabile kommuner. Det var også en samvariasjon mellom stabiliteten i legetjenesten og helsesøstertjenesten i de tre kommune-gruppene. Ambulansenes ledsagertjeneste var markert dårligere i de ustabile kommunene. Ingen større kommuner i undersøkelsen hadde fergesamband i transportlinjen mot sykehus, mens det var liten forskjell på denne variabelen mellom de stabile og de ustabile småkommunene. Det var færre kommuner med legeskyssbåt blant de stabile enn blant de ustabile kommunene. Det var en betydelig, men lik forekomst av utekontorer i alle kommune-gruppene. Tilgangen på hjelpepersonell ved utekontorene var noe bedre i de større kommunene enn i de små kommunene. Det var liten forskjell i bruk av datajournal mellom gruppene. Tilfredsheten

med lønnsforholdene var god og størst i de ustabile kommunene (83 %). Derimot var tilfredsheten med boligforholdene jevnt over lav, og lavest i de ustabile kommunene (17 %). Øremerkede barnehageplasser forekom hyppigst i de større kommunene. De ustabile kommunene var noe bedre enn de stabile kommunene på barnehageplasser. Det var ingen klar forskjell mellom gruppene når det gjaldt kommunelege Is tilfredshet med sin plassering i kommunens administrative system. Småkommunene er fraflyttingskommuner, men de stabile kommunene hadde større fraflytting enn de ustabile (tab 2). Forskjellen er ikke stor, men er et gjennomgående trekk i sammenlikningen mellom de to gruppene.

I tabell 3 er det foretatt en oppsummering av fritekstsvarene. Fritekstdelen er inndelt i sju variabler basert på utsagn fra kommunelege I. Antall positive og antall negative utsagn knyttet til de ulike variablene er telt opp for hver kommune-gruppe. Det var relativt få utsagn om lønn, kommuneøkonomi og natur. Likevel var det noen positive utsagn om natur i de ustabile kommunene. På den annen side var det knyttet negative utsagn til at vikarer tilbys bedre lønnsbetingelser enn de faste legene. I begge gruppene småkommuner var det mange positive utsagn knyttet til oversiktighet, mens det bare var ett slikt utsagn fra legene i de større kommunene. Alle de tre kommune-gruppene kom temmelig likt ut på trivsel, der det var en klar over-

vekt av positive utsagn. For arbeidsbelastning dominerte de negative utsagnene stort i alle tre gruppene, men med mange flere negative utsagn fra legene i de ustabile kommunene. Vedrørende arbeidsmiljø dominerte de positive utsagnene i de større kommunene, mens det var mer balanse mellom positive og negative utsagn i de små kommunene. Likevel var det en liten overvekt av positive utsagn i de stabile og en tilsvarende overvekt av negative utsagn i de ustabile kommunene.

Tabell 4 illustrerer eksempler på utsagn fra de ulike kommune-gruppene.

## Diskusjon

Et hovedfunn i denne undersøkelsen var den klare forskjellen mellom større (mer sentrale) og mindre (mer perifere) distriktskommuner når det gjelder stabilitet i legetjenesten. Funnene indikerer at utviklingen delvis er et resultat av forhold kommunene ikke kan påvirke. Både nasjonalt og internasjonalt er det økende urbanisering og sentralisering. Sammen med geografiske og økonomiske rammer er dette de gitte betingelsene distriktshelsetjenesten må legge til grunn for sin utvikling. Dette faller i tid sammen med en teknologisk utvikling som rammer konkurranseutsatte tjenester som post, bank og forsikring i utkantene. Det skal lite til for at dette blir en selvforsterkende negativ prosess som genererer ytterligere fraflytting og sentralisering.

