



## **FASTLEGETJENESTEN I NORD-NORGE**

Nasjonalt senter for distriktsmedisin /  
Boaittobealmediiinna našunála guovddáš  
UiT Norges arktiske universitet

Margrete Gaski og Birgit Abelsen

**2018**



**UiT** / THE ARCTIC UNIVERSITY  
OF NORWAY



## **FORORD**

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 har vi pekt på rekrutteringsutfordringer som fastlegetjenesten i Nord-Norge står ovenfor, og skissert mulige tiltak som kan danne grunnlag for en videre diskusjon av hvordan stabiliteten i fastlegetjenesten i Nord-Norge kan bli bedre.

Rapporten har blitt fylldig og inneholder mange detaljer. Den er ikke ment for å leses fra perm til perm – men snarere som et oppslagsverk.

Helse Nord RHF har tatt initiativ til denne studien i forbindelse med deres arbeid med en ny utviklingsplan. Vi takker for verdifulle kommentarer fra medlemmer av Helse Nord sitt samhandlingsutvalg og spesielt fra Finn Henry Hansen, underveis og i sluttfasen av arbeidet med rapporten.

Setermoen, 03052018

Margrete Gaski  
Prosjektleder



## INNHold

Sammendrag	1
1 Innledning	7
1.1 Befolkningen og etterspørsel etter fastlegetjenester	7
1.2 Kapasitetsutfordringer i fastlegetjenesten	12
1.3 Problemstillinger	14
2 Metoder og data	15
2.1 Data om fastlegene	15
2.2 Litteraturgjennomgang	18
2.3 Inndeling av kommuner	19
2.4 Reisetid fra kommuner til sykehus	20
3 Dimensjonering og stabilitet	21
3.1 Endringer i dimensjonering av fastlegetjenesten	21
3.2 Varighet av fastlegeavtaler i Nord-Norge	22
3.3 Oppsummering	25
4 Fastlegetjenesten i Nord-Norge per oktober 2017	26
4.1 Fastlegene: kjønn og alder	26
4.2 Spesialister i allmennmedisin	30
4.3 Listelengde	33
4.4 De eldste fastlegene	35
4.5 Lister uten fastlege	36
4.6 Vikarbruk	37
4.7 Oppsummering	40
5 Driftsformer	42
5.1 Driftsform og geografisk inndeling	43
5.2 Driftsformer og sentralitet	45
5.3 Oppsummering	45
6 Andre allmennlegeoppgaver	47
6.1 Legeårsverk til annet allmennlegearbeid	48

6.2 Andre undersøkelser	51
6.3 Oppsummering	51
7 Legevakt	53
7.1 Legevaktorganisering	54
7.2 Fastlegers legevaktdeltagelse og vaktkompetanse	55
7.3 Vaktbelastning	57
7.4 Avlønning for legevakt	58
7.5 Oppsummering	59
8 Reisetid til sykehus	61
9 Legers krav og forventninger til fastlegejobben	64
9.1 Hva bidrar til at leger blir fastlege i Nord-Norge?	64
9.2 Inntektssystempreferanser	66
9.3 Preferanser for økonomiske og ikke-økonomiske jobbegenskaper	68
9.4 Oppsummering	69
10 Rekrutteringsbehovet	70
10.1 Oppsummering av rekrutteringsbehovet	70
10.2 Beregninger med utgangspunkt i en ønsket redusert arbeidstid	72
11 Aktuelle tiltak	74
Referanser	81
Tabellvedlegg	87

# **SAMMENDRAG**

## Fastlegetjenesten i Nord-Norge

Margrete Gaski og Birgit Abelsen

NSDM-rapport 2018

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 allmenntidmedisin**

48 prosent av fastlegene i Nord-Norge var per oktober 2017 spesialister i allmenntidmedisin, mot 57 prosent på landsbasis. Forskjellen i spesialistandel mellom kvinner og menn var større i Nord-Norge enn på landsbasis; andelen kvinnelige spesialister i allmenntidmedisin i Nord-Norge var 37 prosent (50 prosent på landsbasis) og kun 22 prosent i de minst sentrale kommunene. Andelen spesialister i allmenntidmedisin 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 allmenntidmedisin.

### **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 i 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.



# 1 INNLEDNING

Helse Nord RHF har tatt initiativ til en studie som dokumenterer hvordan fastlegetjenesten ser ut i kommunene i Nord-Norge. Bakgrunnen er en bekymring for kapasitetsutfordringer og for rekruttering til fastlegetjenesten. I rapporten beskriver vi framskrevet befolkningsutvikling og behov for fastlegetjenester, dagens fastlegetjeneste; bemanning, organisering og driftsformer, avstandsutfordringer, og nye legers krav og forventninger til fastlegejobben. Med bakgrunn i beskrivelsen skisseres utfordringer og rekrutteringsbehov framover samt mulige tiltak for å bedre rekruttering og stabilitet for fastlegetjenesten i Nord-Norge. Fastlegeordningen trådte i kraft i 2001, og det er utviklingstrekkene etter denne tid, og særlig de siste årene, som er gjort til gjenstand for dokumentasjon og forskning.

Innledningsvis gir vi et bilde av befolkningen i Nord-Norge, behovet for fastlegetjenester og gjengir studier som peker på kapasitetsutfordringer i dagens fastlegetjeneste.

## 1.1 Befolkningen og etterspørsel etter fastlegetjenester

Nordmenns rett til å stå på listen til en fastlege gjør at befolkningens størrelse i stor grad er bestemmende for dimensjoneringen av fastlegetjenesten. Det er den enkelte kommunens ansvar å organisere fastlegeordning for sine innbyggere.

### 1.1.1 Befolkningsutvikling

Per 1. januar 2020 vil antall kommuner i Nord-Norge reduseres fra 87 til 80<sup>1</sup>. Befolkningsframskriving<sup>2</sup> fra Statistisk sentralbyrå viser at det i 2040 vil være 522 019 personer bosatt i de nordnorske kommunene. Framskrivningene legger til grunn middels utvikling i både fruktbarhet, levealder, innenlandske flyttinger og innvandring. Sammenliknet med utgangspunktet for framskrivningen (2016), og gitt de nevnte forutsetningene, er det beregnet at befolkningen i Nord-Norge vil øke med 40 025 personer. I nær halvparten av kommunene (48 prosent) tyder framskrivningene på befolkningsvekst, mens det i de resterende kommunene (52 prosent) er beregnet en nedgang i befolkningen.



---

<sup>1</sup> Skånland og Tjeldsund blir til Tjeldsund kommune, Hammerfest og Kvalsund til Hammerfest kommune, Lenvik, Berg, Torsken og Tranøy til Senja kommune, Narvik, Ballangen og deler av Tysfjord trolig til Narvik kommune (navn foreløpig ikke bestemt) og Hamarøy og deler av Tysfjord blir en ny kommune (navn foreløpig ikke bestemt).

<sup>2</sup> Hovedalternativet.

Tabell 1 gir en grovmasket oversikt over beregningene som SSB har gjort for den enkelte kommune i Nord-Norge<sup>3</sup>. I følge denne oversikten, er det 12 kommuner i Nord-Norge hvor befolkningen antas å øke med mer enn 1000 personer fra 2016 til 2040. Her skiller Bodø og Tromsø seg ut med en befolkningsvekst framskrevet til henholdsvis 10 583 og 10 248 (som utgjør drøyt halvparten av den totale framskrevne befolkningsveksten i Nord-Norge). Kommunene Bø og Porsanger befinner seg i den andre enden av skalaen med en framskrevet nedgang i befolkningen på henholdsvis 499 og 542 personer. For nær halvparten av kommunene i Nord-Norge (49 prosent), ligger framskrevne befolkningstall fra 2016 til 2040 på +/- 200 personer.

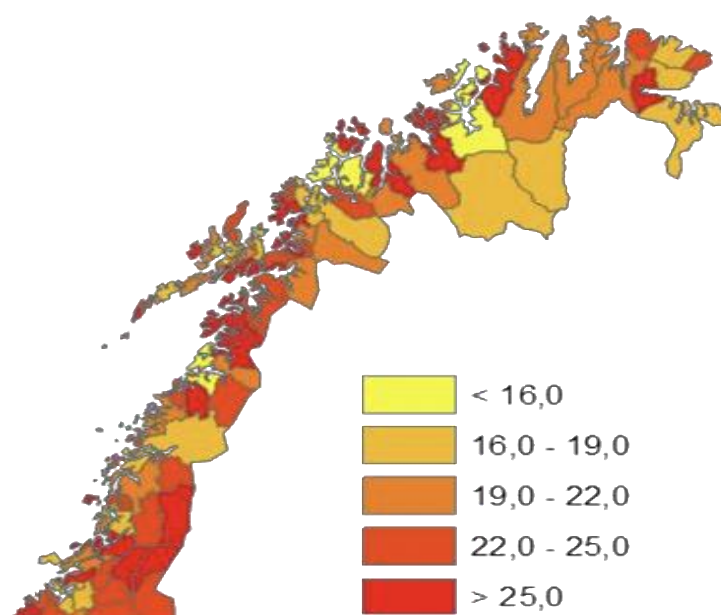
Tabell 1: Framskrevet befolkning fra 2016-2040. Kommuner i Nord-Norge.

	Kommuner	Endring i antall personer
Framskrevet befolkningsvekst 	Bodø, Tromsø	10 001-11 000
	Alta	3 001-4 000
	Harstad, Hammerfest	2 001-3 000
	Narvik, Brønnøy, Rana, Vestvågøy, Vågan, Sortland, Senja	1 001-2 000
	Alstahaug, Bardu, Målselv, Balsfjord, Nordreisa, Vadsø, Sør-Varanger	501-1 000
	Leirfjord, Nesna, Hadsel, Øksnes, Sørreisa, Skjervøy, Båtsfjord	201-500
	Sømna, Herøy, Træna, Kvæfjord, Gamvik, Nesseby	101-200
	Vevelstad, Vefsn, Hamarøy/Tysfjord, Værøy, Lavangen, Salangen	0-100
Framskrevet befolkningsnedgang 	Vega, Grane, Rødøy, Gildeskål, Fauske, Evenes, Røst, Flakstad, Moskenes, Karlsøy, Storfjord, Hasvik, Nordkapp, Lebesby, Berlevåg	÷ [1-100]
	Hattfjelldal, Dønna, Lurøy, Sørfold, Tjeldsund, Andøy, Gratangen, Dyrøy, Kåfjord, Kvæningen, Vardø, Tana	÷ [101-200]
	Bindal, Hemnes, Meløy, Beiarn, Saltdal, Steigen, Lødingen, Ibestad, Lyngen, Kautokeino, Loppa, Måsøy, Karasjok	÷ [201-400]
	Bø, Porsanger	÷ [401-600]

<sup>3</sup> I framstillingen er befolkningstall for kommuner som slås sammen, slått sammen. Befolkningstallene for Tysfjord kommune er delt likt mellom de to nye kommunene som Tysfjord innlemmes i.

### 1.1.2 Alderssammensetning

Det er store regionale variasjoner i aldringen i Norge (Rogne og Syse 2017). På nasjonalt nivå utgjorde innbyggere 65 år eller mer nesten 17 prosent av befolkningen i 2017. Andelen 65 år eller mer var 19,5 prosent i Nordland og 17,2 prosent i Finnmark og Troms. Figur 2 viser andelen av befolkningen i nordnorske kommuner som var 65 år eller mer i 2017, og at det kun var Alta, Hammerfest, Tromsø og Bodøområdet som hadde en andel 65 år eller mer som var 16 prosent eller lavere. Flere nordnorske kommuner hadde i 2017 en andel 65 år eller mer på 22 prosent eller høyere. Variasjonen mellom kommunene var imidlertid stor.



Figur 1: Registrert andel innbyggere over 65 år i nordnorske kommuner 2017 (fra Rogne og Syse 2017)

Både antall og andel eldre forventes å øke fram mot 2040 (ibid.). Framskrivninger for fylkene i Nord-Norge<sup>4</sup> viser at økningen i antallet 65 år eller mer er relativt sterk både i aldersgruppene 75-84 år og 85-94 år, og i Finnmark i tillegg for aldersgruppen 65-74 år. Tabell 2 viser andelen 65 år eller mer i de nordnorske fylkene i 2017 og framskrevet i SSBs hovedalternativ i 2040. I Finnmark vil forventet økning i andelen 65 år eller mer være størst av de nordnorske fylkene med en økning fra 17,2 til 24,7 prosent, men den framskrevne andelen 65 år eller mer i 2040 er likevel forventet å være høyest i Nordland med 26,4 prosent.

<sup>4</sup> Hovedalternativet i SSBs framskrivninger fra 2016.

Tabell 2: Andel innbyggere over 65 år i 2017 og framskrevet i 2040 i de nordnorske fylkene (data fra SSB)

	65-74 år		75-84 år		85 + år		Total 65 + år		Økning
	2017	Framskrevet 2040	2017	Framskrevet 2040	2017	Framskrevet 2040	2017	Framskrevet 2040	
Nordland	11,1	12,0	5,8	9,5	2,6	4,9	19,5	26,4	<b>6,9</b>
Troms	10,2	11,3	5,0	8,4	2,0	4,3	17,2	24,0	<b>6,8</b>
Finnmark	10,3	12,0	5,0	8,6	1,9	4,1	17,2	24,7	<b>7,5</b>

SSBs befolkningsframskriving<sup>5</sup> viser at 7,4 prosent i hele befolkningen vil være 80 år eller eldre i 2040. I Nord-Norge er tilsvarende andel framskrevet til 8,6 prosent. Tabell 3 viser hvordan andelen 80 år og eldre varierer blant nordnorske kommuner i SSBs framskrivning for 2040. Det er bare 6 kommuner i Nord-Norge som ligger under eller på nivå med landsbasis. Disse er Bodø, Tromsø, Vadsø, Alta, Hammerfest og Sør-Varanger.

Tabell 3: Andel 80 år og eldre i framskrevet befolkning i 2040. Kommuner i Nord-Norge.

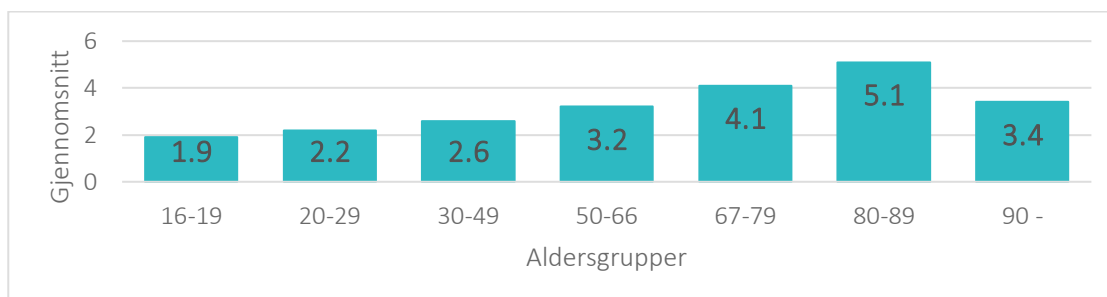
Andel 80 år og eldre	Kommuner
6,6 – 8 prosent	Bodø, Brønnøy, Nesna, Træna, Værøy, Tromsø, Bardu, Vadsø, Hammerfest, Alta, Sør-Varanger
8,1 – 10 prosent	Narvik, Sømna, Alstahaug, Leirfjord, Vefsn, Rana, Vestvågøy, Vågan, Hadsel, Øksnes, Sortland, Harstad, Lavangen, Salangen, Målselv, Sørreisa, Senja, Balsfjord, Skjervøy, Nordreisa, Kautokeino, Nordkapp, Gamvik, Nesseby, Båtsfjord
10,1 – 12 prosent	Vega, Vevelstad, Herøy, Grane, Hattfjelldal, Hemne, Lurøy, Rødøy, Meløy, Gildeskål, Saltdal, Fauske, Hamarøy/Tysfjord, Tjeldsund, Evenes, Flakstad, Andøy, Moskenes, Kvæfjord, Gratangen, Vardø, Måsøy, Porsanger, Karasjok, Lebesby, Berlevåg, Tana
12,1 – 14 prosent	Sørfold, Steigen, Lødingen, Røst, Karlsøy, Lyngen, Storfjord, Kåfjord, Kvænangen
14,1 – 16 prosent	Dønna, Bø, Ibestad, Dyrøy
16,1 – 17,8 prosent	Bindal, Beiarn, Loppa

<sup>5</sup> Hovedalternativet



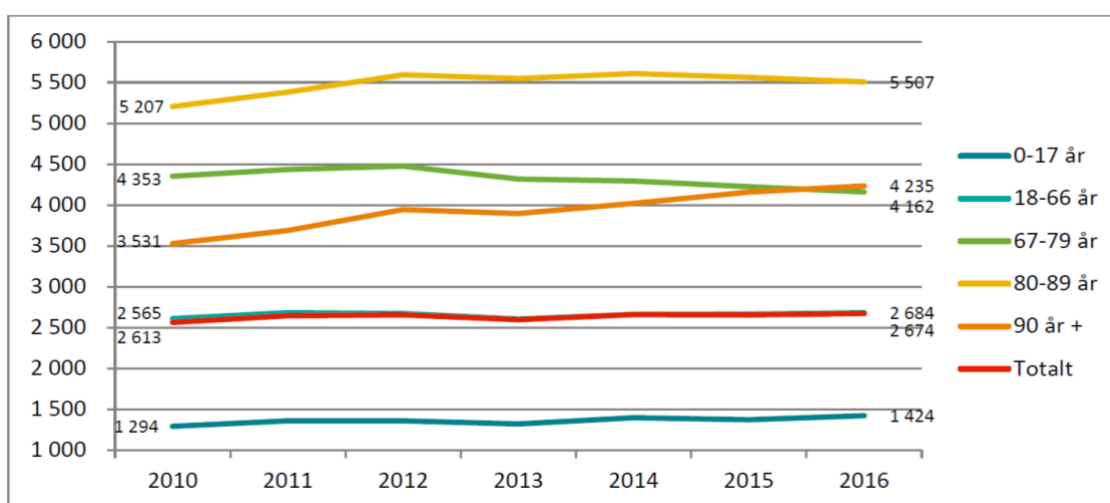
### 1.1.3 Efterspørrelse etter fastlegetjenester

Et kunnskapsmessig utgangspunkt for denne studien er viten om at gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos fastlege øker med alderen til og med for aldersgruppen 80-89 år (Figur 2).



Figur 2: Gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos fastlege per person (2016) i ulike aldersgrupper (Data fra Statistikkbanken, hele landet)

Figur 3 viser at antallet konsultasjoner hos fastlege per 1000 innbyggere har økt i perioden 2010 til 2016 i de fleste aldersgrupper. Konsultasjonsraten hos fastlege har økt fra 2010-2016 i alle landsdeler. Dette mønsteret gjelder for alle aldersgrupper i alle landsdeler, bortsett fra i Nord-Norge hvor konsultasjonsraten i aldersgruppen 80-89 år har gått noe ned. Nedgangen kan ha sammenheng med en betydelig økning i legevaktkonsultasjoner blant eldre pasienter i Nord-Norge (Helsedirektoratet 2018).



Figur 3: Antall konsultasjoner hos fastlege per 1000 innbyggere etter aldersgrupper 2010-2016 (hentet fra Helsedirektoratet 2018, Figur 6)

Et budskap som vi kan tolke ut fra SSBs regionale befolkningsframskrivninger, som presenterer data for den enkelte kommune, er at økningen i etterspørselen etter fastlegetjenester vil bli svært ujevnt fordelt mellom kommunene. Dette fordi det er store forskjeller i alderssammensetning og i befolkningens forventede aldring kommunene imellom.<sup>6</sup>

Befolkningsanalysen (Rogne og Syse 2017) viser at samtidig med at andelen eldre øker, vil utdanningsnivået blant eldre øke, noe som kan indikere en mer ressurssterk eldre befolkning. Vi kan imidlertid ikke ha noen klar forventning til hvorvidt etterspørselen etter fastlegetjenester vil endres i takt med denne utviklingen, eller om etterspørselen etter fastlegetjenester vil øke slik etterspørselen etter arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren er forventet å øke (Holmøy, Haugstveit og Otnes 2016).

Det er også andre utviklingstrekk som ventelig vil spille en viktig rolle i utviklingen av etterspørselen etter fastlegetjenester, uten at vi i denne rapporten vil gå nærmere inn på dette; sentralt er befolkningens sykdomsutvikling, den medisinske og teknologiske utviklingen, og organisatoriske endringer i helsetjenesten (Helsedirektoratet 2017a).

## 1.2 Kapasitetsutfordringer i fastlegetjenesten

Fastlegens listeansvar dekker alle allmennlegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus for innbyggerne på listen. Det siste halve året har det i media vært fokus på kapasitetsutfordringer i fastlegetjenesten, og Stortinget har vedtatt at fastlegeordningen skal evalueres. Det er stilt spørsmål ved om fastlegetjenesten er i ferd med å bryte sammen. Dette vil i neste omgang gi antatt store utfordringer i spesialisthelsetjenesten, da det er fastlegene som utøver portvaktrollen til spesialisthelsetjenesten og ofte følger opp egne listepasienters medisinske behov i etterkant av sykehusopphold.