**Tabell 2** Demografiske og strukturelle faktorer av betydning for legetjenesten etter kommune-grupper

	Kommune-gruppe		
	I	IIa	IIb
Folketallet per 1.1. 1998	9 745	2 165	2 008
Befolkningsendring 1.1. 1990–31.12. 1999	+0,04 %	–10,4 %	–6,2 %
Tilfredshet med bolig	29 %	30 %	17 %
Byggeår nyeste bolig	1982	1980	1978
Stabil helsesøstertjeneste 1–3 (1 er best)	1,06	1,24	1,63
Tilfredshet med ledsagertjenesten	63 %	71 %	38 %
Vanligvis turnuslege	94 %	62 %	50 %
Vanligvis student i veiledning	88 %	48 %	42 %

**Tabell 3** Oppsummering av positive og negative forhold i kommunene basert på kommunelege Is utsagn i fritekst

Utgangsvariabler	Kommunegruppe I		Kommunegruppe IIa		Kommunegruppe IIb	
	Positiv	Negativ	Positiv	Negativ	Positiv	Negativ
Oversiktlig	1		14	1	13	
Lønn	1	1	2	2	4	3
Natur			2		5	
Trivsel	10	1	9	2	9	2
Arbeidsbelastning	1	13	5	14	5	33
Kommuneøkonomi		1				2
Arbeidsmiljø	23	4	18	15	13	16

### Sosial og faglig isolasjon

Undersøkelsen viste også at kommuner med færre enn 4 000 innbyggere var ulike. Små kommuner med lengst avstand til sykehus hadde minst legestabilitet.

Distriktslegenes æra er over, ikke bare faktisk juridisk, men også holdningene til de utfordringene i tjenesten som stilte store krav til selvstendighet og i noen grad til en uegennyttig innsats. Følelsen av faglig isolasjon og stor avstand til de samarbeidende fagmiljøene er faktorer som trolig må tillegges økende vekt.

Kompetanseoppbygging, både innen egen profesjon og tverrfaglig, kan skape synergistiske fagmiljøer, som igjen kan tiltrekke seg ny kompetanse (7), mens faglig isolasjon og et utarmet faglig nettverk ikke har noen rekrutterende effekt. Dette er utfordringer som må finne sin løsning i det fremtidige rekrutteringsarbeidet.

### Lønn og arbeidsmiljø

Vi hadde ventet at lønn, kontorforhold og forhold ved den kommunale administrasjonen skulle gi seg klarere utslag. Det viste seg at disse forholdene ble vurdert likt i de tre kommunegruppene. I tillegg var det ingen forskjell mellom fast lønn og driftstilskudd i de mindre kommunegruppene, mens driftstilskudd, som ventet, var hyppigere i de større kommunene. Noen respondenter gav uttrykk for frustrasjon over at vikarer får bedre lønnsbetingelser enn de faste legene. Dette betrakter vi som et viktig poeng. En del statlige stimuleringsstiltak kan ha virket destabiliserende ved at det tilbys bedre lønns- og ansettelsesbetingelser til vikarer og nyansatte enn til de legene som er i kommunen fra før.

Fritekstanalysen viste at det var visse forskjeller mellom kommunegruppene når det gjaldt hvordan legene opplevde arbeidsbe-

lastning og arbeidsmiljø. Stor arbeidsbelastning ble opplevd som et problem av de fleste respondentene, men dette ble klart uttrykt av kommunelege I i de ustabile kommunene. Den store arbeidsbelastningen var trolig et resultat av lav legedekning og hyppige vakter i små vakt-distrikter med stor avstand til sykehus. Når ledsagertjenesten samtidig ble opplevd som dårligst i kommunegruppe IIb, er det rimelig å anta et forsterket stress ved å ha vakt. Uten mulighet til å søke støtte hos annet fagpersonell under vakt kan legen selv bli nødt til å følge pasienten til sykehus i akutt-situasjoner. I de ustabile kommunene fantes også oftere problemer knyttet til strukturelle forhold som helsesøstertjeneste, bolig, turnusplass og utplassert medisinstudent.