Fastlegenes oppgaver har blitt flere, samtidig som gjennomsnittlig listelengde er redusert noe, fra 1 194 i 2002 til 1 120 i 2016 (Helsedirektoratet 2016). En fersk studie gjennomført blant landets fastleger i januar, viser at totalarbeidstiden for de fleste fastleger er svært lang, og har økt mye sammenliknet med tidligere undersøkelser (Rebnor et al. 2018). Fastlegene som deltok i undersøkelsen, oppga å arbeide i gjennomsnitt 55,6 timer i uka (median 52,2 timer), men variasjonen var stor. Ti prosent av fastlegene oppga å arbeide mer enn 75 timer per uke, mens 25 prosent oppga at de arbeidet mer enn 62 timer. Bare ti prosent oppga en totalarbeidstid på inntil 37,5 timer i

---

<sup>6</sup> Foreløpig viser det seg imidlertid at SSBs framskrivning for hele landet anslo et høyere folketall og en høyere befolkningsvekst enn det som faktisk var tilfelle i løpet av framskrivningens første år (2016). Dersom avviket fra framskrivningen som er observert det første året holder seg, betyr det at aldringen fram mot 2040 vil bli mer markert enn det som er skissert i befolkningsframskrivningen (avviket tilsvarer 0,2 prosent av folkemengden og 28 prosent av befolkningsveksten for året 2016) (Rogne og Syse 2017).

uka. Det var relativt små kjønnsforskjeller i totalarbeidstid fastlegene imellom. De fastlegene som deltok i legevakt, hadde størst totalarbeidstid. Blant de som i undersøkelsesuken arbeidet legevakt, utgjorde legevaktarbeidet i gjennomsnitt 19,5 timer. Undersøkelsen gir ikke holdepunkt for at legevaktarbeid fører til reduksjon i annet fastlegearbeid. Det er ikke gjort noen analyser i undersøkelsen som viser hvordan fastleger i Nord-Norge eventuelt skiller seg fra resten av landet med hensyn til arbeidstid.

En sentral forklaring på det økte arbeidspresset i fastlegetjenesten er knyttet til Samhandlingsreformens mål om å utvikle helsetjenesten mot mer spesialisert behandling på sykehus, med kortere liggetid og flere utskrivningsklare pasienter<sup>7</sup> som skal følges opp og behandles videre i kommunene. Dette har som ventet, medført for det første at flere skrives ut. Antallet utskrivningsklare pasienter har økt fra drøyt 20 000 i 2011 til drøyt 100 000 fem år senere (Helsedirektoratet 2017b). Allerede fra 2011 til 2012 gikk antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter på sykehus ned med 60 prosent (Hagen et al. 2013 side 9); antallet som ligger på sykehus "på overtid" har altså gått ned. Kortere liggetid har medført at utskrivningsklare pasienter er sykere nå enn utskrivningsklare pasienter var før Samhandlingsreformen, og de trenger mer oppfølging fra fastlegen og fra helse- og omsorgstjenesten i kommunen etter at de er skrevet ut (Grimsmo 2013, Abelsen et al. 2014, Bruvik et al. 2017). Da Samhandlingsreformen startet, ble det formidlet at Regjeringen ville legge til rette for at veksten i legetjenesten i hovedsak skulle komme i kommunene, og det ble skissert en økning på 2 000 nye fastleger. Helsedirektoratet sine egne tall viser imidlertid en økning på bare 456 nye stillinger i femårsperioden fra 2012 til 2017. Samtidig var det en økning på om lag 2 800 årsverk i spesialisthelsetjenesten fra 2011 til 2016<sup>8</sup>

Stortinget har nylig gjort vedtak hvor de ber regjeringen følge opp Samhandlingsreformen og sikre opptrapping av legedekningen i primærhelsetjenesten og redusere gjennomsnittlig listelengde i fastlegeordningen<sup>9</sup>. I henhold til dagens bestemmelser kan kommunen kreve at fastlegen setter listetaket til minimum 1 500 innbyggere for fulltidspraksis<sup>10</sup>. Det vil si 300 pasienter per kurativ dag. Dette tallet har ikke vært endret i sentralt avtaleverk så lenge fastlegeordningen har eksistert og har vært

---

<sup>7</sup> En pasient er definert som utskrivningsklar når en lege på sykehus vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling ved døgnopphold i spesialisthelsetjenesten. Definisjonen reserveres pasienter som har behov for videre oppfølging fra kommunal helse- og omsorgstjeneste etter utskrivningen. Kommunene kan følge opp utskrivningsklare pasienter i sykehjem, hvor sykehjemslegen er medisinsk ansvarlig, eller i pasientens eget hjem, hvor fastlegen har en medisinsk faglig koordineringsrolle.

<sup>8</sup> s. 4 i: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1412/leger-i-kommune-ogspesialisthelsetjenesten-rapport-2017.pdf>

<sup>9</sup> <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Vedtak/Vedtak/Sak/?p=69714>

<sup>10</sup> Jfr ASA 4301 punkt 2.3.1

debattert lenge. Både allmennlegeforeningen (AF) og det så kalte Trønderopprøret<sup>11</sup> mener at det er for høyt og ønsker å redusere det henholdsvis til 220 og 200 pasienter per kurativ dag. Ønsket er koblet sammen med forventninger om større per capita tilskudd enn dagens. Dersom disse endringene skjer, er det grunn til å tro at det vil føre til gjennomgående noe kortere pasientlister, særlig i byene, og behov for flere fastleger der.

Med dette som bakteppe, er formålet med denne studien å styrke dokumentasjonen og være et utgangspunkt for å tegne et bilde av det fremtidige behovet for å rekruttere fastleger til kommunene i Nord-Norge.

### 1.3 Problemstillinger

- Hvordan ser fastlegetjenesten ut i kommuner og i regioner i Nord-Norge?
  - Beskrive bemanning
  - Beskrive organisering og driftsformer
  - Beskrive avstandsutfordringer
- Hvilke krav og forventninger har nye leger til fastlegejobben?
- Hvilke særlige utfordringer står fastlegetjenesten i Nord-Norge ovenfor?
- Hvilke mulige løsninger kan skisseres og danne grunnlag for en videre diskusjon?

---

<sup>11</sup> [www.flo20.no/visjon/](http://www.flo20.no/visjon/)

## 2 METODER OG DATA

Denne rapporten bygger i all hovedsak på sekundære datakilder. Det er hentet ut data fra offentlig statistikk og nettsider, i tillegg til at data fra tidligere studier gjennomført av Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) reanalyseres. Kvantitative data er supplert av litteraturgjennomgang om utvalgte tema.

### 2.1 Data om fastlegene

Nye data om fastlegene i Nord-Norge er hentet fra MinFastlege per 16.-17. oktober 2017<sup>12</sup>. NSDMs studier av varighet av fastlegeavtaler og data om legeløse lister i kommunene per 1.1.2015 og 1.1.2017 som i utgangspunktet er nasjonale datasett er reanalysert for Nord-Norge. Det er i tillegg benyttet data fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) for å beskrive legevaktarbeid i nordnorske kommuner, samt offentlig statistikk.

#### 2.1.1 Nye data fra MinFastlege

Helfo publiserer data om fastlegetjenesten på nettstedet MinFastlege og har ansvar for å legge inn endringer og opprettelse av fastlegestillinger etter instruks fra kommunene. Vi har benyttet følgende data fra MinFastlege: alder, kjønn og spesialiststatus på fastlegen, totalt antall plasser på fastlegelista, antall ledige listeplasser, hvorvidt det er vikar på fastlegelista, vikarperiode hvis aktuelt, samt kjønn og alder på vikar.

Vi har valgt å ikke benytte data fra Helfo om henholdsvis tidspunkt for godkjenning som lege, og tidspunkt for oppstart i kommunen, da vi har erfart at data ikke angir rett tidspunkt. Videre har vi erfart at nettsiden ikke håndterer alternativ organisering, som for eksempel ved "Nordsjøturnus" der fastleger deler på en liste og to av de tre fast ansatte i stedet fremstår som vikarer på tredjemann sin liste.

To av fastlegelistene i Nord-Norge per oktober 2017 var delelister (to kvinner delte en liste og to menn delte en annen liste). I rapporteringen er trekk bare ved første nevnte fastlege på disse to listene inkludert.

Fra juni 2016 skal vikariat for listeinnehaver i minst 20 prosent stilling og med en varighet på en måned eller lengre, registreres på nettsiden MinFastlege. Likevel har vi erfart tilfeller hvor det ikke er registrert vikar, selv om fastlegen har flyttet og opprettet ny liste et annet sted i landet. Forklaringen kan være at nettsiden MinFastlege inneholder data som i noen tilfeller registreres forsinket, for eksempel hvis leger har vikar eller en vikarstafett på sin liste, så er ikke alltid vikaren(e) registrert før et stykke ut i

---

<sup>12</sup> <https://minhelse.helsenorge.no/bytte-fastlege?>

vikarperioden. På denne måten kan legetjenesten fremstå som mer stabil enn den i virkeligheten er, fordi vikarbruken ikke kommer frem. På den andre siden kan det tenkes at enkelte fastleger som er fast tilsatt, registreres i MinFastlege som vikar, fordi dette utsetter kravet om å starte i spesialisering og dermed gir fastlegen en mulighet for å prøve seg i stillingen først. Dette er en praksis vi har erfart. Vi har også sett at det i noen tilfeller er registrert vikar selv om fraværet er kortere enn en måned. Data om spesialisering fra nettsiden MinFastlege er kontrollert opp mot Legeforeningens oversikt over spesialister i allmenmedisin og viser samme andel spesialister.

Noen kommuner har felles legetjeneste og er i denne studien registrert som om de skulle være kun én kommune. Dette gjelder for det første Sørreisa og Dyrøy, for det andre Evenes, Tjeldsund og Skånland, og for det tredje legetjenesten Senjalegen, som omfatter Lenvik, Tranøy, Torsken og Berg.

## 2.1.2 Data fra NSDMs tidligere studier

Vi har reanalysert datamaterialet fra 1) NSDMs studie av varighet av fastlegeavtaler (Abelsen et al. 2015), samt studier av legeløse lister 2) per 1.1.2015 (rapportert i Abelsen et al. 2015, Abelsen et al. 2016 og Abelsen et al. 2016b), og 3) per 1.1.2017 (rapportert i Abelsen og Brandstorp 2017 samt foreløpig upubliserte data). Dette datamaterialet beskrives i det følgende. 4) Vi har også reanalysert data fra en studie av hvor alle leger utdannet ved UiT Norges arktiske universitet arbeidet per 2013 (Gaski et al. 2017). For en fullstendig beskrivelse av data og metoder for disse studiene, viser vi til artikkelen og rapportene for hver enkelt studie.

Datamaterialet beskrevet i Abelsen et al. (2015) omfattet fastlegeavtaler i hele landet<sup>13</sup> inngått mellom en kommune og en lege i de 13 første årene med fastlegeordning, det vil si perioden 1.5.2001–1.5.2014. Her ble overlevelsesanalyse brukt for å studere varighet av fastlegeavtaler. Studien rapporterte medianen, som er et mål for sentraltendens og markerer det tidspunktet hvor halvparten av alle fastlegeavtaler har vart kortere tid enn medianen, mens halvparten har vart lengre. Vi har gjennomført noen av de samme analysene også i denne omgang, men avgrenset dem til fastlegeavtaler inngått mellom en nordnorsk kommune og en fastlege i den aktuelle tidsperioden<sup>14</sup>. Denne reanalysen sier noe om stabiliteten i fastlegetjenesten i Nord-Norge over tid. Ideelt sett ville vi ønsket oss et datamateriale som omfattet perioden fra fastlegeordningen startet og fram til i dag, men det har det ikke vært ressurser i prosjektet til å framskaffe. Datamaterialet

---

<sup>13</sup> Fastlegeavtaler i forsøkskommunene Lillehammer, Åsnes, Trondheim og Tromsø som ble inngått før 1.5.2001 ble ekskludert.

<sup>14</sup> Startpunkt for fastlegeavtaler inngått i Tromsø kommune før 01.05.2001, ble satt til 01.05.2001 for å få så mange fastlegeavtaler som mulig fra Tromsø kommune med i analysen.

gir likevel viktig informasjon om fastlegetjenesten i Nord-Norge som vi har funnet det verd å innlemme i denne undersøkelsen.

I 2015 gjennomførte NSDM også en undersøkelse i kommuner med under 20 000 innbyggere hvor alle kommuner av denne størrelsen i Nord-Norge deltok. Det ble blant annet samlet inn data om rekrutteringsutfordringer målt som legeløse lister og tilhørende vikarbruk. Det ble også samlet inn data om driftsformer for fastlegeavtaler per 1.1.2015 (Abelsen et al. 2016). De fire største kommunene i Nord-Norge per 1.1.2015 (Rana, Bodø, Harstad og Tromsø) hadde mer enn 20 000 innbyggere og var følgelig ikke med i undersøkelsen. I forbindelse med vår aktuelle studie, er det samlet inn supplerende opplysninger om driftsformer for fastlegeavtaler og legeløse lister per 1.1.2015 i de fire største kommunene for å få et komplett datasett om disse forholdene i nordnorske kommuner. Dette datamaterialet er reanalysert med kun de nordnorske kommunene inkludert. Vi antar at dette gir et noenlunde representativt bilde også av dagens driftsformer, selv om datamaterialet viser situasjonen noe tilbake i tid.

NSDM gjennomførte i 2017 en undersøkelse blant alle landets kommuner om tre ulike tema. Det første temaet var rekruttering til kommunenes fastlegetjeneste, herunder legeløse lister. Dette materialet har foreløpig ikke publisert. Spørsmålet om legeløse lister er de samme som ble stilt i NSDMs undersøkelse i 2015, så her er det mulig å gjøre direkte sammenlikninger. I denne studien har vi skilt ut de nordnorske kommunene og gjort den aktuelle sammenlikningen. De to andre temaene handlet om fastlegers deltagelse i legevaktordningen og deres vaktkompetanse, herunder trening i samhandling (Abelsen og Brandstorp 2017). Vi har her reanalysert dette datamaterialet for Nord-Norge.

NSDM sammen med Legeforskningsinstituttet publiserte i 2017 en studie hvor vi beskrev i hvilken grad de UiT-utdannede fastlegene og legene i helseforetak arbeidet i distriktskommuner og sentrale kommuner (Gaski et al. 2017). Sentralitetsinndelingen i denne studien var den gamle inndelingen til Statistisk sentralbyrå. Data er reanalysert med bruk av den nye sentralitetsinndelingen (som også brukes i øvrige deler av denne rapporten om fastlegetjenesten i Nord-Norge).

### 2.1.3 Data fra Nklm

Fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) har vi fått data fra Nasjonalt legevaktregister per 2016 som gir en oversikt over legevaktsentraler og legevakter i Nord-Norge, inkludert kommuner som inngår. I tillegg har vi fått opplysninger på landsdelsnivå om hvordan disse legevaktene er organisert og om vaktordninger som praktiseres.

#### 2.1.4 Bruk av offentlig statistikk om fastlegetjenesten

Helsedirektoratet rapporterer årlig styringsdata om fastlegeordningen som er lett tilgjengelig på deres nettsider.<sup>15</sup> En liten del av styringsdataene som publiseres på nettsidene, er brutt ned på fylkesnivå. Blant annet er det mulig å finne ut hvor mange fastlegelister som er registrert i det enkelte fylket. Med utgangspunkt i antall rapporterte fastlegelister ved årsskiftet og befolkningstall, har vi beregnet utviklingen i befolkning per fastlegeliste i de tre nordnorske fylkene og i hele landet for perioden 2010-2017. Disse beregningene illustrerer på en grovmasket måte hvordan dimensjoneringen av fastlegetjenesten i perioden har endret seg i de tre nordnorske fylkene og i landet som helhet.

Mange fastleger har kommunal deltidsstilling for å gjøre *andre allmennlegeoppgaver*<sup>16</sup>. Andre allmennlegeoppgaver kan omfatte allmennt medisinske og samfunnsmedisinske oppgaver. Omfanget av fastlegenes andre allmennlegeoppgaver registreres ikke som del av styringsdata for fastlegeordningen. Arbeidet skal registreres som del av kommunens KOSTRA-rapportering. Men registreringene her er svært mangelfulle og varierende fra kommune til kommune. Det finnes derfor lite spesifikke data om omfanget av dette arbeidet. Kommunene rapporterer imidlertid gjennom KOSTRA aggregerte tall om hvor mange årsverk de har brukt til ulike typer legearbeid. I rapporteringen skilles det mellom arbeid knyttet til: Diagnose, behandling og rehabilitering, Skole/helsestasjon, Miljørettet helsevern, Annet forebyggende arbeid, Institusjoner for eldre og funksjonshemmede samt Administrasjon. Årsverk utenom kategorien Diagnose, behandling og rehabilitering antar vi kan brukes som et mål for årsverksomfanget av annet allmennlegearbeid i kommunen. Med utgangspunkt i denne måten å måle omfanget av andre allmennlegeoppgaver, viser vi hvordan antall årsverk andre allmennlegeoppgaver per 10 000 innbyggere har endret seg i de tre nordnorske fylkene og i hele landet i perioden 2002 til 2016.

#### 2.2 Litteraturgjennomgang

For å sette de data vi har om fastlegetjenesten i Nord-Norge inn i en større faglig kontekst, hvor vi særlig vektlegger å få fram unge legers preferanser, har vi gjennomgått og gjengitt en del resultater fra relevant forskningslitteratur. Formålet med dette er å bidra til konstruktiv framtidstenking og finne hensiktsmessige måter å innrette det nødvendige rekrutterings- og stabiliseringsarbeidet i nordnorsk fastlegetjeneste framover.

---

<sup>15</sup> <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/fastlegestatistikk>

<sup>16</sup> Et annet, eldre begrep som brukes som betegnelse på dette arbeidet, er *offentlig legearbeid*.



## 2.3 Inndeling av kommuner

Tre ulike typer inndelinger av de 87 kommunene i Nord-Norge er benyttet i rapportering og analyse av data: regionrådsinndeling, lokalsykehusområde og sentralitetsnivå. I det videre beskrives disse inndelingene nærmere. Tabellvedlegg 1 viser regionrådstilhørighet, tilhørighet til lokalsykehusområde og sentralitetsnivå for alle kommuner.

### 2.3.1 Geografiske inndelinger etter regionråd og lokalsykehus

Kommunene i Nord-Norge er delt inn i 14 regioner, i tråd med regionrådsinndelingen. Kommunene Evenes og Tjeldsund hører egentlig til Ofoten regionråd, men fordi de har felles legetjeneste med Skånland er de plassert i regionen Sør-Troms. Kommunene er også delt inn i 11 lokalsykehusområder. Ingen lokalsykehusområder tilsvarer hundre prosent inndelingen i regioner, men det er stort sammenfall (Tabell 4).

Tabell 4: Inndeling av kommunene i Nord-Norge i 14 regioner og 11 lokalsykehusområder

Regioner		Lokalsykehusområder	
Sør-Helgeland	Bindal, Sømna, Brønnøy, Vega, Vevelstad	Sandnessjøen	Bindal, Sømna, Brønnøy, Vega, Vevelstad, Herøy, Alstahaug, Leirfjord, Dønna, Lurøy, Træna
Indre Helgeland	Grane, Hattfjelldal, Nesna, Hemnes, Rana, Lurøy	Rana	Nesna, Hemnes, Rana, Rødøy
Helgeland	Herøy, Alstahaug, Leirfjord, Vefsn, Dønna, Træna, Rødøy	Mosjøen	Vefsn, Grane, Hattfjelldal
Bodø/ Salten	Bodø, Meløy, Gildeskål, Beiarn, Saltdal, Fauske, Sørfold, Steigen, Hamarøy	Bodø	Bodø, Meløy, Gildeskål, Beiarn, Saltdal, Fauske, Sørfold, Steigen, Hamarøy, Tysfjord, Røst, Værøy
Lofoten	Røst, Værøy, Flakstad, Vestvågøy, Vågan, Moskenes	Lofoten	Flakstad, Vestvågøy, Vågan, Moskenes
Vesterålen	Hadsel, Bø, Øksnes, Sortland, Andøy, Lødingen	Vesterålen	Hadsel, Bø, Øksnes, Sortland, Andøy
Ofoten	Narvik, Tysfjord, Ballangen	Narvik	Narvik, Ballangen, Gratangen, Lavangen, Salangen
Sør-Troms	Evenes, Tjeldsund, Harstad, Kvæfjord, Skånland, Ibestad, Gratangen, Lavangen, Salangen	Harstad	Lødingen, Tjeldsund, Harstad, Kvæfjord, Skånland, Ibestad, Evenes
Midt-Troms	Bardu, Målselv, Sørreisa, Dyrøy, Tranøy, Torsken, Berg, Lenvik	Tromsø	Tromsø, Bardu, Målselv, Sørreisa, Dyrøy, Tranøy, Torsken, Berg, Lenvik, Balsfjord, Karlsøy, Lyngen, Storfjord, Kåfjord, Skjervøy, Nordreisa, Kvænangen
Tromsø-regionen	Tromsø, Karlsøy, Balsfjord		
Nord-Troms	Kvænangen, Nordreisa, Skjervøy, Kåfjord, Storfjord, Lyngen		
Vest-Finnmark	Alta, Hammerfest, Nordkapp, Måsøy, Kvalsund, Hasvik, Loppa, Porsanger	Hammerfest	Hammerfest, Kautokeino, Alta, Loppa, Hasvik, Kvalsund, Måsøy, Nordkapp, Porsanger, Karasjok, Lebesby
Indre Finnmark	Karasjok, Kautokeino		
Øst-Finnmark	Vardø, Vadsø, Gamvik, Berlevåg, Tana, Nesseby, Båtsfjord, Lebesby, Sør-Varanger	Kirkenes	Vardø, Vadsø, Gamvik, Berlevåg, Tana, Nesseby, Båtsfjord, Sør-Varanger

### 2.3.2 Sentralitetsindeks for kommunene

Den nye sentralitetsindeksen fra SSB er basert på reisetid til arbeidsplasser og servicefunksjoner fra alle bebodde grunnkretser (Høydahl 2017). Den er satt sammen av to delindekser basert på antall arbeidsplasser den enkelte kan nå med bil i løpet av 90 minutter, og hvor mange ulike typer servicefunksjoner de som bor i den enkelte grunnkrets kan nå med bil i løpet av 90 minutter. Indeksen har verdier som er gruppert i seks grupper. Det er ingen nordnorske kommuner som er plassert blant de mest sentrale kommunene (nivå 1 og nivå 2). Tabell 5 viser inndelingen av kommunene i Nord-Norge i fire sentralitetsnivå.

Tabell 5: Inndeling av kommunene i Nord-Norge i fire sentralitetsnivå

Sentralitetsnivå	Kommuner
Minst sentrale (nivå 6)	Bindal, Sømna, Vega, Vevelstad, Herøy, Leirfjord, Grane, Hattfjelldal, Dønna, Nesna, Lurøy, Træna, Rødøy, Meløy, Gildeskål, Beiarn, Sørfold, Steigen, Hamarøy, Tysfjord, Lødingen, Tjeldsund, Evenes, Ballangen, Røst, Værøy, Flakstad, Bø, Andøy, Moskenes, Ibestad, Gratangen, Lavangen, Salangen, Dyrøy, Tranøy, Torsken, Berg, Balsfjord, Karlsøy, Lyngen, Storfjord, Kåfjord, Kvænangen, Vardø, Kautokeino, Loppa, Hasvik, Kvalsund, Måsøy, Nordkapp, Porsanger, Lebesby, Gamvik, Berlevåg, Tana, Nesseby, Båtsfjord
Nest minst sentrale (nivå 5)	Brønnøy, Alstahaug, Hemnes, Saltdal, Vestvågøy, Vågan, Hadsel, Øksnes, Kvæfjord, Skånland, Bardu, Målselv, Sørreisa, Lenvik, Skjervøy, Nordreisa, Vadsø, Karasjok, Sør-Varanger
Mellomsentrale (nivå 4)	Rana, Vefsn, Fauske, Sortland, Narvik, Harstad, Hammerfest, Alta
Mellomsentrale (nivå 3)	Tromsø, Bodø

### 2.4 Reisetid fra kommuner til sykehus

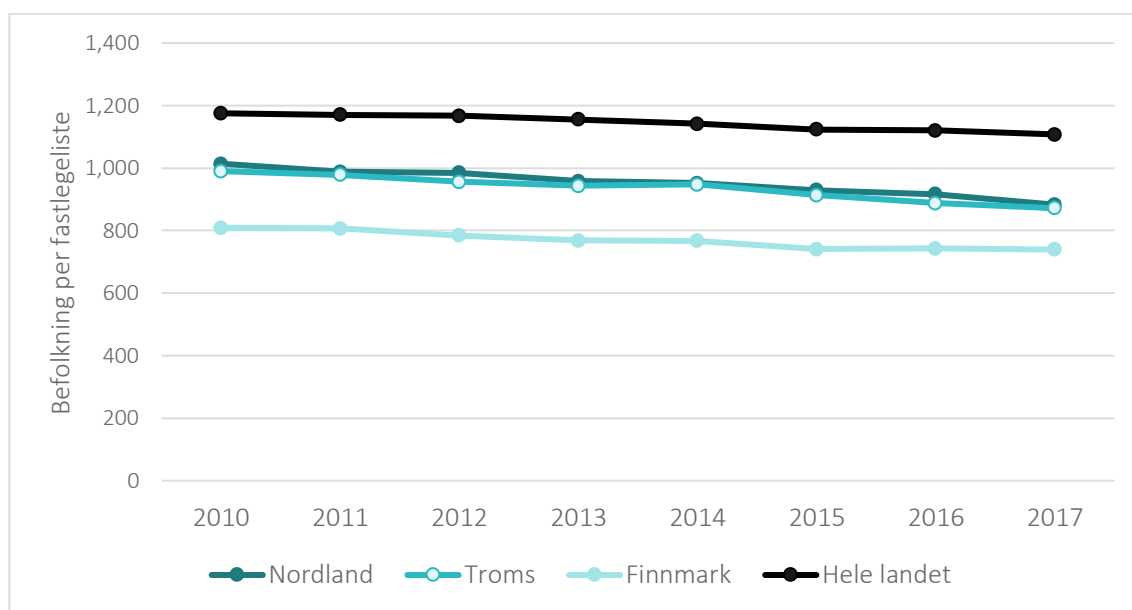
Reisetid til sykehus og legevakt er beregnet med utgangspunkt i Helsedirektoratets verktøy for reisetidsberegning (Reisetid - akuttjenester i Norge). For en enkelt kommune (Træna) mangler beregning av reisetid til sykehus. I dette verktøyet er det ikke gjort rede for hvordan reisetid er beregnet. For eksempel er det beregnet henholdsvis 17 og 18 minutters reisetid til sykehus for kommunene Bodø og Tromsø, og begge steder ligger sykehuset sentralt i byen.

### 3 DIMENSJONERING OG STABILITET

#### 3.1 Endringer i dimensjonering av fastlegetjenesten

I perioden fra 2009/10 til årsskiftet 2016/17 har det vært vekst i antall fastlegelister i hele landet og i alle de tre fylkene i Nord-Norge (Nordland: 18 prosent, Troms: 20 prosent, Finnmark: 14 prosent, Hele landet: 15 prosent) (data fra Helsedirektoratet). I hele landet og i alle de tre fylkene har det i samme periode vært befolkningsvekst (Nordland: 2,8 prosent, Troms: 5,8 prosent, Finnmark: 4,5 prosent, Hele landet: 8,2 prosent).

Figur 4 viser at det er mindre befolkning per fastlegeliste i de nordnorske fylkene sammenliknet med hele landet. Figuren viser at det i perioden er blitt relativt sett flere fastlegelister å fordele befolkningen på i alle de tre fylkene og også i landet som helhet. Figuren indikerer videre at det er relativt store forskjeller i dimensjoneringen mellom de nordnorske fylkene hvor Troms og Nordland er like og har fulgt samme utvikling, mens Finnmark har en fastlegetjeneste som er dimensjonert med mindre befolkning per fastlegeliste enn landet som helhet. I perioden har det imidlertid blitt mindre forskjell mellom de nordnorske fylkene.<sup>17</sup>



Figur 4: Befolkning per fastlegeliste 2010-2017. Fylker i Nord-Norge og hele landet.

<sup>17</sup> Dette temaet beskrives også i avsnittet om listelengde, men da basert på et annet datagrunnlag.

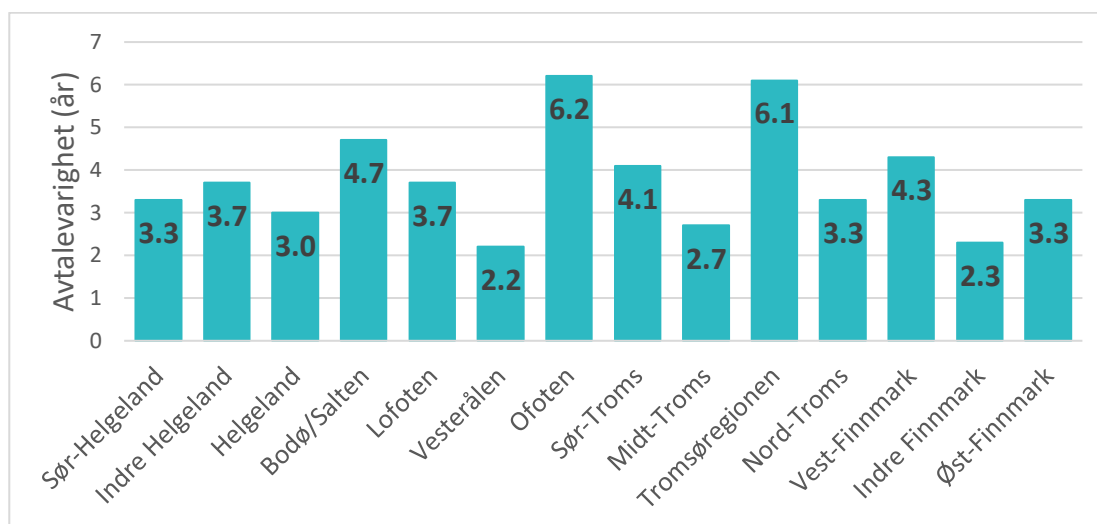
### 3.2 Varighet av fastlegeavtaler i Nord-Norge

Re-analysen av data fra Abelsen et al. (2015) viser betydelige stabilitetsforskjeller mellom varigheten av fastlegeavtaler i Nord-Norge sammenlignet med hele landet. Den mediane<sup>18</sup> lengden på fastlegeavtaler inngått i Nord-Norge var 3,8 år. Det vil si drøyt to år kortere enn den mediane avtalevarigheten på landsbasis (5,9 år).

Figurene i det videre viser hvordan median varighet av fastlegeavtaler inngått i den undersøkte perioden varierte med ulike måter å dele inn de nordnorske kommunene.

#### 3.2.1 Varighet av fastlegeavtaler og geografiske inndelinger

Figur 5 viser median varighet av fastlegeavtaler i regionrådsområdene. Her framstår flertallet av regionene med en median varighet av fastlegeavtaler som ligger under den mediane varigheten for landsdelen som helhet. Det er bare fem av 14 regioner som hadde median varighet over landsdelsnivået. Disse var Ofoten, Tromsøregionen, Bodø/Salten, Vest-Finnmark og Sør-Troms.

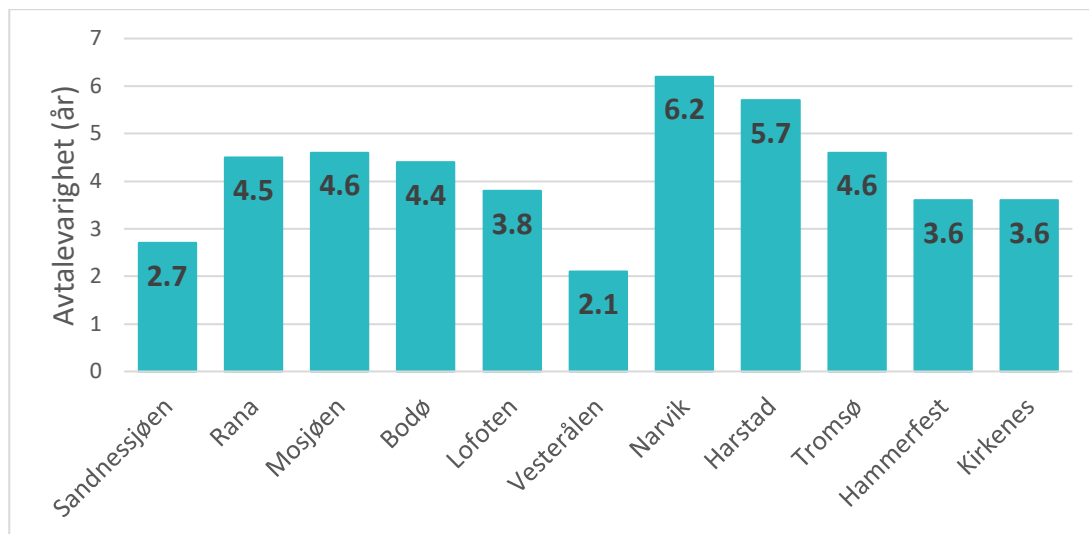


Figur 5: Median varighet (år) av fastlegeavtaler i nordnorske kommuner inngått i perioden 01.05.2001-01.05.2014, fordelt etter region. (N=1 074)

En inndeling etter lokalsykehusområder gir et litt annet bilde (se figur 6). Her har flertallet av lokalsykehusområdene en median varighet på fastlegeavtalene som ligger over nivået for landsdelen som helhet. De fire av 11 lokalsykehusområder som lå under

<sup>18</sup> Medianen er et mål for sentraltendens og markerer det tidspunktet hvor halvparten av alle fastlegeavtaler har vart kortere tid enn medianen, mens halvparten har vart lengre

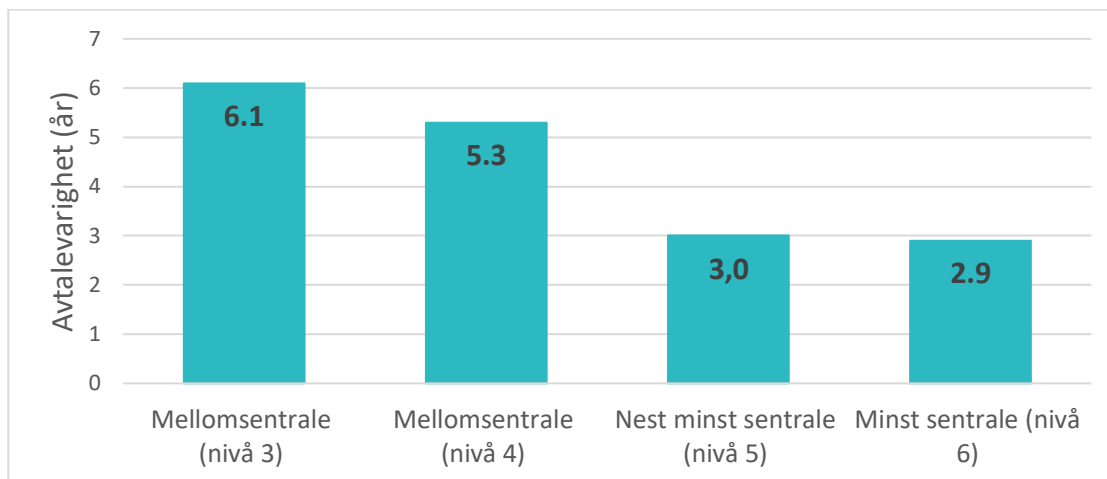
landsdelsnivået, var Vesterålen, Sandnessjøen, Hammerfest og Kirkenes. Lofoten lå på landsdelsnivået.



Figur 6: Median varighet (år) av fastlegeavtaler i nordnorske kommuner inngått i perioden 01.05.2001-01.05.2014, fordelt etter lokalsykehusområde. (N=1 074)

### 3.2.2 Varighet av fastlegeavtaler og sentralitet

Figur 7 viser hvordan varigheten av fastlegeavtaler varierer med kommunens sentralitet. De mellomsentrale kommunene hadde fastlegeavtaler med median varighet med mer enn, eller nær, dobbelt så lang varighet som i de nest-minst og minst sentrale kommunene. Det samme mønsteret finnes på landsnivå. I de nest-minst og minst sentrale kommunene lå den mediane varigheten av fastlegeavtalene godt under det som var tilfelle for landsdelen som helhet.



Figur 7: Median varighet (år) av fastlegeavtaler i nordnorske kommuner inngått i perioden 01.05.2001-01.05.2014, fordelt etter sentralitet. (N=1 074)

### 3.2.3 Fastlegeavtaler i Tromsø kommune

Tromsø kommune er i en særstilling i landsdelen fordi de var med i fastlegforsøket forut for opprettelse av fastlegeordningen i 2001. Det betyr at de har hatt fastlegeordning siden 1.3.1993. Fram til 1.5.2014, som setter sluttstrek for datainnsamlingen i det datamaterialet vi har til rådighet, hadde de altså hatt fastlegeordning i 21 år og 2 måneder. Vi har isolert data om fastlegeavtalene inngått i Tromsø kommune i denne perioden, gjort overlevelsesanalysen og fant en median varighet av fastlegeavtaler på 9,2 år.

### 3.2.4 Utskiftning av fastleger

Den årlige utskiftningsandelen<sup>19</sup> (turnoverandelen) blant fastleger i Nord-Norge økte 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 (Abelsen et al. 2015)). I 2002 ble det inngått 53 nye fastlegeavtaler i nordnorske kommuner, mens det i 2013 ble inngått 62<sup>20</sup>.

Abelsen et al. (2015) viste at den årlige utskiftningsandelen på landsbasis fra 2002 til 2013 lå noe høyere for menn enn for kvinner, og at den økte for begge kjønn. For menn var den 6,4 prosent i 2002 og 7,7 prosent i 2013, for kvinner 6,2 prosent i 2002 og 6,8 prosent i 2013. Reanalysen for Nord-Norge viser et annet bilde med høyere utskiftningsandeler blant de kvinnelige fastlegene sammenlignet med de mannlige. Her

<sup>19</sup> Utskiftningsandelen er målt som den andelen avviklede fastlegeavtaler i løpet av ett år utgjorde av alle virksomme fastlegeavtaler ved slutten av dette året.

<sup>20</sup> Tallene uttrykker antallet fastleger som går inn i en ny avtale (ny hjemmel eller overtakelse av annens hjemmel).

gikk imidlertid utskiftningsandelen blant kvinnene ned gjennom undersøkelsesperioden, mens den økte blant mennene, som på landsbasis. For de mannlige fastlegene var utskiftningsandelen 9,6 prosent i 2002 og 12,2 prosent i 2013, mens den blant de kvinnelige var 14,7 prosent i 2002 og 13,6 prosent i 2013<sup>21</sup>.

### 3.2.5 Alder ved avtaleavslutning

Bare 4,7 prosent av fastlegeavtalene i Nord-Norge (mot 11,2 prosent på landsbasis) ble avsluttet av leger som var 67 år eller eldre. Det har med andre ord ikke vært vanlig å pensjonere seg som fastlege i Nord-Norge.

Gjennomsnittsalderen ved avslutning av en fastlegeavtale i Nord-Norge var totalt sett 44,8 år (47,1 år blant mannlige og 41,1 år blant kvinnelige fastleger). På landsbasis var tilsvarende tall 47,6 år totalt sett (49,7 år blant mannlige og 44 år blant kvinnelige fastleger).

## 3.3 Oppsummering

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.

Det var betydelige stabilitetsforskjeller i fastlegetjenesten mellom Nord-Norge og landsgjennomsnittet. Mens den mediane lengden på en fastlegeavtale i Nord-Norge var 3,8 år, var den på landsbasis 5,9 år. Varigheten av fastlegeavtaler varierte med kommunenes sentralitet, og er kortest i minst sentrale kommuner.

Regionrådsområdene med kortest median varighet av fastlegeavtaler var Vesterålen, Indre Finnmark og Midt-Troms. Lokalsykehusområdene som hadde lavest varighet av fastlegeavtaler var Vesterålen og Sandnessjøen.

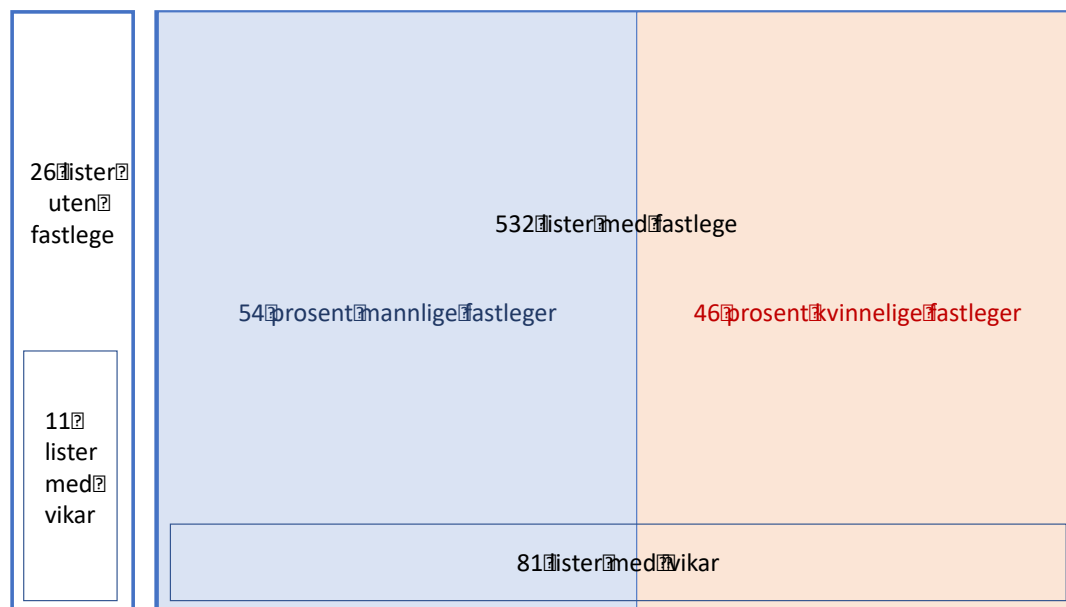
Den årlige utskiftningsandelen (turnoverandelen) blant fastleger i Nord-Norge økte fra 11,4 prosent i 2002 til 12,8 prosent i 2013, og lå på et høyere nivå enn utskiftningsandelen på landsbasis (som økte fra 6,4 prosent i 2002 til 7,3 prosent i 2013).

---

<sup>21</sup> I 2002 ble det inngått 28 nye fastlegeavtaler i nordnorske kommuner med mannlige og 25 med kvinnelige fastleger, mens det i 2013 ble inngått 35 nye fastlegeavtaler med mannlige og 27 med kvinnelige fastleger.

## 4 FASTLEGETJENESTEN I NORD-NORGE PER OKTOBER 2017

Data fra Min Fastlege viser at det per 17. oktober 2017 var 558 fastlegelister i Nord-Norge. Figur 8 oppsummerer bemanningen av disse 558 listene.