### Samfunnsmedisinske oppgaver

Det syntes å være et gjennomgående trekk at faktorer av samfunnsmedisinsk betydning som vektlegges av kommunelege I i større kommuner både på den positive og den negative siden, sjelden ble berørt av kommunelege I i de ustabile kommunene. Dette kan være uttrykk for at kommunelege I i større kommuner hadde større samfunnsmedisinsk erfaring enn i de ustabile kommunene, men svarene kan også være et uttrykk for at arbeidsbelastningen var så stor i mange ustabile kommuner at det ikke fantes rom for arbeid med de samfunnsmedisinske oppgavene. I småkommuner var det leger med utdanning fra utlandet som dominerte i kommunelege I-stillingene. Det var dermed ikke leger med norsk grunnutdanning i samfunnsmedisin som stod for det samfunnsmedisinske arbeidet og annet offentlig legearbeid i de små kommunene i Nord-Norge.

**Tabell 4** Fritekstutsagn typiske for de tre kommunegruppene

	Positive	Negative
Kommunegruppe I	Stabile og faglig dyktige medarbeidere God kontakt med administrasjon og politikere Mange spennende utfordringer og godt samarbeid med andre Regulert arbeidstid Stabil legedekning	For mye papirarbeid og byråkrati Politisk og administrativ likegyldighet For dårlig fastlønn Usikkerhet mht. fastlege-reformen
Kommunegruppe IIa	Stabil bemanning som gir gode arbeidsbetingelser God lønn og Nord-Norge-permisjon Vakker natur og rolig tempo Stor faglig frihet	Fraflytting Økende byråkrati som kveler faglig frihet Dårlig kommuneøkonomi Hyppige vakter og faglig isolasjon
Kommunegruppe IIb	Passe stor kommune Fin natur God lønn Interessant arbeid Godt samarbeid	Enorm vaktbelastning og vanskelig å få stillingene besatt Alene og vanskelig å slippe fra For mye bundet Kun en av tre stillinger besatt Ensomt Mye overtid og ugjort kommunelege I-arbeid

### Demografiske forhold og rekruttering

Vi fant et inverst forhold mellom stabiliteten i legetjenesten og flyttemønstret i tiårsperioden 1990–99 (tab 2). Fraflyttingen i perioden hadde vært større i de stabile enn i de ustabile kommunene. Dette kan ha sammenheng med at den mest mobile delen av befolkningen allerede var flyttet og at det igjen var etablert en viss befolkningsmessig stabilitet i de stabile kommunene på det tidspunktet vår undersøkelse ble gjennomført.

Tidligere undersøkelser fra Tromsø (8, 9) har vist at rekruttering fra en lokalbefolkning til legeutdanning gav økt stabilitet i legetjenesten i de samme områdene. Vår undersøkelse viste at det var større andel kommunelege I med utdanning fra Tromsø i stabile enn i ustabile kommuner. Dette kan ha sammenheng med at Tromsø-legene gjennom sin utplassering i distriktskommunene i studietiden har høstet positive erfaringer med de stabile kommunene. Fra de ustabile kommunene har de kanskje negativ erfaring eller de har ikke hatt tjeneste der fordi disse kommunene ikke har hatt kvalifiserte leger for undervisning og veiledning.

### Muligheter for endring

De utfordringer distriktshelsetjenesten står overfor, må løses innenfor de gitte rammebetingelsene. De mest sentrale utviklings-trekkene i samfunnet er i liten grad gjenstand for endring. Undersøkelsen viste likevel at de ustabile kommunene ideelt sett ved strukturelle endringer har et potensial for forbedring av sin helsetjeneste på flere områder. Spørsmålet er om kommunenes prioritering av ressursene er hensiktsmessig og om de har nødvendig administrativ og medisinsk-faglig kompetanse for omstilling.