Figur 8: Bemanning av de 558 fastlegelistene i Nord-Norge

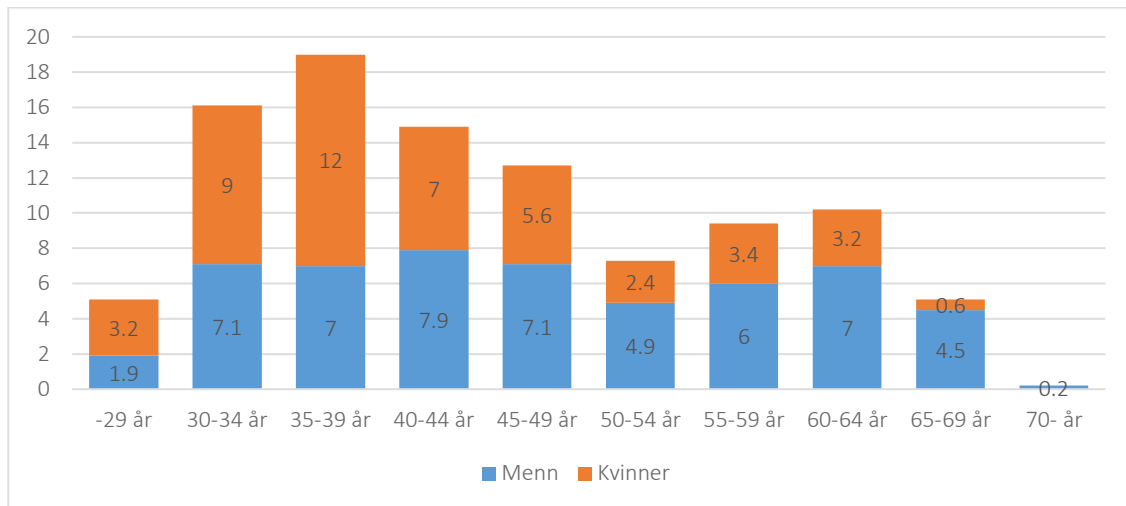
Videre i dette avsnittet beskrives bemanning av fastlegetjenesten i Nord-Norge mer i detalj, med fokus på kjønns- og aldersprofil, spesialiseringsgrad, listelengde, ledighet og vikarbruk.

Begrepene fastlegehjemmel og fastlegestilling brukes ofte om hverandre i omtalen av dette feltet. I denne rapporten brukes begrepet fastlegestilling.

### 4.1 Fastlegene: kjønn og alder

285 av listeinnehaverne (53,6 prosent) var menn og 247 (46,4 prosent) var kvinner. Dette er en høyere kvinneandel enn på landsbasis (41,7 prosent per 31.12.2016, Helsedirektoratets styringsdata for fastlegeordningen). Aldersspredningen på fastlegene i Nord-Norge var fra 24 til 71 år. Figur 9 viser aldersfordelingen på fastlegene (listeinnehaverne) i Nord-Norge. Når vi ser hele Nord-Norge under ett, var 15,4 prosent av fastlegene 60 år eller eldre.





Figur 9: Fastleger i Nord-Norge fordelt på kjønn og femårige aldersgrupper. Prosent. (N=532)

Kvinneandelen var høyest i aldersgruppene til og med 39 år. I aldersgruppene fra 40 år og eldre var det høyest andel menn.

Sammenlignet med tall for hele landet (Godager 2017) var andelen fastleger 60 år eller eldre mye mindre i Nord-Norge. Godagers studie viste at andelen fastleger over 60 år var sju prosent i 2001, 15 prosent i 2010 og 24 prosent i 2017. Datagrunnlaget i Godagers studie er fra SSB, Helsedirektoratet og Legeforeningens medlemsstatistikk.

#### 4.1.1 Fastlegelistene etter region, lokalsykehusområde og sentralitet

Tabell 5 viser hvordan de 558 fastlegelistene per 17. oktober i Nord-Norge var fordelt mellom regioner. De regionene som hadde flest fastlegelister var Tromsøregionen med 15,4 prosent, Bodø/Salten med 14 prosent og Vest-Finnmark med 10,6 prosent. Færrest fastlegelister var det i Indre Finnmark med 1,5 prosent.

Tabell 6 viser også hvordan fastlegelistene var fordelt på lokalsykehusområder. I denne inndelingen hadde Tromsø flest lister med 25,4 prosent, deretter fulgte Bodø med 15,8 prosent og Hammerfest med 12,5 prosent. Færrest fastlegelister var det i Lofoten med 4,4 prosent.

Tabell 6: Antall og andel fastlegelister i regioner og lokalsykehusområder i Nord-Norge per 17. oktober 2017.

Region	Antall	Prosent	Lokalsykehusområde	Antall	Prosent
Sør-Helgeland	21	3,2	Sandnessjøen	39	6,9
Indre Helgeland	47	7,2	Rana	17	6,8
Helgeland	37	5,7	Mosjøen	38	6,8
Bodø/ Salten	91	14,0	Bodø	88	15,8
Lofoten	31	4,8	Lofoten	25	4,4
Vesterålen	53	8,2	Vesterålen	38	6,8
Ofoten	32	4,9	Narvik	31	5,6
Sør-Troms	42	6,5	Harstad	32	5,7
Midt-Troms	43	6,6	Tromsø	142	25,4
Tromsøregion	100	15,4			
Nord-Troms	25	2,9			
Vest-Finnmark	69	10,6	Hammerfest	70	12,5
Indre Finnmark	10	1,5			
Øst-Finnmark	48	7,4	Kirkenes	38	6,8
Totalt	558	100,0	Totalt	558	100,0

Tabell 7 viser hvordan fastlegelistene var fordelt etter kommunens sentralitet. Det var flest fastlegelister i de minst sentrale kommunene og færrest i de mest sentrale kommunene. Det var kun små forskjeller mellom kvinnelige og mannlige fastleger med hensyn til sentralitetsfordeling.

Tabell 7: Antall og andel fastlegelister i Nord-Norge per 17. oktober 2017 etter kommunens sentralitet og fastlegens kjønn.

Sentralitet	Menn		Kvinner		Total	
	N	%	N	%	N	%
Minst sentrale (nivå 6)	75	26,3	63	25,5	138	25,9
Nest minst sentrale (nivå 5)	80	28,1	64	25,9	144	27,1
Mellomsentrale (nivå 4)	62	21,8	69	27,9	131	24,6
Mellomsentrale (nivå 3)	68	23,9	51	20,6	119	22,4
Totalt	285	100	247	100	532	100,0

4.1.2 Andel eldre fastleger og geografisk inndeling av kommunene  
 Variasjonen mellom regionene i Nord-Norge i andel eldre fastleger var stor. Tabell 8 viser at en region, Ofoten, hadde en veldig stor andel fastleger 60 år eller eldre per oktober 2017 (45,4 prosent). Andre regioner med en større andel enn 20 prosent eldre fastleger var Midt-Troms (21,6 prosent), Lofoten (21,4 prosent), Nord-Troms (21,1 prosent) og

Indre Helgeland (20,5 prosent). Regioner med størst andel fastleger 55 år eller eldre var Ofoten (59 prosent), Nord-Troms (36,9 prosent) og Indre Helgeland (30,8 prosent).

Regioner med størst andel unge fastleger (35 år eller yngre) var Vesterålen (47,4 prosent), Øst-Finnmark (37,8 prosent), Sør-Helgeland (31,6 prosent), Midt-Troms (29,7 prosent), Indre Finnmark (25 prosent), Sør-Troms (24,3 prosent) og Lofoten (21,5 prosent).

Variasjonen mellom lokalsykehusområder i andel eldre fastleger ga ikke like tydelige forskjeller mellom områdene som når vi sammenlignet regioner. Lokalsykehusområdet med størst andel eldre fastleger var Narvik (37,9 prosent). (Se også mer detaljerte tall i Aldersfordeling på listeinnhavere, fordelt på regioner (tabellvedlegg 4) og lokalsykehusområder (tabellvedlegg 5).)

Tabell 8: Nordnorske fastlegers alder per oktober 2017 fordelt etter region og lokalsykehusområde (prosent)

Region	-34 år	35-59 år	60 år-	N	Lokalsykehus-område	-34 år	35-59 år	60 år-	N
Sør-Helgeland	31,6	57,9	10,5	19	Sandnessjøen	25,0	55,6	19,4	36
Indre Helgeland	15,4	64,1	20,5	39	Rana	11,8	70,6	17,6	34
Helgeland	14,3	71,4	14,2	28	Mosjøen	18,8	75,0	6,3	16
Bodø/ Salten	18,8	66,3	15,0	80	Bodø	18,6	67,4	14,0	86
Lofoten	21,4	57,1	21,4	28	Lofoten	20,8	54,2	25,0	24
Vesterålen	47,4	42,1	10,5	38	Vesterålen	50,0	41,7	8,3	36
Ofoten	4,5	50,0	45,5	22	Narvik	10,3	51,7	37,9	29
Sør-Troms	24,3	56,8	18,9	37	Harstad	23,3	53,3	23,3	30
Midt-Troms	29,7	48,6	21,6	37	Tromsø	15,8	68,3	15,8	139
Tromsøregion	8,4	89,5	12,0	83					
Nord-Troms	21,1	57,9	21,1	19					
Vest-Finnmark	17,5	75,4	7,0	57	Hammerfest	19,4	73,1	7,5	67
Indre Finnmark	25,0	75,0	0,0	8					
Øst-Finnmark	37,8	54,1	8,1	37	Kirkenes	37,1	57,1	5,7	35
Totalt	21,2	63,3	15,4	532	Totalt	21,2	63,3	15,4	532

#### 4.1.3 Andel eldre fastleger og sentralitet

Tabell 9 viser at andelen fastleger som er 60 år eller eldre er lik på tre av fire sentralitetsnivå, og ligger på 14-15 prosent. I de nest minst sentrale kommunene er imidlertid andelen eldre fastleger litt høyere (18 prosent).

Tabell 9: Andel fastleger 60 år eller eldre per oktober 2017, fordelt på sentralitetsnivå (N=532)

Sentralitet	-34 år	35-59 år	60 år-	N
Minst sentrale (nivå 6)	23,9	61,6	14,5	138
Nest minst sentrale (nivå 5)	29,9	52,1	18,1	144
Mellomsentrale (nivå 4)	21,4	64,1	14,5	131
Mellomsentrale (nivå 3)	7,6	78,2	14,3	119
Totalt	21,2	63,3	15,4	532

## 4.2 Spesialister i allmenntidisin

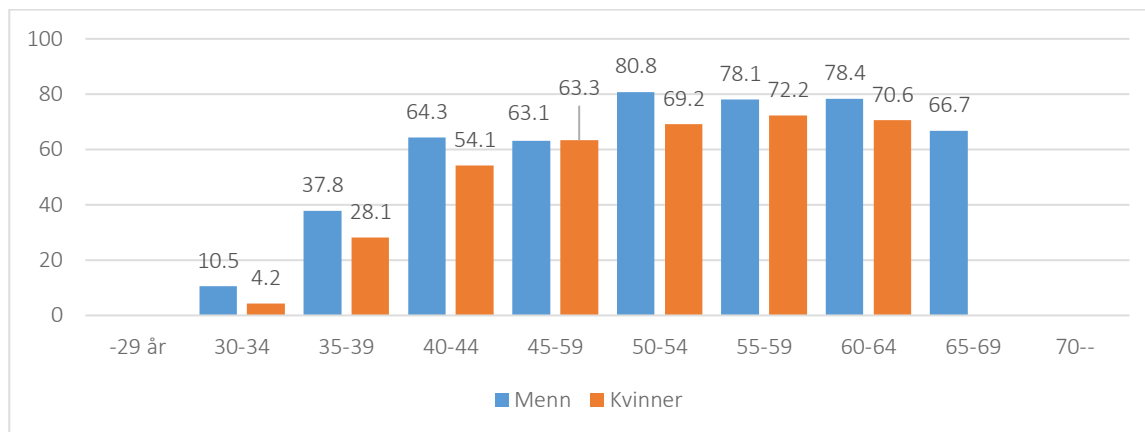
Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten stiller krav om at alle fastleger som blir tilsatt skal være spesialist i allmenntidisin eller under spesialisering. Utdanningstid (regnet som antall år fra autorisasjon til spesialistgodkjenning) for spesialisering i allmenntidisin er i gjennomsnitt 8,31 år og inkluderer også tid bruk i permisjoner (Legeforeningen 2017b). Spesialistutdanningen for leger er i ferd med å legges om blant annet med mål om effektivisering og kvalitetssikring. I september 2017 startet det første kullet som LIS1 (tidligere kalt turnustjeneste) på sykehus med føringer lagt i spesialistforskriften<sup>22</sup>. Mens det tidligere var tjenestetid kombinert med gjennomføring av blant annet prosedyrer og kurs som avgjorde om man fikk spesialistgodkjenning, så vil spesialistutdanningen fremover bygge på læringsmål. Omleggingen av spesialistutdanningen vil fra mars 2019 tildele kommunene en ny rolle ved at det i større grad enn tidligere blir kommunens ansvar å legge til rette for at fastleger under spesialisering i allmenntidisin kan oppnå læringsmålene og gjennomføre utdanningsløpet. Spesialistgodkjenninger i allmenntidisin er kun konverterbare fra Norden, og de siste ti årene har det i snitt vært 36 konverteringer per år (Legeforeningen 2017c).

253 (48 prosent) av 532 fastleger i Nord-Norge var spesialister i allmenntidisin (per oktober 2017), mot 57,1 prosent på landsbasis (per februar 2017, Legeforeningen 2017). Andelen spesialister i allmenntidisin i Nord-Norge var naturlig nok lavest blant de yngste fastlegene, med kun sju prosent spesialister i aldersgruppen 30-34 år og 32 prosent i gruppen 35-39 år. I aldersgruppene mellom 50 og 65 år var andelen spesialister høyest (76-77 prosent). Andelen spesialister var lavere for aldersgruppen 65-69 år (59 prosent).

56 prosent av de mannlige og 37 prosent av de kvinnelige fastlegene var spesialister i allmenntidisin (Figur 10). Kjønnsforskjellen i spesialiststatus kan ikke i sin helhet

<sup>22</sup> <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482>

forklares av at en større andel kvinnelige fastleger var unge. Det var en lavere andel kvinnelige spesialister i nesten alle aldersgrupper. Det var kun i aldersgruppen 45-49 år at andelen spesialister blant de kvinnelige og de mannlige spesialistene var tilnærmet lik. Det var ingen spesialister i den yngste og i den eldste aldersgruppen.



Figur 10: Andel spesialister i allmenntilleggsmedisin blant mannlige og kvinnelige fastleger i Nord-Norge, fordelt på kjønn og femårige aldersgrupper (N=532)

Data fra Legeforeningen viser at i hele landet var 62,2 prosent av de mannlige og 50,2 prosent av de kvinnelige fastlegene spesialister i allmenntilleggsmedisin. Det betyr at forskjellen i spesialistandel mellom kvinner og menn var større i Nord-Norge enn den var på landsbasis. Det var spesielt andelen kvinnelige fastleger som var spesialister i allmenntilleggsmedisin, som skilte seg fra landsgjennomsnittet ved at den kun var 37 prosent i Nord-Norge, mot 50 prosent på landsbasis.

Andelen spesialister varierte mellom regionene og lokalsykehusområdene. I følgende fem små kommuner var alle fastlegene spesialister i allmenntilleggsmedisin: Karlsøy (3 fastleger), Hattfjelldal (2 fastleger), Nesna (2 fastleger), Træna (1 fastlege), og Vevelstad (1 fastlege) (se fordeling på hver enkelt kommune i Tabellvedlegg 3).

Venstre del av Tabell 10 viser at andelen spesialister i allmenntilleggsmedisin var høyest i Indre Helgeland (62 prosent), Tromsøregionen (59 prosent) og Helgeland (54 prosent), og lavest i Vesterålen (29 prosent) og i Øst-Finnmark (35 prosent). Høyre del av tabellen viser at andelen spesialister var høyest i lokalsykehusområdene Rana (65 prosent), Mosjøen (63 prosent) og Tromsø (54 prosent), og lavest i Vesterålen (28 prosent) og Kirkenes (34 prosent).

Tabell 10: Andel spesialister i allmenmedisin i Nord-Norge fordelt på regioner og lokalsykehusområder

Region	Andel spesialist	N	Lokalsykehusområde	Andel spesialist	N
Sør-Helgeland	36,8	19	Sandnessjøen	38,9	36
Indre Helgeland	<b>61,5</b>	39	Rana	<b>64,7</b>	34
Helgeland	53,6	28	Mosjøen	62,5	16
Bodø/Salten	47,5	80	Bodø	45,3	86
Lofoten	46,4	28	Lofoten	50,5	24
Vesterålen	28,9	38	Vesterålen	27,8	36
Ofoten	50,0	22	Narvik	44,8	29
Sør-Troms	50,5	37	Harstad	46,7	30
Midt-Troms	45,9	37			
Tromsøregionen	59,0	83	Tromsø	54,0	139
Nord-Troms	47,4	19			
Vest-Finnmark	47,4	57	Hammerfest	47,8	67
Indre Finnmark	50,0	8			
Øst-Finnmark	35,1	37	Kirkenes	34,3	35
Totalt	47,6	532	Totalt	47,6	532

Tabell 11 viser at andelen spesialister i allmenmedisin var høyest jo mer sentral kommunen er. Når vi i tillegg trekker inn kjønnsfordeling, ser vi at det blant kvinner i minst sentrale kommuner er kun 22 prosent som er spesialister.

Tabell 11: Andel spesialister i allmenmedisin i Nord-Norge fordelt på kjønn og kommunens sentralitet

Sentralitet	Andel spesialister		
	Menn	Kvinner	Total
Minst sentrale (nivå 6)	42,7	22,2	33,3
Nest minst sentrale (nivå 5)	58,8	32,8	47,2
Mellomsentrale (nivå 4)	61,3	43,5	51,9
Mellomsentrale (nivå 3)	63,2	54,9	59,7
Totalt	56,1	37,7	47,6

Videre analyser viser at andelen spesialister i allmenmedisin blant kvinnelige fastleger i Nord-Norge i de minst og nest minst sentrale kommunene er lavere enn i de mer sentrale nordnorske kommunene i alle femårige aldersgrupper bortsett fra i gruppen 50-54 år.

Sammenhengen mellom spesialistandel og sentralitet bekreftes i NSDMs landsomfattende spørreundersøkelse per 1.1.2015. Abelsen et al. (2016) fant at per 1.1.2015 var 53 prosent av fastlegene i kommuner med 20 000 eller færre innbyggere spesialist i allmenntilleggsmedisin, 34 prosent var under aktiv spesialisering i allmenntilleggsmedisin, mens 13 prosent hverken var spesialist eller under spesialisering. I noen tilfeller ble sistnevnte situasjon begrunnet med at fastlegen var nytilsatt og enda ikke innrullert i spesialiseringssløp. Andelen spesialister i allmenntilleggsmedisin økte signifikant både med kommunestørrelse og kommunens sentralitet, men sammenhengen mellom spesialiseringsgrad og sentralitet var sterkest. Dette kan skyldes at det å være spesialist i allmenntilleggsmedisin har vært et større konkurransefortrinn i sentrale kommuner og at det er lettere å gjennomføre der. Det kan for eksempel være lettere å pendle for å gjennomføre sykehustjenesten - eller kanskje sykehuset til og med ligger i kommunen. Et annet aspekt er at legene i de minst sentrale kommunene generelt er yngre enn legene i de sentrale kommunene.

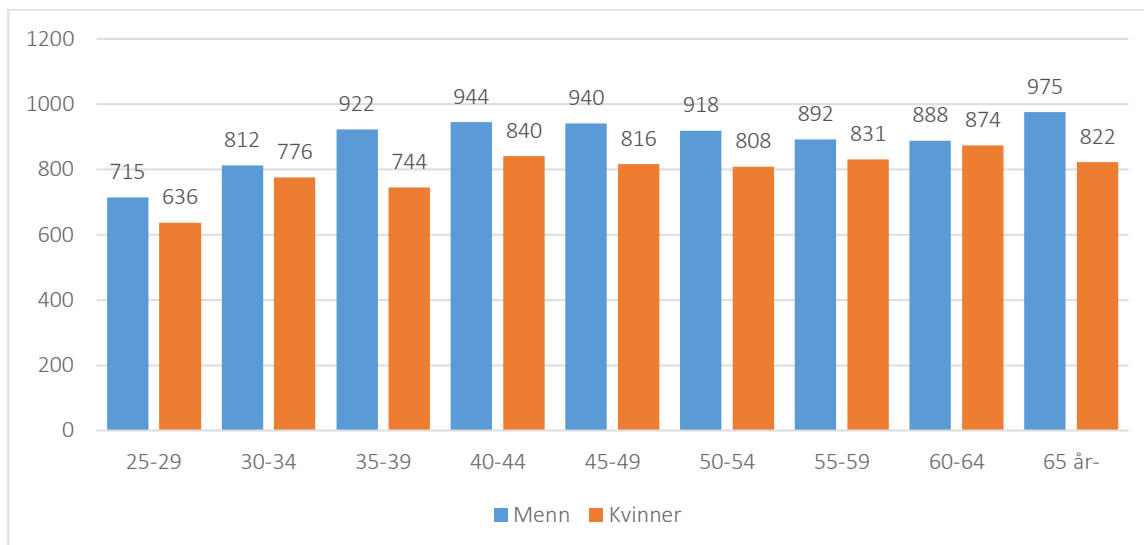
### 4.3 Listelengde

Gjennomsnittlig fastlegelistelengde i Nord-Norge var 834 (median = 833) per oktober 2017, med maksimum 2 195 listepasienter. Landsgjennomsnittet var 1 120 per 31.12.2016 (Helsedirektoratets fastlegestatistikk). Fastlegelistene i Nord-Norge var altså i gjennomsnitt 286 listepasienter kortere.

Til sammen var det 465 233 listepasienter på listene i Nord-Norge per oktober 2017. Totalt antall plasser på fastlegelister i Nord-Norge var 503 850 per oktober 2017. Antallet ledige plasser på liste i Nord-Norge var 38 617, det vil si 7,7 prosent av totalt antall plasser (tilsvarende andel var 4,4 prosent på landsbasis). Halvparten av fastlegene i Nord-Norge hadde ikke ledige plasser på listene (46,8 prosent hadde 0 plasser og 50,4 prosent hadde fra 0 til 3 plasser). En av fire fastleger hadde 50 eller flere ledige listeplasser.

Mannlige fastleger i Nord-Norge hadde i gjennomsnitt flere listepasienter (902) enn kvinnelige fastleger (785), samme tendens gjaldt for landet som helhet men forskjellen var noe større i Nord-Norge. Ingen kvinnelige fastleger i Nord-Norge hadde mer enn 1 400 listepasienter.

Legene som var i aldersgruppen 60 år og eldre hadde i gjennomsnitt litt lengre lister (909 listepasienter) enn fastleger i landsdelen generelt, og betjente 82 fastlegelister med til sammen 74 574 listeinnbyggere.



Figur 11: Gjennomsnittlig listelengde hos nordnorske fastleger fordelt på alder og kjønn

Listelengden varierte mellom regionene (Tabell 12), med lengst gjennomsnittlig listelengde i Tromsøregionen (1 042), fulgt av Bodø (999). Kortest gjennomsnittlig listelengde var i Sør-Troms (640), Sør-Helgeland (646), Indre Finnmark (653) og Øst-Finnmark (656).

Tabell 12: Gjennomsnittlig listelengde, median og min/max listelengde. Region

Region	Antall lister	Gjennomsnittlig listelengde	median	min	max	Total listelengde
Sør-Helgeland	20	646	681	21	1 020	12 918
Indre Helgeland	42	873	905	0	1 600	36 678
Helgeland	32	850	900	260	1 250	27 187
Bodø	81	999	1 000	347	2 150	80 937
Lofoten	29	841	900	220	1 625	24 408
Vesterålen	41	771	794	446	1 100	31 617
Ofoten	25	980	1 000	96	2 195	24 514
Sør-Troms	38	640	725	7	1 000	24 336
Midt-Troms	38	737	700	155	1 500	28 013
Tromsøregionen	83	1 042	1 100	214	1 593	86 449
Nord-Troms	21	707	758	65	971	14 849
Vest-Finnmark	60	698	780	0	1 034	41 856
Indre Finnmark	8	653	680	450	743	5 220
Øst-Finnmark	40	656	678	243	1 100	26 251
Totalt	558	834	833	0	2 195	465 233



Listelengden varierte mellom lokalsykehusområdene (Tabell 13), med lengst gjennomsnittlig listelengde i Bodø (957), Mosjøen (942), Lofoten (932) og Tromsø (911).

Tabell 13: Gjennomsnittlig listelengde, median og min/max listelengde, etter lokalsykehusområde

Lokalsykehus-område	Antall lister	Gjennomsnittlig listelengde	median	min	max	Total listelengde
Sandnessjøen	39	708	762	0	1 200	27 602
Rana	38	873	1 000	153	1 600	33 174
Mosjøen	17	942	980	650	1 250	16 007
Bodø	88	957	975	220	2 150	84 227
Lofoten	25	932	929	457	1 625	23 228
Vesterålen	38	777	800	446	1 100	29 508
Narvik	31	852	900	7	2 195	26 421
Harstad	32	699	786	7	1 000	22 368
Tromsø	142	911	903	65	1 593	129 311
Hammerfest	70	687	739	0	1 034	48 097
Kirkenes	38	664	687	243	1 100	25 230
Totalt	558	834	833	0	2 195	465 233

Gjennomsnittlig listelengde var lengre jo mer sentral kommune var (Tabell 14). For de fire sentralitetsnivåene (nivå 6-3) var gjennomsnittlig listelengde henholdsvis 587, 790, 919 og 1 118.

Tabell 14: Gjennomsnittlig listelengde, median og min/max listelengde hos nordnorske fastleger. Sentralitet.

Sentralitet	Antall lister	Gjennomsnittlig listelengde	median	min	max	Total listelengde
Minst sentrale (nivå 6)	157	587	599	0	1 200	92 131
Nest minst sentrale (nivå 5)	148	790	766	155	1 625	116 963
Mellomsentrale (nivå 4)	134	919	900	153	2 195	123 145
Mellomsentrale (nivå 3)	119	1 118	1 148	214	2 150	132 994
Totalt	558	834	833	0	2 195	465 233

#### 4.4 De eldste fastlegene

Andelen listeplasser hos fastleger som var 60 år eller eldre, var 16 prosent i Nord-Norge. I ti kommuner i Nord-Norge var andel listeplasser hos leger som var 60 år og eldre, høyere enn 40 prosent (Tabell 15). Dette gjaldt Narvik, Herøy, Hattfjelldal, Dønna, Lurøy, Ibestad, Bardu, Kåfjord, Kvæningen og Lebesby.

Tabell 15: Listelengde og andel av listelengde totalt i kommunen hos lege 60 år eller eldre

Kommune	Gjennomsnittlig listelengde	Totalt antall listeplasser	Total listelengde hos lege 60 år +	Andel listeplasser hos 60 år + av listeplasser totalt (antall leger 60 år +)
Ibestad	336	2 300	990	98,3 (1)
Kåfjord	647	3 100	1 708	88,0 (2)
Dønna	647	1 600	762	58,8 (1)
Lebesby	511	1 100	583	57,1 (1)
Kvænanngen	395	2 200	653	55,1 (1)
Narvik	1 146	20 850	11 166	54,1 (9)
Lurøy	578	3 000	910	52,4 (1)
Herøy	836	1 820	810	48,4 (1)
Hattfjelldal	708	1 900	660	46,6 (1)
Bardu	652	4 350	1 596	40,8 (2)

#### 4.5 Lister uten fastlege

Per oktober 2017 var 26 av de 558 fastlegelistene i Nord-Norge registrert i MinFastlege som "liste uten fastlege". Det var kun to regioner i Nord-Norge som ikke hadde noen lister uten fastlege; Tromsøregionen og Indre Finnmark. Alle lokalsykehusområdene var berørt av listene uten fastlege. Listene uten fastlege fantes på alle sentralitetsnivå utenom de mellom sentrale kommunene på nivå 3.

Størst andel liste uten fastlege fant vi i minst sentrale kommuner (Tabell 16). Andelen ble lavere jo mer sentral kommunen er. I mest sentrale kommuner var det ingen lister uten fastlege.

Tabell 16: Lister uten fastleger i kommunetyper fordelt på sentralitetsnivå

Sentralitetsnivå kommuner	Andel lister uten fastlege	Antall lister totalt
Minst sentrale (nivå 6)	12,1	157
Nest minst sentrale (nivå 5)	2,7	148
Mellomsentrale (nivå 4)	2,2	134
Mellomsentrale (nivå 3)	-	119
Totalt	4,7	558

##### 4.5.1 Andre undersøkelser om lister uten lege

NSDM har gjennomført to landsomfattende studier hvor kommunene selv har svart på hvor mange ledige fastlegestillinger de hadde per 1.1.2015 og per 1.1.2017. I den første studien med tall per 1.1.2015 deltok 79 av de 81 kommunene som denne aktuelle

studien omfatter. I den andre studien med tall per 1.1.2017 deltok 74 kommuner. Selv om det ikke finnes tall for samtlige av de 81 kommunene i Nord-Norge i studiene fra NSDM, så indikerer resultatene at antall ledige fastlegestillinger har økt fra 2015 til 2017.

Per 1.1.2015 oppga kommunene at det til sammen var 32 ledige fastlegestillinger. Disse var i hovedsak i de minst sentrale kommunene (69 prosent). Ingen av de sentrale kommunene hadde ledighet. Det var ledighet i 10 av 14 regioner og 9 av 11 lokalsykehusområder. Flest ledige stillinger var det i Øst-Finnmark regionen (7) og Kirkenes lokalsykehusområde (7).

Per 1.1.2017 oppga kommunene at det til sammen var 43 ledige fastlegestillinger. Ledigheten var fortsatt i stor grad konsentrert til de minst sentrale kommunene (61 prosent). Det nye var at det ble rapportert om ledige stillinger både i sentrale kommuner (5 prosent). Det var ledighet i alle regioner og i 10 av 11 lokalsykehusområder. Det var bare Rana lokalsykehusområde som ikke hadde ledighet. Flest ledige stillinger var det i Vesterålen region (10) og Vesterålen lokalsykehusområde (9).

#### 4.6 Vikarbruk

Det ble registrert navngitte vikarer på til sammen 92 av de de 558 listene den uka opptellingen ble gjort (i 16 prosent av stillingene) (Tabell 17). Det ble registrert vikar for 81 listeinnehavere og vikar på 11 lister uten fast lege. 70 prosent av vikariatene var i 100 prosent stilling, tre prosent var i 75-80 prosent stilling, 19 prosent var i 40-66 prosent stilling og 8 prosent var i 20-25 prosent stilling.

Samme lege kan være vikar for i flere vikariater samtidig, og det var ofte tilfelle der stillingsprosenten var lav. N er i denne sammen et uttrykk for antallet vikariater. Det var til sammen 87 vikarer i de 92 vikariatene.

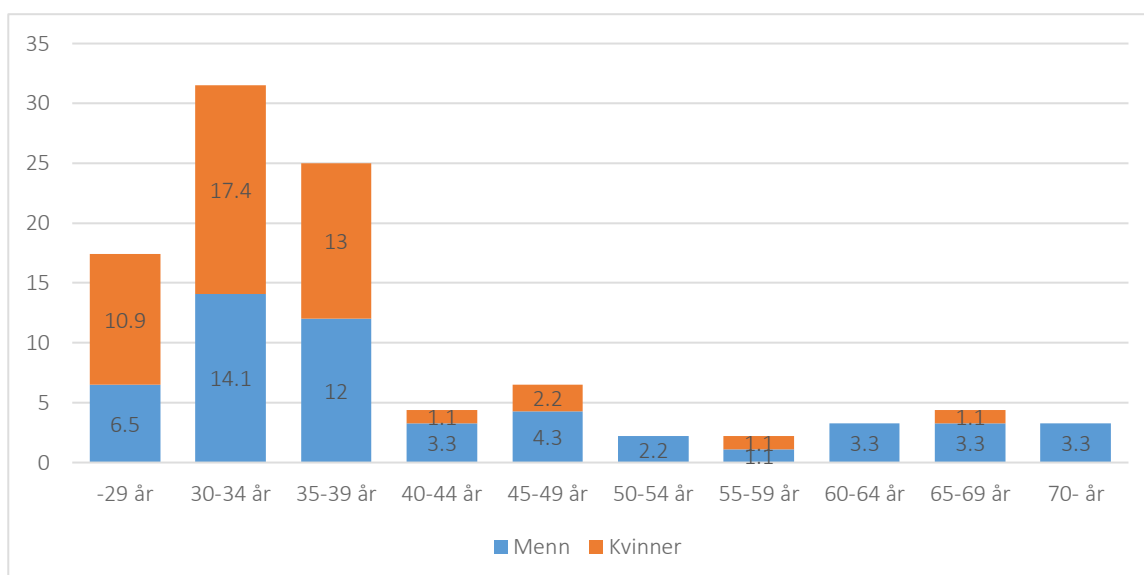
De registrerte vikarperiodene var fra en uke og opp til 1,5 år. Gjennomsnittlig varighet på et vikariat var 8,8 måneder (median = 8)

Blant de 11 vikarene på liste uten fast lege, var nesten alle (10) i 100 prosent stilling. Hovedtyngden av dette var kortere vikariater, som varte fra tre til åtte måneder. Blant de 81 vikarene for fastlege, varte drøyt halvparten i ni måneder eller mere. Det var 22 vikarer med vikariater i 12 mnd. Det er nærliggende å tro at en vesentlig del av disse kan knyttes til at listeinnehaver tar sykehusåret som kreves for å bli spesialist i allmenntillegener eller til permisjoner i forbindelse med fødsler.

Tabell 17: Varighet på vikariat. Vikar på liste uten lege, vikar for fastlege, og totalt.

Varighet på vikariat (antall mnd)	Vikar på liste uten lege	Vikar for fastlege	Antall vikariater totalt
Inntil 3 mnd	4	14	18
4 mnd-8 mnd	5	24	29
9 mnd-12 mnd	1	32	33
13 mnd-36 mnd	1	11	12
Totalt	11 <sup>23</sup>	81	92

Gjennomsnittsalderen på vikarene var 39,1 år (median = 35 år), den yngste var 27 og den eldste var 74 år. 75 prosent av vikarene var 40 år eller yngre, og 20 prosent var 30 år eller yngre. 10 av 92 vikarer var i aldersgruppen 60-74 år. 47 prosent av vikarene var kvinner, og det var flere kvinner enn menn blant vikarene som var 39 år eller yngre.



Figur 12: Vikarens kjønn og alder i de 92 vikariatene (N=92)

Andelen fastlegelister med vikar var høyest i Vesterålen, med 29 prosent, og nesten like høy i Ofoten med 28 prosent. Med utgangspunkt i lokalsykehusområder var det også Vesterålen som toppet, med 29 prosent vikarer, foran Narvik (23 prosent vikarer) og Kirkenes (21 prosent vikarer) (Tabell 18). Det var lavest andel vikarer i Sør-Helgeland (fem

<sup>23</sup> 10 av 11 vikariater var i 100 prosent stilling

prosent) og Lofoten (sju prosent). Med utgangspunkt i lokalsykehusområder var vikarandelen lavest i Lofoten (fire prosent) og Sandnessjøen (åtte prosent).

Tabell 18: Andel vikariater av totalt antall stillinger fordelt på kommunens regiontilhørighet og lokalsykehusområde (N=92)

Regionråds-regioner	Andel vikariat	N	Lokalsykehusområde	Andel vikariat	N
Sør-Helgeland	5,0	1	Sandnessjøen	7,7	3
Indre Helgeland	11,9	5	Rana	11,8	2
Helgeland	15,6	5	Mosjøen	15,8	6
Bodø/Salten	12,3	10	Bodø	13,6	12
Lofoten	6,9	2	Lofoten	4,0	1
Vesterålen	29,3	12	Vesterålen	28,9	11
Ofoten	28,0	7	Narvik	22,6	7
Sør-Troms	10,5	4	Harstad	12,5	4
Midt-Troms	13,2	5			
Tromsøregionen	21,7	18	Tromsø	19,0	27
Nord-Troms	19,0	4			
Vest-Finnmark	15,0	9	Hammerfest	15,7	11
Indre Finnmark	25,0	2			
Øst-Finnmark	20,0	8	Kirkenes	21,1	8
Totalt	16,5	92	Totalt	16,5	92

Tabell 19 viser at det ikke er klare sammenhenger mellom hvor stor andel det er av vikariater blant kommunens fastleger og hvor sentral kommunen er.

Tabell 19: Andel vikariater av totalt antall stillinger fordelt på kommunens sentralitet (N=92)

Sentralitet	Andel vikariat	N
Minst sentrale (nivå 6)	17,8	28
Nest minst sentrale (nivå 5)	13,5	20
Mellomsentrale (nivå 4)	19,4	26
Mellomsentrale (nivå 3)	15,1	18
Totalt	16,5	92

#### 4.6.1 Andre undersøkelser om vikarene

Abelsen, Gaski og Brandstorp (2016b) fant i en landsdekkende spørreundersøkelse per 1.1.2015 til kommuner med under 20 000 innbyggere at drøyt halvparten av vikarene var rekruttert fra vikarbyrå, de øvrige fra kommunen. En av fem vikarer var i en etablert

vikarordning og hadde vikariert i kommunen gjentatte ganger. Minst 52 prosent av vikarene var ikke fast bosatt i Norge.

## 4.7 Oppsummering

### Eldre fastleger

15,4 prosent av fastlegene i Nord-Norge var 60 år eller eldre per oktober 2017. Dette var en lavere andel enn for hele landet (24 prosent). Variasjonen mellom regionene i Nord-Norge i andelen eldre fastleger var stor. I Ofoten var andelen hele 45,4 prosent. Hvis en tar for seg andelen fastleger 55 år eller eldre, var andelen hele 59 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 kommunens sentralitet.

### Spesialister i allmenntmedisin

48 prosent av fastlegene i Nord-Norge var spesialister i allmenntmedisin, mot 57 prosent på landsbasis. Forskjellen i spesialistandel mellom kvinner og menn var større i Nord-Norge enn den var på landsbasis. Dette gjaldt særlig andelen kvinnelige fastleger i Nord-Norge som var spesialist i allmenntmedisin (37 prosent mot 50 prosent på landsbasis). Andelen spesialister i allmenntmedisin var klart høyest jo mer sentral kommunen er, og i de minst og nest minst sentrale kommunene var andelen spesialister blant kvinnelige fastleger spesielt lav. Andelen spesialister var høyest i Indre Helgeland (62 prosent) fulgt av Tromsøregionen, og lavest Øst-Finnmark (35 prosent). Tilsvarende var spesialistandelen høyest i lokalsykehusområdene Rana (65 prosent), fulgt av Mosjøen og Tromsø. I kun fem kommuner, som alle er små Nordlandskommuner med en eller to fastleger, var alle fastlegene spesialister i allmenntmedisin.

### Listelengde

Gjennomsnittlig fastlegelistelengde i Nord-Norge var 834, som er knapt 300 lavere enn landsgjennomsnittet. Mannlige fastleger har lengre lister enn kvinnelige fastleger, fastleger 60 år eller eldre har i gjennomsnitt lengre lister (909), og gjennomsnittlig listelengde er mye lengre jo mer sentral kommunen er.

### Lister uten lege og vikarbruk

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

Data fra spørreundersøkelsene viser at antall ledige fastlegestillinger hadde økt fra 1.1.2015 (32 ledige stillinger) til 1.1.2017 (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.

Det er interessant å merke seg at de tallene som kommunene oppgir i NSDMs spørreundersøkelser om ledige stillinger, er høyere enn antallet vi finner under betegnelsen «liste uten lege» på nettstedet MinFastlege. Årsaken til denne ulikheten er uklar. Den kan eksempelvis skyldes tregheter i kommunenes registreringspraksis eller sesongvariasjoner i ledighet gjennom året.

## 5 DRIFTSFORMER

I dette kapitlet beskrives driftsformer i fastlegetjenesten (studier av preferanser for driftsformer beskrives i kapittel 9). Et hovedskille når det gjelder driftsform i fastlegeordningen, går mellom avtaler basert på privat næringsdrift og avtaler basert på fast lønn.

Privat næringsdrift er hovedmodellen for drift i fastlegeordningen<sup>24</sup>. I en del kommuner foregår det et praktisk/økonomisk samarbeid om næringsdriftsavtaler ved at kommunen holder lokaler, utstyr, medisinske forbruksvarer og/eller hjelpepersonell, mot at fastlegene betaler et månedlig eller årlig beløp for dette<sup>25</sup>. Ofte innebærer denne driftsformen en subsidiering av legenes praksis fra kommunenes side, selv om bestemmelsene i sentrale avtaler tilsier at legen skal betale kostnadene fullt ut. Valget av denne driftsformen kan imidlertid også henge sammen med at kommunen har funnet det hensiktsmessig å drive fastlegetjenesten annerledes enn slik den er ment i hovedmodellen hvor kun fastlege og helsesekretær inngår. Mange distriktskommuner synes å ha valgt å supplere fastlegetjenesten med for eksempel kommunalt ansatte sykepleiere for å kunne gi et bredere tilbud lokalt.

For leger med fast lønn fastsettes lønnsnivået lokalt i den enkelte kommune<sup>26</sup>. Noen kommuner praktiserer en bonusordning ved at fastlønnede fastleger får et tillegg som utgjør hele eller deler av trygderefusjoner og pasientbetalinger fra eget arbeid med egne listeinnbyggere. Hovedtariffavtalen (kap. 3.6) åpner for denne driftsformen som tiltak for å øke produktivitet/effektivitet eller brukerorientering. En del kommuner har inngått avtaler med fastleger på fast lønn som gir bedre betingelse enn det sentralt avtaleverk tilsier<sup>27</sup>. Disse handler for eksempel om tilsettingsavtaler med klausuler om lønnsregulering ved endringer i normaltariffen for leger, 44 ukers årsverk som om legen var selvstendig næringsdrivende, og permisjonsrettigheter som den såkalte «Nord-Norge permisjonen» er et eksempel på. Nord-Norge permisjonen var et stabiliseringstiltak for tidligere distriktsleger som ble videreført som personlige ordninger etter 1984. Ordningen gir leger rett til to uker ekstra tjenestefri med lønn per år og 4 måneder permisjon med lønn hvert tredje år.