I denne undersøkelsen har vi belyst en del faktorer som kan ha betydning for rekruttering av leger i distriktene. Mangel på faglig nettverk og faglig isolasjon var, sammen med stor arbeidsbelastning, av sentral betydning. Dette kan tenkes endret ved å skape større enheter og en viss sentralisering av tjenestene på lokalplan, gjerne ved et samarbeid på tvers av kommunegrensene (10, 11). Riktig organisert kan dette tenkes å gi en mer kostnadseffektiv drift for kommunene. Et interkommunalt samarbeid bør også omfatte legevakt. Det er kanskje den mest effektive måten å redusere legenes vakt- og arbeidsbelastning i utkantene på. Evaluering av Nord-Salten legevakt etter 15 måneders drift viser nettopp en slik utvikling (12). Fastlegereformen åpner muligheten for lister og samarbeid på tvers av kommunegrensene. Interkommunalt samarbeid om de samfunnsmedisinske oppgavene og felles kommunelege I for flere nabokommuner er tiltak som er under utprøving flere steder. Slike interkommunale løsninger under ledelse av en erfaren kommunelege I ansees som nødvendig for å styrke det samfunnsmedisinske arbeidet i flere av småkommunene. I Ressurskommuneprosjektet, som er et faglig nettverk mellom seks kommuner i Nord-Norge og Universitetet i Tromsø (13), utvikles nå flere nye modeller for organisering og kompetanseoppbygging i distriktshelsetjenesten (14). Moderne kommunikasjonsteknologi og telemedisin kan bidra ytterligere til å skape nettverk og bedre legenes muligheter for veiledning og faglig utvikling (15). En slik satsing på omorganisering og modernisering av strukturen i tjenestene vil kunne gi en vesentlig forbedring av livs- og arbeidssituasjonen for kommunelegene i småkommunene, ikke bare i Nord-Norge, men også nasjonalt.

Vi takker Sosial- og helsedepartementet for den økonomiske støtten som er gitt til dette prosjektet.

### Litteratur

1. Kolstrup N, Kristiansen IS. Trivsel blant læger i kommunale samfunnsmedisinske stillinger. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 3481–6.
2. Vassbotn A. Legemangel i primærhelsetjenesten i Utkant-Norge. Utposten 1997; 26: 280–3.
3. Olsen AG. Hvilke faktorer får legene til å velge seg bort primærhelsetjenesten i Nord-Norge? Spesialoppgave i folkehelsevitenskap.

Tromsø: Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin, 1998.

4. Grytten J, Skau I, Sørensen R, Aasland OG. Hva påvirker allmennlegenes kontraktsvalg og flytteplaner? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3134–9.
5. Andersen F, Herder O, Forsdahl A. Kommunelegetjenesten i Nord-Norge 1995–97. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 1296–8.
6. Norges offisielle statistikk. Statistisk årbok 2000. Tabell 62. Folkemengde og areal i kommunene. Oslo: Statistisk sentralbyrå, 2000.
7. Lauvås K, Lauvås P. Tverrfaglig samarbeid. Oslo: TANO 1994: 47.
8. Forsdahl A, Gundnes O, Eliassen H, Gamnes J, Hagland R, Ytrehus I. Hvor blir Tromsø-legene av? Tidsskr Nor Lægeforen 1988; 108: 1225–30.
9. Tollan A, Magnus JH. Tromsø-kandidatene – blir de i Nord-Norge? Tidsskr Nor Lægeforen 1993; 113: 27–9.
10. Aarseth HP. Den norske lægeforening. Statusrapport 2000. Fra stykkevis og delt, til fullt og helt. Oslo: Den norske lægeforening, 2000.
11. Hansen AH. Senja-legen. Tromsø: Fylkeslegen i Troms, 2001.
12. Andersen F. Interkommunalt legevakt. Teori og praksis. Resæften. Bodø: Fylkeslegen i Nordland, 2001: 12–6.
13. Aaraas IJ, Hasvold T, Andersen F, Swensen E, Straume K. Legeflukten fra distriktene. Betenkning til Sosial- og helsedepartementet. Tromsø: Universitetet i Tromsø, Institutt for samfunnsmedisin, 2000.
14. Andersen F, Berg BW, Aaraas IJ. Steigenmodellen. Utposten 2001; 1: 36–8.
15. Andersen F. Telemedisin som virkemiddel for å rekruttere leger til distriktene. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2174–6.

○

## Annons