---

<sup>24</sup> Jfr. Fastlegeforskriften, ASA 4301 Statsavtalen, ASA 4310 Rammeavtale mellom KS og legeföreningen, SFS 2305 Særavtale mellom KS og legeföreningen

<sup>25</sup> Det formelle grunnlaget for en slik praksis finnes i ASA 4310 punkt 8.2.

<sup>26</sup> Etter Hovedtariffavtalens kapittel 5.

<sup>27</sup> <http://docplayer.me/17283123-Legetjenesten-i-kommunene-ks-kommentarer-sist-endret-februar-2016.html>



Fastlegeavtaler som er inngått med en annen driftsform enn hovedmodellen, kan være en indikasjon på at kommunen har utfordringer med å rekruttere og stabilisere fastleger med de vilkår hovedmodellen stiller (Abelsen et al. 2016).

Videre beskrives driftsformer i fastlegetjenesten i Nord-Norge, hovedsakelig basert på data om driftsform per 1.1.2015 (Abelsen et al. 2016). Tabell 21 viser at blant nordnorske kommuner var privat næringsdrift etter hovedmodellen mest vanlig, litt mer vanlig enn privat næringsdriftsavtale med kommunal leieavtale. Dernest kom fastlønn med tillegg og rene fastlønnsavtaler.

Tabell 20: Fastlegehjemler/-stillinger i nordnorske kommuner fordelt på driftsform per 1.1.2015. Tall i prosent. (n=539)

	Andel
Privat næringsdrift (Hovedmodellen)	36
Privat næringsdrift med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell	32
Fast lønn med tillegg <sup>1</sup>	17
Fast lønn	15
Totalt	100

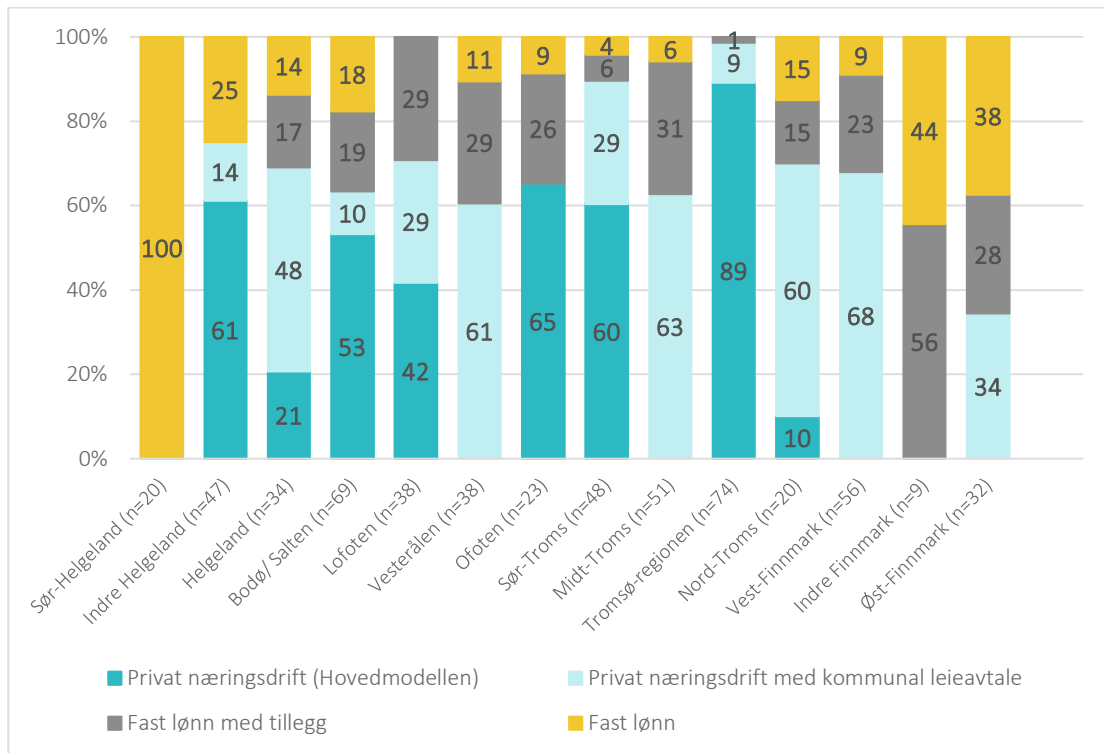
<sup>1</sup> Tillegget utgjør en viss andel av egeninntjent pasientbetaling og/eller HELFO-refusjon.

I en utvalgsundersøkelse blant alle landets fastleger fant Halvorsen et al. (2009) at hele 75 prosent drev privat næringsdrift etter hovedmodellen. På landsbasis drev 18 prosent privat næringsdrift med en kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller personell, det vil si at til sammen hadde 93 prosent av landets fastleger privat næringsdrift, mot 68 prosent av fastlegene i Nord-Norge.

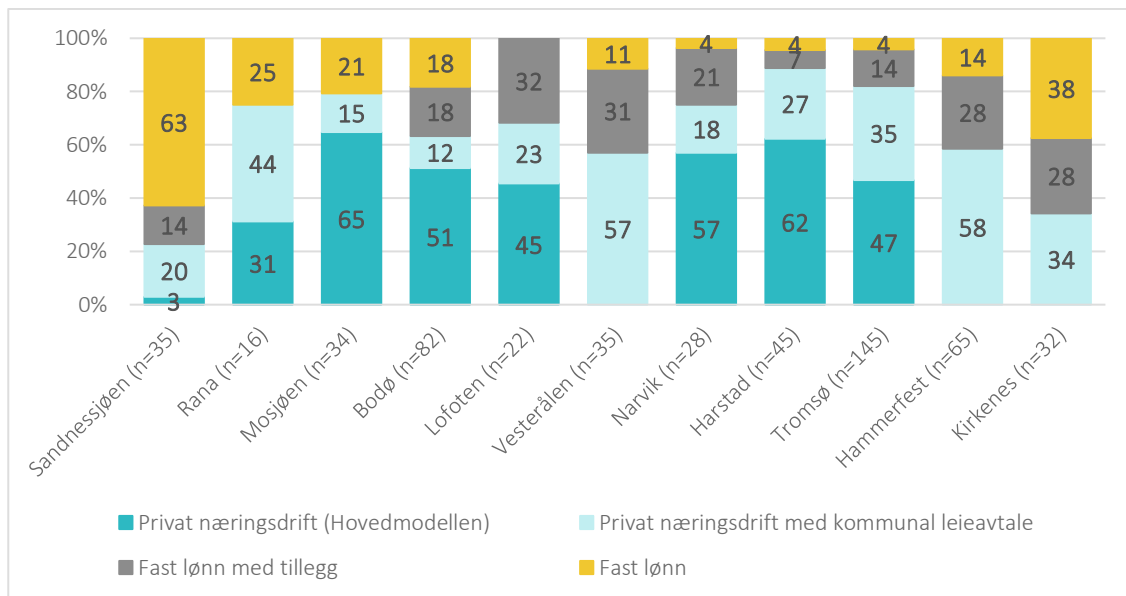
## 5.1 Driftsform og geografisk inndeling

Figur 13 viser at det ikke var noen private næringsdriftsavtaler etter hovedmodellen i Finnmark. Tromsøregionen utmerker seg i den ene enden av skalaene med en stor majoritet av private næringsdriftsavtaler etter hovedmodellen. Ofoten, Indre-Helgeland, Bodø/Salten og Sør-Troms hadde også et flertall av slike avtaler. I den andre enden av skalaen finner vi Helgeland og Indre Finnmark hvor alle fastlegeavtalene var basert på fast lønn.

Figur 14 viser at den store majoriteten blant lokalsykehusområdene hadde driftsavtaler basert på privat næringsdrift. Unntaket her var Kirkenes og Sandnessjøen.



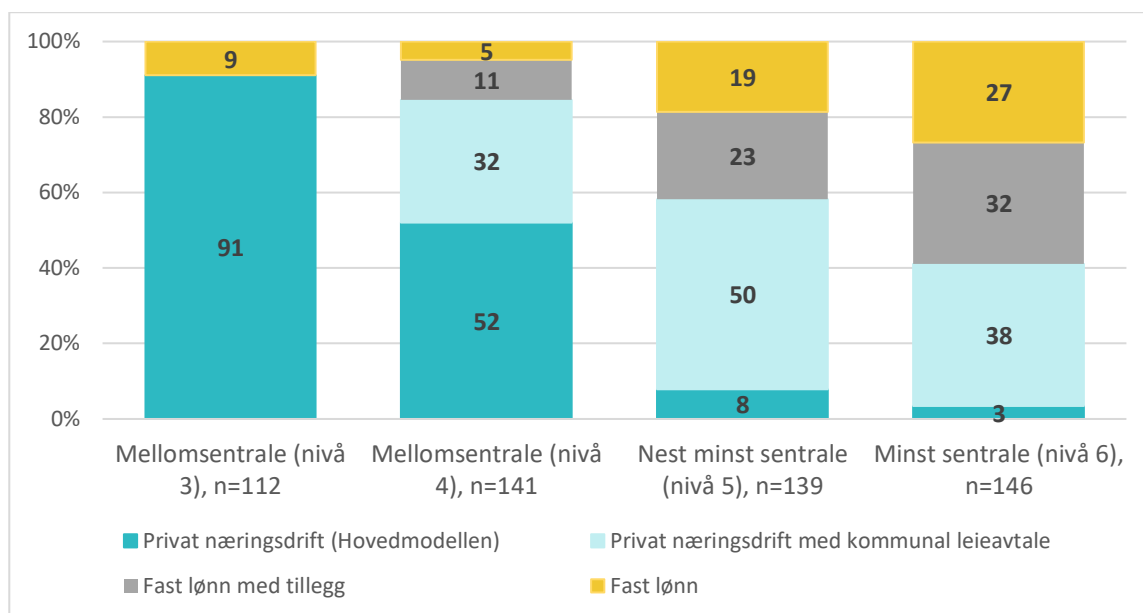
Figur 13: Driftsform for fastlegehjemler/-stillinger i nordnorske kommuner per 1.1.2015, etter region. Tall i prosent.



Figur 14: Driftsform for fastlegehjemler/-stillinger i nordnorske kommuner per 1.1.2015, etter lokalsykehusområde. Tall i prosent

## 5.2 Driftsformer og sentralitet

Figur 15 viser hvordan de fire ulike driftsformene som er i bruk i nordnorske kommuner fordeler seg etter kommunens sentralitet. I mellomsentrale kommuner (nivå 4) som er Bodø og Tromsø kommune, finner vi ikke uventet et stort innslag av private næringsdriftsavtaler. Fastlønnsavtaler fant vi her bare i Bodø kommune. Figuren viser imidlertid at fastlønnsavtaler ble mer vanlig i takt med redusert sentralitet for kommunen. I de minst sentrale kommunen var flertallet av fastlegeavtalene basert på fast lønn. Her utgjorde private næringsdriftsavtaler en forsvinnende liten andel.



Figur 15: Driftsform for fastlegehjemler-/stillinger i nordnorske kommuner per 1.1.2015, etter kommunens sentralitet. Tall i prosent.

## 5.3 Oppsummering

I Nord-Norge, som i landet forøvrig, er privat næringsdrift etter hovedmodellen den mest vanlige driftsformen, tett fulgt av privat næringsdrift med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller hjelpepersonell. 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. På Helgeland og i Indre Finnmark var alle fastlegeavtalene basert på fast lønn. I Tromsøregionen hadde en stor majoritet private næringsdriftsavtaler etter hovedmodellen. Ofoten, Indre-Helgeland, Bodø/Salten og Sør-Troms hadde også et flertall slike avtaler.



## 6 ANDRE ALLMENNLEGEOPPGAVER

Hovedmodellen i fastlegeordningen innebærer at fastlegen inngår en individuell avtale med kommunen om å ivareta individrettet kurativt legearbeid for en definert listepopulasjon, kombinert med en kommunal deltidsstilling på inntil 7,5 timer for å gjøre *andre allmennlegeoppgaver*<sup>28</sup>. Andre allmennlegeoppgaver kan omfatte allmenntilleggsoppgaver og samfunnsmedisinske oppgaver. Deltidsstilling for utførelse av andre allmennlegeoppgaver lønnes av kommunen. Lønnen reguleres ved årlige lokale lønnsforhandlinger hvor det tas hensyn til lønnsutviklingen i tariffområdet og kommunens totale situasjon. Godager og Lurås (2005) viste at marginal timelønn i privat praksis var 52 prosent høyere enn timelønnen for offentlig legearbeid.

Kommunen kan inngå avtale med næringsdrivende fastleger om andre allmennlegeoppgaver ut over 7,5 timer. En fastlønnstilling omfatter vanligvis både listetilknyttet, individrettet kurativt legearbeid og andre allmennlegeoppgaver. Kommunen bestemmer i hovedsak innholdet i fastlønnstillingen, herunder hvor mye av fastlegens arbeidstid som skal gå med til å gjøre andre allmennlegeoppgaver. Fastlegens kjønn og spesialitet, og kommunens legedekning, sentralitet og organisering av kommunehelsetjenesten, har trolig innvirkning på omfanget av den enkelte fastleges andre allmennlegeoppgaver.

Omfanget av fastlegenes andre allmennlegeoppgaver registreres ikke som del av styringsdata for fastlegeordningen. Arbeidet skal registreres som del av kommunens KOSTRA-rapportering. Men registreringene her er mangelfulle og varierer fra kommune til kommune. Det finnes derfor lite spesifikke data om omfanget av dette arbeidet.

Tall fra NSDMs undersøkelse om driftsformer per 1.1.2015 supplert med opplysninger fra de største kommunene (Rana, Bodø, Harstad og Tromsø), viste at åtte prosent av fastlegene som drev privat næringsdrift i en nordnorsk kommune, hadde en avtale om mer enn 7,5 timer annet allmennlegearbeid. Her fant vi ingen sammenheng mellom denne typen avtaler og kommunens sentralitet. Andel med en avtale om mer enn 7,5 timer annet allmennlegearbeid blant de som drev privat næringsdrift med kommunal leieavtale, var 31 prosent. Her var den store majoriteten (87 prosent) av avtalene å finne i de nest-minst og minst sentrale kommunene.

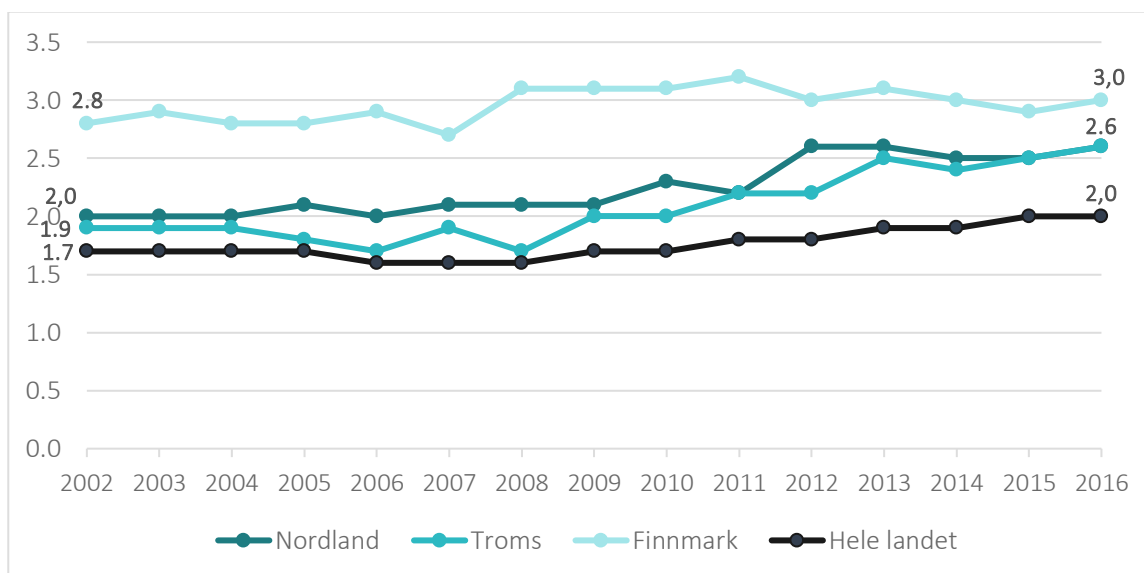
---

<sup>28</sup> Et annet, eldre begrep som brukes som betegnelse på dette arbeidet, er *offentlig legearbeid*.

## 6.1 Legeårsverk til annet allmennlegearbeid

Kommunene rapporter årlig gjennom KOSTRA aggregerte tall om hvor mange årsverk de har brukt til ulike typer legearbeid. I rapporteringen skilles det mellom arbeid knyttet til: Diagnose, behandling og rehabilitering, Skole/helsestasjon, Miljørettet helsevern, Annet forebyggende arbeid, Institusjoner for eldre og funksjonshemmede samt Administrasjon. En del av dette arbeidet ivaretas av kommuneoverleger i de kommuner som har det. Årsverk i kategorien Diagnose, behandling og rehabilitering antar vi i all hovedsak er knyttet til kurativt arbeid på fastlegens egen pasientliste. Summen av de resterende kategoriene antar vi kan brukes som et mål for årsverksomfanget av annet allmennlegearbeid i kommunen.

Figur 16 viser utviklingen i omfanget av andre allmennlegeoppgaver målt i antall årsverk per 10 000 innbyggere i de tre nordnorske fylkene og i hele landet i perioden 2002 til 2016. Tallene viser at alle de tre fylkene har hatt et årsverksomfang som gjennom hele perioden, har ligget over nivået på landsbasis - med Finnmark på topp. Videre at årsverksomfanget har økt i løpet av perioden i hele landet og i alle tre fylker. Økningen har relativt sett vært størst i Nordland. Økningen skyldes i all hovedsak økning i legearbeid i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. På landsbasis, i Nordland og Troms var det i denne kategorien en økning på 0,5 årsverk per 10 000 innbyggere. Mens tilsvarende økning var på 0,6 årsverk per 10 000 innbyggere i Finnmark. Denne økningen har trolig sammenheng med samhandlingsreformen, da sykere pasienter enn før skrives ut til kommunene, og behovet for legetilsyn dermed har økt (Abelsen et al. 2015).



Figur 16: Legeårsverk per 10 000 innbyggere til annet allmennlegearbeid. Hele landet og fylker i Nord-Norge. 2002-2016.

De neste tabellene viser hvordan legeårsverk per 10 000 innbyggere til annet allmennlegearbeid har utviklet seg fra 2002 til 2016. Medianen er brukt som mål for sentraltendens. Medianen i de nordnorske kommunene har steget fra 2,7 årsverk per 10 000 innbyggere i 2002 til 3,3 i 2016, og legeårsverk til annet allmennlegearbeid vil trolig fortsette å øke som følge av en økning av pasienter over 80 år..

Tabell 21 viser hvordan årsverksomfanget av annet allmennlegearbeid har endret seg fra 2002 til 2016 etter region. Det er store variasjoner regionene imellom. I 2016 lå Sør-Helgeland på topp med en median på 6,4 årsverk per 10 000 innbyggere, mens tilsvarende tall for Ofoten var to årsverk per 10 000 innbyggere. Her ser vi også eksempel på at årsverksomfanget er redusert fra 2002 til 2016 (Vesterålen, Ofoten, Tromsøregionen, Indre Finnmark og Øst-Finnmark).

Tabell 21: Legeårsverk per 10 000 innbyggere til annet allmennlegearbeid, etter region

Region	2016			2002	Antall kommuner
	median	min	max	median	
Sør-Helgeland	6,4	1,9	10,5	3,3	5
Indre Helgeland	2,4	1,3	3,8	1,3	6
Helgeland	3,9	2,9	10,5	2,4	7
Bodø	2,8	1,6	11,6	2,4	9
Lofoten	5,4	2,6	7,3	3,5	6
Vesterålen	2,1	1,4	3,8	2,4	6
Ofoten	2,0	1,1	5,1	3,5	3
Sør-Troms	3,6	1,8	13,3	2,9	9
Midt-Troms	3,5	1,7	7,7	2,3	8
Tromsøregionen	3,1	2,8	3,5	3,3	3
Nord-Troms	3,9	2,1	5,7	2,5	6
Vest-Finnmark	4,1	2,4	5,8	2,5	8
Indre Finnmark	3,0	3,0	3,0	3,2	2
Øst-Finnmark	3,2	1,4	6,3	3,4	9
Totalt	3,3	1,1	13,3	2,7	87

Tabell 22 viser hvordan årsverksomfanget av annet allmennlegearbeid har endret seg fra 2002 til 2016 etter lokalsykehusområde. Her finner vi noe mindre variasjon enn regionene imellom. I 2016 lå Sandnessjøen på topp med en median på 5,5 årsverk per 10 000 innbyggere, mens tilsvarende tall for Vesterålen var to årsverk per 10 000 innbyggere. Harstad var det eneste lokalsykehusområdet med reduksjon i årsverksomfanget fra 2002 til 2016.

Tabell 22: Legeårsverk per 10 000 innbyggere til annet allmennlegearbeid, etter lokalsykehusområde

Lokalsykehusområde	2016			2002	
	median	min	max	median	Antall kommuner
Sandnessjøen	5,5	1,9	10,5	3,2	11
Rana	2,9	1,3	3,9	2,0	4
Mosjøen	3,0	2,7	3,4	1,5	3
Bodø	4,5	1,6	11,6	2,6	12
Lofoten	4,6	2,6	6,0	2,4	4
Vesterålen	2,0	1,4	3,8	1,6	5
Narvik	3,1	1,1	13,3	3,0	6
Harstad	2,7	1,8	4,3	3,4	6
Tromsø	3,3	1,7	7,7	2,6	17
Hammerfest	3,2	1,5	5,8	2,9	11
Kirkenes	3,5	1,4	6,3	3,0	8
Totalt	3,3	1,1	13,3	2,7	87

Tabell 23 viser hvordan legeårsverk per 10 000 innbyggere til annet allmennlegearbeid har utviklet seg i forhold til de nordnorske kommunenes sentralitet fra 2002 til 2016. Inndeling etter sentralitet viser vekst i årsverksomfanget i alle sentralitetskategoriene. Tabellen viser videre klare forskjeller knyttet til kommunenes sentralitet hvor de minst sentrale kommunene hadde det høyeste årsverksomfanget og også størst variasjon.

Tabell 23: Legeårsverk per 10 000 innbyggere til annet allmennlegearbeid, etter kommunens sentralitet

Sentralitet	2016			2002	
	median	min	max	median	Antall kommuner
Minst sentrale (nivå 6)	4,1	1,4	13,3	3,1	58
Nest minst sentrale (nivå 5)	2,8	1,3	4,9	2,4	19
Mellomsentrale (nivå 4)	2,1	1,1	3,2	1,5	8
Mellomsentrale (nivå 3)	2,2	1,6	2,8	1,1	2
Totalt	3,3	1,1	13,3	2,7	87

Det er grunn til å anta at deler av annet allmennlegearbeid i noen grad er uavhengig av kommunens innbyggertall. Dette kan bidra til forklare hvorfor de minst sentrale kommunene har et høyere årsverksomfang per 10 000 innbyggere til denne typen legearbeid. Et annet aspekt handler om innbyggertall, hvor et lavt innbyggertall kan gjøre at annet allmennlegearbeid dimensjoneres opp for å fylle en fastlegestilling.



## 6.2 Andre undersøkelser

Godager og Lurås (2005) framholdt at det før fastlegeordningen ble innført, generelt var vanskelig å rekruttere leger til offentlig legearbeid (andre allmennlegeoppgaver). De mente det blant annet skyltes at inntekten fra denne typen arbeid var langt lavere for privatpraktiserende leger sammenlignet med arbeid i privat praksis. For allmennlegestillinger med fast lønn var innsatsen innen offentlig legearbeid (andre allmennlegeoppgaver) en mer integrert del av stillingen og inntrykket var derfor at det var enklere å få utført offentlig legearbeid i kommuner med fastlønnede leger. Fastlegeforskriften ga kommunene mulighet til å tilplikte sine fastleger inntil 7,5 timer offentlig legearbeid.

I en undersøkelse blant et lite utvalg med 35 kommuner i 2002, fant Godager og Lurås (ibid.) at fastlegene i gjennomsnitt arbeidet 5,6 timer per uke med offentlig legearbeid. Totalt var det bare 17 prosent av fastlegene som hadde mer enn 7,5 timer i uken med offentlig legearbeid. Undersøkelsen viste stor variasjon kommunene imellom, men at det generelt blir utført mer offentlig legearbeid i usentrale kommuner sammenliknet med sentrale.

Godager og Lurås (ibid.) pekte på at det er opp til kommunene selv å vurdere omfanget av offentlige legetjenester. Befolkningssammensetningen legger visse rammer for innsatsen, men fordi det ikke stilles noe minstekrav til tjenestens innhold og omfang, er den kommunale variasjonen stor. Kostnadene for dette legearbeidet er ikke gitt på forhånd slik det (i alle fall etter hovedmodellen med privat næringsdrift) er med kommunens kostnader for det kurative arbeidet knyttet til fastlegenes pasientlister. Det offentlige legearbeidet konkurrerer derfor med mange viktige oppgaver ellers i helsesektoren og i andre sektorer i kommunen. Finansieringssystemet gir ikke kommunen insentiv til å satse på dette. Godager og Lurås (ibid.) konkluderte med at knappe ressurser i kommunene er en viktig forklaring på manglende kommunal satsing på offentlige legearbeid.

Vi kjenner ikke til at det er gjort andre studier om omfanget av andre allmennlegeoppgaver/offentlig legearbeid.

## 6.3 Oppsummering

Deltidsstilling for fastlegenes utførelse av andre allmennlegeoppgaver lønnes av kommunen, men registreringene av dette er mangelfulle og varierer fra kommune til kommune. Resultatene viser imidlertid at legeårsverk per 10 000 innbyggere til annet allmennlegearbeid har steget fra 2,7 årsverk i 2002 til 3,3 årsverk i 2016 i de nordnorske kommunene. Inndeling etter sentralitet viser 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, hvor 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.

## 7 LEGEVAKT

Kommunen skal tilby legevaktordning som sikrer befolkningens behov for øyeblikkelig hjelp, og må sørge for at minst en lege er tilgjengelig for legevakt hele døgnet<sup>29</sup>.

Kommunen har videre ansvar for å ha en døgnbemannet telefontjeneste til en legevaktsentral. Kommunene står fritt med hensyn til organiseringen av legevakt og legevaktsentral, så lenge de oppfyller akuttmedisinforskriftens funksjons- og organisasjonskrav. Interkommunal organisering er vanlig både for legevakt og legevaktsentraler.

Fastleger har på sin side plikt til å delta i kommunal eller interkommunal legevakt utenfor legetjenestens ordinære åpningstid. Slik deltakelse kommer i tillegg til andre allmennlegeoppgaver kommunen kan pålegge fastlegen<sup>30</sup>. Kommunen kan fritta fastleger fra legevaktplikten hvis legen er over 60 år, er gravid i siste trimester, ammer barn som er under ett år, eller for andre helsemessige eller vektige sosiale grunner.

Kravet om en legevaktordning er en hovedårsak til at mange mindre folkerike og usentrale kommuner har en fastlegetjeneste som er dimensjonert med relativt sett mange fastleger og tilhørende lister med få listeinnbyggere. Dette blir løsningen for å få til levelige vaktordninger for legene og tilgang til legevakt uten for store avstandsutfordringer for kommunens innbyggere.

Akuttmedisinforskriften<sup>31</sup> som kom i 2015, stiller spesifikke kompetansekrav til leger i legevaktordningen. Kravene for å ha selvstendig vaktkompetanse, tilsier at legen enten må være spesialist i allmennmedisin, eller være godkjent allmennlege som har gjennomført 40 legevakter eller har arbeidet ett år som allmennlege i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legen må i begge tilfeller i tillegg ha gjennomført kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering.

Slik akuttmedisinforskriften er formulert i dag, plikter kommunen å etablere bakvaktordninger med utrykningsplikt for leger i vakt som ikke har selvstendig vaktkompetanse. Da akuttmedisinforskriften ble innført fikk kommunen en tre år lang overgangsperiode før de de nye kravene til kompetanse for leger i legevaktordningen og krav til bakvakt skal være oppfylt (per 1.5.2018). Overgangsordningen er nå forlenget til 2020.

---

<sup>29</sup> <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231>

<sup>30</sup> Forskrift om fastlegeordning i kommunene. FOR-2012-08-29-842

<sup>31</sup> Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. FOR-2015-03-20-231

## 7.1 Legevaktorganisering

Tall som vi har fått tilgang til fra Nklm, viser at det per juni 2016 var 52 legevakter i Nord-Norge. Blant disse var 19 (37 prosent) interkommunale og 33 kommunale (63 prosent) (se Tabell V6 i vedlegg). Andelen kommunale legevakter var langt høyere i Nord-Norge enn på landsbasis. Per juni 2016 var det 182 legevakter i landet. Blant disse var 101 (55 prosent) interkommunale og 81 (45 prosent) kommunale (Sandvik og Hunskaar 2016). Antall legevakter er gradvis redusert de siste årene. I 2007 var det 230 legevakter i landet (ibid). Nedgangen skyldes at flere kommuner har organisert seg med interkommunale legevakt.

Den største interkommunale legevakten i Nord-Norge var Finnsnes interkommunale legevakt som dekket seks kommuner. To av de interkommunale legevaktene var for fem kommuner, fem for tre kommuner og de resterende 11 for to kommuner. Tallene fra Nklm viser at de interkommunale legevaktene i hovedsak var organisert etter vertskommunemodellen (15 av 19 legevakter), én legevakt var organisert som eget selskap (AS/IKS), mens tre hadde en annen organisering.

Legevaktorganiseringen er ganske ulik i de tre nordnorske fylkene. I Finnmark hvor de geografiske avstandene mellom kommunesentra er store, var det tre interkommunale legevakter og 13 kommunale. Flertallet av de kommunale legevaktene (åtte av 13) var organisert med egen legevaktsentral. I Troms var det fire interkommunale legevakter og syv kommunale. Bare to av kommunene med egen legevakt var organisert med egen legevaktsentral. I Nordland var det 12 interkommunale legevakt (to av disse var fylkesovergripende og inkluderte begge en kommune i Troms) og 13 kommunale. Ingen av legevaktene i Nordland var organisert med egen legevaktsentral. Det var relativt stor overlapp mellom legevaktsentralene som betjente mer enn én kommune og lokalsykehusområdene i Nord-Norge.

Tabell 24 viser hvordan andelen kommuner med kommunal legevakt varierer etter region og lokalsykehusområde. Tallene indikerer at kommunal legevakt er mest vanlig i Finnmark og mindre vanlig i de midtre delene av Nord-Norge. Organiseringen kan trolig i stor grad forklares med geografiske avstander.

Tabell 24: Kommuner med kommunal legevakt, etter kommunens regionrådstilknytning og lokalsykehusområde.

Region	Andel med kommunal legevakt	N	Lokalsykehusområde	Andel med kommunal legevakt	N
Sør-Helgeland	60,0	5	Sandnessjøen	45,5	11
Indre Helgeland	33,3	6	Rana	50,0	4
Helgeland	42,9	7	Mosjøen	33,3	3
Bodø/Salten	33,3	9	Bodø	41,7	12
Lofoten	50,0	6	Lofoten	25,0	4
Vesterålen	0	6	Vesterålen	0	5
Ofoten	0	3	Narvik	0	6
Sør-Troms	0	9	Harstad	0	6
Midt-Troms	0	8			
Tromsøregionen	66,7	3	Tromsø	41,2	17
Nord-Troms	83,3	6			
Vest-Finnmark	75,0	8	Hammerfest	72,7	11
Indre Finnmark	100,0	2			
Øst-Finnmark	55,6	9	Kirkenes	62,5	8
Totalt	39,1	87	Totalt	39,1	87

Tabell 25 viser hvordan andelen kommuner med kommunal legevakt varierer med kommunens sentralitet. Tallene vitner ikke om noen klare sammenhenger med hensyn til hvordan ulike kommuner har valgt å organisere legevakt.

Tabell 25: Kommuner med kommunal legevakt, etter kommunens sentralitet

Sentralitet	Andel med kommunal legevakt	N
Minst sentrale (nivå 6)	39,7	58
Nest minst sentrale (nivå 5)	36,8	19
Mellomsentrale (nivå 4)	25,0	8
Mellomsentrale (nivå 3)	50,0	2
Totalt	39,1	87

## 7.2 Fastlegers legevakt-deltagelse og vaktkompetanse

Data fra NSDMs undersøkelse (Abelsen og Brandstorp 2017) viser at i de nordnorske kommunene deltok 79 prosent av alle fastleger i legevaktordningen per 1.1.2017.

Deltagelsen var størst i kommuner med kommunal legevakt hvor 83 prosent av kommunenes fastleger deltok. I kommuner med interkommunal legevakt var tilsvarende

deltagelse nede i 76 prosent. I 18 av 29 kommuner (62 prosent) i undersøkelsen med kommunal legevakt, deltok alle fastlegene i legevakt. Mens det i 6 av 19 interkommunale legevakter (32 prosent) var full oppslutning om legevaktordningen blant fastlegene i kommunene i legevaktområdet. Lavest deltagelse i legevaktordningen fant vi i Narvik interkommunale legevakt hvor deltagelsen var nede i 46 prosent og i Lyngen legevakt hvor den var 50 prosent. Den lave fastlegedeltakelsen i Narvik kan ses i sammenheng med den høye andelen eldre fastleger, og legetjenesten i Lyngen er organisert på en spesiell måte med "Nordsjøturnus" på en enkelt fastlegeliste hvor alle de tre legene som inngår i turnusen deltar i legevaktordningen. Dette er ikke fanget opp i den måten registreringene er gjort og Lyngen framstår derfor med en lavere fastlegedeltakelse i legevaktordningen enn det som i realiteten er tilfelle.

Deltagelsen i legevaktordningen blant fastlegene i Nord-Norge var høyere enn på landsbasis. Abelsen og Brandstorp (2017) viste at 64 prosent av landets fastleger deltok i legevaktordningen per 1.1.2017. I kommuner med kommunal legevakt var fastlegedeltagelsen nede i 62 prosent, mens den i kommuner med interkommunal legevakt var 65 prosent. Den lave andelen fastleger i kommunale legevakter på landsbasis, skyldes at mange folkerike kommuner har kommunal legevakt som bemannes av mange andre leger enn kommunens fastleger.

Når det gjelder andelen fastleger i legevaktordningen med selvstendig vaktkompetanse, så var den totalt sett i de nordnorske kommunene på 83 prosent per 1.1.2017. Andelen med selvstendig vaktkompetanse var høyest blant fastleger i legevaktordningen i kommuner med kommunal legevakt, hvor den var 89 prosent. I kommuner med interkommunal legevakt var tilsvarende andel 79 prosent. I 19 av 29 (66 prosent) kommunale legevakter i undersøkelsen, hadde alle fastleger som deltok i legevaktordningen selvstendig vaktkompetanse. Mens det i to av de 29 kommunale legevaktene, ikke var noen fastleger med selvstendig vaktkompetanse. I 7 av 19 (37 prosent) interkommunale legevakter hadde alle fastleger i legevaktordningen selvstendig vaktkompetanse. Mens det i én av disse 19 interkommunale legevaktene ikke var noen fastleger med selvstendig vaktkompetanse.

Tallene med hensyn til selvstendig vaktkompetanse for Nord-Norge, var ikke vesentlig forskjellig fra landet som helhet. På landsbasis fant Abelsen og Brandstorp (2017) at 83 prosent av fastlegene i legevaktordningen hadde selvstendig vaktkompetanse. I kommuner med kommunal legevakt var andelen 86 prosent, mens den i kommuner med interkommunal legevakt var 82 prosent.

En ny landsomfattende studie fra Nklm (Midtbø et al. 2017) undersøkte kompetansen blant legevaktleger i løpet av en uke<sup>32</sup> i mars 2017. For 79 prosent av legevaktene som deltok i undersøkelsen, var dette en normaluke med tanke på legebemanning. Blant legene som var på vakt i løpet av den aktuelle uken, arbeidet 72 prosent som allmennlege (dvs. spesialist i allmennmedisin, godkjent allmennlege, turnuslege eller annen lege) i legevaktområdet. Legene på vakt denne uken ble også inndelt etter fylker. Denne oversikten viser at Troms lå på topp i landet med 94 prosent allmennleger på vakt, deretter kom Finnmark med 90 prosent og Nordland litt lenger ned på lista med 75 prosent. Blant legene i vakt den aktuelle uken, var 66 prosent godkjent allmennlege eller spesialist i allmennmedisin. Det vil si at de oppfylte akuttmedisinforskriftens kompetansekrav for å ha legevakt alene, uten kvalifisert bakvakt. I den fylkesvise fordelingen på dette punktet, befant de nordnorske kommunene seg i det nedre sjiktet; Troms med 64 prosent, Finnmark med 62 prosent og Nordland med 58 prosent.

### 7.3 Vaktbelastning

I de legevaktene hvor få fastleger deltar, vil vaktbelastningen på den enkelte fastlege naturlig nok blir stor. I de interkommunale legevaktene i Nord-Norge viser data fra NSDM per 1.1.2017, at antall fastleger i legevaktordningen varierte fra tre til 33 fastleger. I seks av 19 (32 prosent) interkommunale legevakter var det fem eller færre fastleger i legevaktordningen. I de kommunale legevaktene i Nord-Norge varierte antall fastleger i legevaktordningen mellom ingen og 52. I 19 av 30 (58 prosent) av de kommunale legevaktene vi har opplysninger om, var det tre eller færre fastleger som inngikk i legevaktordningen. Undersøkelsen fra NSDM gir imidlertid ikke direkte svar på omfanget av legevaktarbeid for den enkelte fastlege (vaktbelastningen).

Tabell 26: Antall fastleger i legevaktordninger i Nord-Norge per 1.1.2017, etter type legevakt

	Kommunal legevakt	Interkommunal legevakt
0 – 3 fastleger	19	1
4 – 5 fastleger	3	5
6 - 10 fastleger	5	5
Mer enn 10 fastleger	2	8
Totalt	30	19

Tall om vaktordning som vi har fått tilgang til fra Nklm per juni 2016, viser at i ukedagene hadde 54 prosent av legevaktene i Nord-Norge døgnvakt (dvs. at samme lege har 24 timer vakt), 31 prosent hadde et to-delt vaktdøgn, 6 prosent hadde et tre-delt vaktdøgn,

<sup>32</sup> 20.-27. mars.

mens 10 prosent hadde en annen inndeling. Når det gjelder vaktordningen i helgene, manglet det opplysninger fra nær to tredeler av legevaktene.

I NSDMs studie om fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere (Abelsen et al. 2016) deltok 36 nordnorske kommuner med kommunal legevakt per 1.1.2015. En reanalyse av dette materialet viste at bare fire av disse legevaktene (11 prosent) hadde engasjert vikar(er) kun for å ivareta legevakt i kortere eller lengre perioder i løpet av 2014. De fire nordnorske legevaktene hadde til sammen leid inn 11 vikarer til legevakten i 2014. Syv av disse 11 (64 prosent) var ikke fast bosatt i Norge. På landsbasis var andelen kommunale legevakter som hadde leid inn vikar kun for å dekke legevakt i løpet av 2014, oppe i 25 prosent. Blant disse vikarene var 67 prosent ikke fast bosatt i Norge. Resultatene indikerer at legevakt i nordnorske kommuner med kommunal legevakt, i stor grad ivaretas av kommunens allmennleger.

#### 7.4 Avlønning for legevakt

En særavtale mellom KS og Legeforeningen (SFS 2305<sup>33</sup>) regulerer avlønning av leger i vakt. Det er grunn til å anta at denne ligger til grunn dersom ikke annet er avtalt lokalt. Avlønningsordningen for legevakt er i utgangspunktet en kombinasjon av beredskapsgodtgjøring som betales av kommunen, og takster etter normaltariffen som betales av HELFO.

Beredskapsgodtgjøring er delt i fire klasser hvor legen gis beredskapsgodtgjøring per løpende time. Denne er høyest i vaktklasse 1 hvor det ut fra gjennomsnittsberegninger er minst å gjøre per beredskapstime og avtar til 0 i vaktklasse 4 hvor det ut fra gjennomsnittsberegninger er mye å gjøre per beredskapstime. Satsene for helg og helligdager er noe høyere, men fortsatt 0 i vaktklasse 4<sup>34</sup>. Vaktklasse 1 er i bruk i mindre folkerike områder, mens vaktklasse 4 er for områder med stor befolkningskonsentrasjon. Det er egne satser for leger i bakvakt som ikke er gradert etter vaktklasser<sup>35</sup>.

Beredskapsgodtgjøring kan ses som en aktivitetsuavhengig kompensasjon for at man er på vakt, og samtidig som en forsikring mot for store inntektssvingninger over tid (Godager et al. 2015). Inntekten per time er likevel betydelig større i sentrale områder enn i mindre sentrale områder dersom man kun inkluderer disse

---

<sup>33</sup> Sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening om vilkår for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen.

<sup>34</sup> SFS 2305 for perioden 1.1.2016 – 31.12.2017: Vaktklasse: man-fre/lør-søn/helg-høytid, Vaktklasse 1: kr 110/152/172, Vaktklasse 2: kr 49/76/86, Vaktklasse 3: kr 28/49/56, Vaktklasse 4: kr 0/0/0.

<sup>35</sup> SFS 2305 for perioden 1.1.2016 – 31.12.2017: kr 150/200/230.



inntektskomponentene<sup>36</sup>. Brandstorp (2014) skriver at små, rolige legevakter i distrikt innebærer mye bundet tid med lav kompensasjon for legene. Videre at det lenge har vært slik at den økonomiske kompensasjonen for legevakt varierer mye mellom legevaktene. Mange større legevakter har fast lønn på natt eller i hele arbeidstiden (som Oslo og Bergen).

SFS 2305 spesifiserer egne satser for timelønn i interkommunale legevakter på natten (tidsrommet kl 23-08), hvor satsene øker med befolkningsgrunnet, fra hverdag til helg og hvis legen er spesialist. Når fast timelønn benyttes, går HELFO-takstene for legevaktarbeidet normalt til kommunen.

Godager et al. (2015) har gjennomført en undersøkelse om avlønningsordninger for legevakt hvor 70 prosent av landets legevakter deltok. Resultatene viser at per 1. april 2015, benyttet 44 prosent av legevaktene beredskapsgodtgjøring og takster etter normaltariffen, 38 prosent benyttet fast lønn på natten i henhold til SFS 2305, mens 19 prosent benyttet fast lønn enten ettermiddag, helg, eller natt utover SFS 2305, forankret gjennom en lokal særavtale.

Tall fra Nklm (juni 2016) som vi har fått tilgang til, viser avlønnning av legevaktlegen for 40 av de 52 legevaktene i Nord-Norge. I 11 legevakter (27,5 prosent), hadde legevaktlegen fast lønn, enten ettermiddag eller helger, eller om natten. I fem legevakter (12,5 prosent) hadde legevaktlegen fast lønn om natten. I de resterende 24 legevakter (60 prosent) var det ingen form for fastlønn for legevaktlege, verken ettermiddag, natt eller helg. Sammenliknet med resultatene fra Godager et al. (2015), indikerer tallene at fast lønn for legevakt er mindre vanlig i Nord-Norge enn i landet for øvrig

Godager et al. (2015) framholder at fastlønn framfor takstbasert avlønnning i legevakt kan ha flere positive virkninger på rekruttering til legevakt i mindre sentrale kommuner enn i sentrale kommuner. Fastlønn vil gi kommunen større frihet og fleksibilitet til å betale den inntekten som kreves for å rekruttere tilstrekkelig personell til legevakt. Alternativt kunne man tenke seg at en betydelig heving av satsene for beredskapsgodtgjørelse kunne gi samme effekt på rekruttering som fastlønn. Begge tilfeller kan bli kostbar for kommunen.

## 7.5 Oppsummering

For å få til levelige vaktordninger for legene og tilgang til legevakt uten for store avstandsutfordringer for kommunens innbyggere, har mange mindre folkerike og

---

<sup>36</sup> Godager et al (ibid) viste med 2015-priser, at en lege som var spesialist i allmennmedisin og hadde fire konsultasjoner per time i vaktklasse 4 ville ha en brutto timeinntekt på 1 436 kroner, mens en lege som var spesialist i allmennmedisin og hadde én konsultasjoner per time i vaktklasse 1 ville ha en timeinntekt på 456,50 kroner.

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. Deltagelsen var størst i kommuner med kommunal legevakt. Andel fastleger i Nord-Norge med selvstendig vaktkompetanse var den samme i Nord-Norge som i landet som helhet. En studie med data fra 2014 viser at andelen kommunale legevakter som hadde leid inn vikar kun for å dekke legevakt, var kun 11 prosent i Nord-Norge mot i 25 prosent i hele landet.

Den økonomiske kompensasjonen for legevakt varierer mye mellom legevaktene. Små, rolige legevakter i distrikt innebærer mye bundet tid med lav kompensasjon for legene.

## 8 REISETID TIL SYKEHUS

Tidligere analyser har vist at det er klare sammenhenger mellom avstand til sykehus og forbruket av polikliniske tjenester og dagbehandling (Hagen 2009, Heiberg 2010).

Pasienter i vertskommunene for sykehus bruker altså sykehustjenester mer enn andre pasienter. En god fastlegetjeneste blir desto viktigere å ha på plass på steder der det er lang avstand til sykehus.

De neste tabellene viser gjennomsnittlig reisetid fra kommunesentra i Nord-Norge og til nærmeste sykehus, og er basert på data fra Helsedirektoratets verktøy for reisetidsberegning. Oversikt over reisetid fra den enkelte kommune finnes i Tabellvedlegg V7. Gjennomsnittlig reisetid fra et kommunesenter i Nord-Norge og til nærmeste sykehus er 126 minutter (2 timer og 6 minutter), og den lengste reisetiden fra et kommunesenter er 336 minutter (5 timer og 36 minutter). I 15 enkeltkommuner er det en reisetid på 200 minutter (3 timer og 20 minutter) eller mere fra kommunesenteret til nærmeste sykehus. Dette gjelder (lengst reisetid nevnt først) Røst, Hasvik, Berlevåg, Gamvik, Lebesby, Båtsfjord, Vega, Vardø, Kvænangen, Kautokeino, Loppa, Sømna, Skjervøy, Nordreisa og Torsken.

Tabell 27 viser at det er stor variasjon mellom regionene i Nord-Norge i gjennomsnittlig reisetid fra kommunesentra til sykehus.

Tabell 27. Reisetid (antall min.) til sykehus fra kommunesentra i Nord-Norge fordelt etter regioner; gjennomsnitt, median, min og max. N=antall kommuner.

Region	Gjennomsnitt	median	min	max	N
Sør-Helgeland	200	198	158	230	5
Indre Helgeland	80	76	18	119	6
Helgeland	94	99	21	146	6
Bodø/Salten	111	987	17	98	9
Lofoten	119	61	22	336	6
Vesterålen	76	88	15	116	6
Ofoten	86	59	28	170	3
Sør-Troms	67	58	12	158	9
Midt-Troms	145	146	98	202	8
Tromsøregionen	74	85	18	119	3
Nord-Troms	181	199	104	225	6
Vest-Finnmark	152	141	7	327	8
Indre Finnmark	211	211	197	225	2
Øst-Finnmark	181	227	33	263	9
Totalt	126	118	7	336	86

Kommunene i Indre Finnmark og Sør-Helgeland har lengst gjennomsnittlig reisetid<sup>37</sup>. Alle kommunene i disse to regionene har lang reisetid.

Tabell 28 viser at variasjonen i gjennomsnittlig reisetid blir litt mindre når man sammenligner lokalsykehusområder. Kommunene som tilhører lokalsykehusene i Kirkenes og Hammerfest har lengst gjennomsnittlig reisetid, fulgt av Sandnessjøen.

Tabell 28: Reisetid (antall min.) til sykehus fra kommunesentra i Nord-Norge fordelt etter lokalsykehusområder; gjennomsnitt, median, min og max. N=antall kommuner.

Lokalsykehusområde	Gjennomsnitt	median	min	max	N
Sandnessjøen	155	152	65	230	10
Mosjøen	71	73	21	119	3
Rana	70	75	18	113	4
Bodø	141	136	17	336	12
Lofoten	45	47	22	64	4
Vesterålen	71	79	15	116	5
Narvik	62	62	28	98	6
Harstad	70	57	12	158	6
Tromsø	145	150	18	225	17
Hammerfest	171	160	7	327	11
Kirkenes	173	184	33	263	8
Total	126	118	7	336	86

Tabell 29 viser som forventet at gjennomsnittlig reisetid er høyest i minst sentrale kommuner.

Tabell 29: Reisetid (antall min.) til sykehus fra kommunesentra i Nord-Norge fordelt etter SSBs sentralitetsnivå; gjennomsnitt, median, min og max.

Sentralitet	mean	median	min	max
Minst sentrale (nivå 6)	149	141	37	336
Nest minst sentrale (nivå 5)	105	87	15	209
Mellomsentrale (nivå 4)	39	25	7	127
Mellomsentrale (nivå 3)	18	18	17	18
Total	126	118	7	336

<sup>37</sup> Tallene viser gjennomsnitt for kommunesentraene, ikke gjennomsnitt for en innbygger i regionen.

### 8.1.1 Oppsummering

Basert på viten om at pasienter utenfor vertskommunene for sykehus bruker sykehustjenester<sup>38</sup> mindre enn andre pasienter, blir det desto viktigere å ha på plass en god fastlegetjeneste på steder langt fra sykehus. Kommunene i Indre Finnmark og Sør-Helgeland har lengst gjennomsnittlig reisetid til sykehus. Enkeltkommuner i mange regioner har minst 200 minutter (3 timer og 20 minutter) reisetid til nærmeste sykehus, dette gjelder Røst, Hasvik, Berlevåg, Gamvik, Lebesby, Båtsfjord, Vega, Vardø, Kvænangen, Kautokeino, Loppa, Sømna, Skjervøy, Nordreisa og Torsken.

---

<sup>38</sup> Gjelder polikliniske kontakter og dagbehandlinger

## 9 LEGERS KRAV OG FORVENTNINGER TIL FASTLEGEJOB BEN

Det er velkjent at både medisinstudenter og erfarne leger tildeler ulik prestisje til ulike medisinske spesialiteter (Shortell 1974, Album 1991, Rosoff og Leone 1991, Hinze 1999, Album og Westin 2008). Et prestisjehierarki er utviklet av norske forskere for å rangere spesialiteter. Dette er basert på vurderinger gjort av medisinstudenter og erfarne leger. I dette hierarkiet, som riktignok er laget noen år tilbake, finner vi geriatri på bunnen og nevrokirurgi på toppen. Allmenntilmedisin er rangert nær bunnen som fjerde sist av 22 rangerte spesialiteter (Album 1991, Wiers-Jenssen og Aasland 1999, Album og Westin 2008). De som skal rekruttere og stabilisere leger til fastlegepraksis, bør være klar over at det i liten grad er prestisje som trekker legene til allmenntilmedisin. Det er andre verdier disse legene søker å realisere med et slikt valgt. De er ikke gitt at de finner veien til allmenntilmedisin på egenhånd. Her trengs det påvirkning både individuelt og på systemnivå.

### 9.1 Hva bidrar til at leger blir fastlege i Nord-Norge?

De to dominerende hypotesene i forskningslitteraturen om hva som bidrar til å rekruttere leger til arbeid i distrikt handler om: (1) «Rural origin» – det å ha oppveksterfaringer fra distrikt, og (2) «Rural exposure» – det å møte pasienter og lære i distriktsmedisinske settinger i studietiden (Dunbabin og Levitt 2003). Internasjonalt er det gjort mange observasjonsstudier som har rapportert om at leger med bakgrunn fra distrikt, er mer tilbøyelige til å praktisere i distrikt etter endt utdanning (f eks. Rabinowitz 1993 og 1998, Stearns 2000, Laven og Wilkinson 2003, Curran og Rourke 2004, Richards et al. 2005). Det er også gjort studier som viser hvordan påført distriktserfaring for eksempel ved gjennomføring av en del av legeutdanningen i distrikt, gir økt rekruttering av leger til distrikt (Playford et al. 2014, Playford et al. 2017).

Forskningslitteraturen refererer gjerne til ordninger og tiltak som bygger på legers oppveksterfaringer i distrikt, og/eller tilrettelegger for eksponering for distrikt gjennom utdanningsløpet, som «the rural pipeline» (Fisher og Fraser 2010, Carson et al. 2015, Wenghofer et al. 2017). I følge Carson et al. (2015) er «rural pipeline»-ordninger ved medisinstudier godt utviklet i Australia, Canada, USA og Sør-Afrika. Medisinstudiet ved UiT Norges arktiske universitet (UiT) fremheves som et unntak i europeisk sammenheng.

Bertelsens (1963) artikkel som viste at leger etter endt utdanning hadde en klar tendens til å søke arbeid på utdanningsstedet eller sitt oppvekststed, var et viktig kunnskapsgrunnlag da Stortinget vedtok å opprette et nordnorsk universitet og et nytt medisinstudium i Tromsø. Hovedformålet med medisinstudiet i Tromsø var å bedre legedekningen og bidra til å bringe landsdelens helsetjeneste og befolkningens helsetilstand opp på et nasjonalt likeverdigg nivå. Studiet ble etablert i 1973 med en

opptakskvotene for studenter med tilhørighet til Nord-Norge. De første årene utgjorde den nordnorske opptakskvoten 25 prosent av studentmassen. Da Forsdahl et al. (1988) dokumenterte at andelen uteksaminerte leger som tok arbeid i Nord-Norge, var mye høyere blant studenter nordfra sammenliknet med studenter sørfra, ble den nordnorske opptakskvoten fordoblet til 50 prosent og ytterligere økt til 60 prosent i 1998 (Aaraas 2016). I dag er åtte av disse plassene reservert søkere fra Nord-Troms og Finnmark. I tillegg er to plasser reservert for søkere med samisk bakgrunn. Tilsvarende kvotering finnes ikke ved noen av de øvrige medisinstudiene i landet.

Helt siden medisinstudiet ved UiT, ble etablert, har det i tillegg hatt et vesentlig innslag av eksponering for distrikt gjennom studentenes desentraliserte kliniske praksis i nordnorske lokalsamfunn. Inspirasjonen til studiemodellen stammer i hovedsak fra McMaster, ett av Canadas toppuniversiteter. Der hadde man gode erfaringer med å prioritere opptak fra, og utplassering av medisinstudenter til, nordlige distrikter i provinsen Ontario (ibid.). Distrikteksponeringen var i starten særegen for medisinstudiet ved UiT. Den har i noen grad blitt adoptert av de andre medisinstudiene i Norge.

En undersøkelse av arbeidssted i 2013 for 34 årskull med UiT-utdannede leger viste at en betydelig høyere andel arbeidet i primærhelsetjenesten enn gjennomsnittet blant norske leger, de fleste i Nord-Norge (Aaraas, Halvorsen og Aasland 2015). Blant legene uteksaminert etter 2005, arbeidet 60 prosent i Nord-Norge i 2013. Andelen nyutdannede leger som arbeidet i Nord-Norge fem år etter uteksaminering, hadde økt fra 50 til 60 prosent fra slutten av 80-tallet til 20 år senere, når man undersøkte deres arbeidsted fem år etter uteksaminering (Forsdahl et al. 1988, Aaraas et al 2015). Til sammen gir denne dokumentasjonen holdepunkter for at både det å prioritere en nordnorsk kvote ved opptak til studiet og det å involvere studentene i nordnorsk helsetjeneste ved utplasseringen i lokalsykehus og distrikter, har vært viktig for å få legene til å slå seg ned og bli i Nord-Norge.

Gaski et al. (2017) viste med utgangspunkt i et datamateriale som omfattet 34 årskull UiT-utdannede leger, at 27 prosent (406 av 1 501) av de legene som var yrkesaktive, og som var ferdige med turnustjeneste, arbeidet som fastlege i 2013. Blant UiT-utdannende leger som arbeidet som fastlege i 2013, var det 53 prosent (214 av 406) som arbeidet i Nord-Norge. De var imidlertid ikke spredt jevnt over hele landsdelen. 28 prosent (59 av 214) arbeidet i Tromsø eller i dagpendleravstand til Tromsø (i Storfjord, Balsfjord og Karlsøy). Det var med andre ord en sterk sentralisering rundt utdanningsstedet. UiT-utdannede leger bemannet 44 prosent av fastlegestillingene i Nord-Norge; hele 59 prosent av fastlegestillingene i Troms, 46 prosent i Finnmark og 32 prosent i Nordland. Reanalysen av data fra Gaski et al. 2017 viser at UiT-utdannede leger bemannet 30

prosent av fastlegestillingene i de minst og nest minst sentrale kommunene i Nord-Norge, og henholdsvis 85 og 55 prosent av fastlegestillingene i Tromsø og Bodø (detaljer finnes i Tabellvedlegg V8).

Abelsen og Gaski (2017) viste at det var et «overopptak» av studenter bosatt i Nord-Norge som startet medisinstudier i Norge i perioden 2005-2015, sammenliknet med befolkningsgrunnetallet i Nord-Norge. Studiene fra UiT viser at dette «overopptaket» bidrar til å løse noe av rekrutterings- og stabiliseringsutfordringene i nordnorske distrikt, men det er ikke hele løsningen. Dagens Nord-Norge kvote for opptak til medisinstudiet er ikke spesifikk med hensyn til å løse distriktenes problemer, men har gitt mange leger til de mest sentrale områdene i landsdelen.

Ved et økende antall medisinerutdanninger i Canada prøver man nå å øke rekrutteringen av leger til distrikt ved å etablere underavdelinger lokalisert på mindre steder, for å gi studentene praktisk erfaring fra arbeid under ulike forhold (Ono et al. 2014). Ved UiT går man i samme retning med sitt desentraliserte undervisningsopplegg hvor etter hvert 30–40 prosent av medisinstudentene gjennom hele femte og sjette studieår vil ha all undervisning, inkludert klinisk tjeneste ved sykehus og i primærhelsetjenesten, i Nordland og Finnmark (Bodø- og Finnmarksmodellen). Tiden vil vise hvilke effekter disse desentraliserte modellene vil ha for rekruttering og stabilisering av leger til distriktene i Nord-Norge.

Carson et al. (2015) minner oss om at det er viktig å anerkjenne at en betydelig andel av fastleger som arbeider i distrikt, ikke er oppvokst i distrikt og heller ikke er påført distriktserfaring gjennom sin medisinerutdanning. Tall fra SSBs Statistikkbank viser eksempelvis at 22 prosent av alle fastleger i Norge i 2016 var innvandrere. I de minst sentrale kommunene var denne andelen oppe i 33 prosent. I Finnmark var innvanderandelen blant fastlegene 27 prosent, i Nordland var den 23 prosent, mens den i Troms var 19 prosent. Den offentlige rekrutterings- og stabiliseringspolitikken bør derfor ikke begrenses til kun å spille på legestudenters oppvekstbakgrunn.

## 9.2 Inntektssystempreferanser

Abelsen og Olsen (2015) har undersøkt preferanser for ulike inntektssystemer blant unge leger i Norge (dvs. siste års medisinstudenter og turnusleger) og eventuelle kjønnsforskjeller i preferansene. Et av spørsmålene som ble stilt, handlet om respondentenes apriori preferanse for inntektssystem gitt at de skulle arbeide som fastlege (dvs. den preferansen de hypotetisk hadde før de gikk ut i fastlegejobb). Spørsmålet lød som følger: *Hvilket inntektssystem vil du foretrekke, dersom du skal jobbe som fastlege/allmennlege og kan velge fritt?* Responsalternativene var (a) fast lønn, (b) aktivitetsavhengig inntekt (dvs. nåværende inntektssystem for næringsdrivende fastleger



med en inntekt som er avhengig av antall pasienter du har, hvor mange pasienter du behandler og hvilken behandling du gir), (c) en kombinasjon der en prosentandel er fast og resten er aktivitetsbasert og (d) vet ikke. De som valgte alternativ c) ble bedt om å oppgi sin foretrukne fastlønnspersent.

Blant legene i undersøkelsen, var det 20 prosent som foretrakk fast lønn (alternativ a), 20 prosent foretrakk nåværende inntektssystem for privat næringsdrift i fastlegeordningen (alternativ b), 48 prosent foretrakk en kombinasjon av aktivitetsbasert inntekt og fast lønn (alternativ c), mens 12 prosent svarte vet ikke (alternativ d). Resultatene tyder på at unge leger foretrekker inntektssystemer som gir mer forutsigbar inntekt enn det de ofte stilles overfor som fastleger i dag. Årsaken til manglende preferanse for dagens inntektssystem for privat næringsdrift som fastlege, kan være at inntektssystemet er fundamentalt forskjellig fra det nåværende inntektssystem for leger i sykehusjobb både når det gjelder inntektsforutsigbarhet og tilhørende velferdsgoder. Inntektssystemet for privat næringsdrift kan resultere i dårligere inntekt hvis du ikke klarer å holde aktiviteten på et stabilt nivå. Dette elementet av individuell risiko i inntektssystemet fremheves ytterligere av det faktum at næringsdrivende fastleger selv er ansvarlig for å sørge for egen pensjonsordning og sykefraværsforsikring. Sykehusleger har til sammenlikning en fast grunnlønn og er inkludert i det offentlige trygdesystemet som både gir pensjonsordning og rettigheter i forbindelse med egen og barns sykdom. Dermed synes det som om det å bli privatpraktiserende fastlege, ikke bare involverer større personlig forpliktelse men også større personlig risiko enn det å bli sykehuslege.

Som forventet, basert på tidligere studier, var det betydelige kjønnsforskjeller i inntektssystempreferansene. De kvinnelige legene hadde en sterkere preferanse for fast lønn (25 prosent vs. 14 prosent). Bare halvparten så mange kvinnelige leger, sammenlignet med de mannlige, foretrakk dagens inntektssystem for fastleger i privat næringsdrift (14 prosent mot 28 prosent).

I artikkelen diskuterte Abelsen og Olsen (ibid.) i hvilken utstrekning de som ønsker unge leger i jobb bør møte deres inntektssystempreferanser. Man kan hevde at det ikke egentlig betyr noe hva unge leger som enda ikke er helt ferdig utdannet, i utgangspunktet måtte mene om inntektssystemene fordi de vil tilpasse seg systemene så snart de blir en del av dem. Imidlertid viste en tverrsnittsundersøkelse blant erfarne norske fastleger i 2012, at én av to foretrakk et annet inntektssystem enn det de hadde, og at denne andelen hadde økt betydelig fra en tilsvarende undersøkelse i 2009 (Halvorsen et al. 2012, Holte et al. 2015a). Blant de fastlegene som drev privat næringsdrift, var det én av tre som ville hatt fast lønn hvis de kunne valgt fritt. Dette viser at leger ikke nødvendigvis lærer å tilpasse seg eksisterende inntektssystem, og at det er

en betydelig preferansemismatch blant fastleger som har hatt mange år på å tilpasse seg systemet. Dette kan potensielt bidra til økt turnover blant erfarne fastleger

Det faktum at unge kvinnelige leger har betydelig forskjellige inntektssystempreferanser sammenliknet med unge mannlige leger, representerer en utfordring gitt den nye kjønnsbalansen i rekrutteringen til medisinfaget. Det er ingen åpenbare grunner til å opprettholde inntektssystemer som kan skape kjønnsubalanse innenfor bestemte sektorer eller spesialiteter.

**9.3 Preferanser for økonomiske og ikke-økonomiske jobbegenskaper**  
Holte, Kjaer, Abelsen og Olsen (2015b) gjennomførte en analyse med målsetting om å identifisere unge norske legers preferanser for ulike økonomiske og ikke-økonomiske egenskaper ved en fastlegepraksis. Strukturerte spørreskjemaer, med diskrete valg eksperimenter (discrete choice experiments, DCE), ble brukt for å samle inn data fra unge leger (medisinerstudenter og turnusleger i 2010<sup>39</sup>). Resultatene tyder på at rekrutteringstiltak til fastlegetjenesten som inneholder flere ikke-økonomiske insentiver (f.eks. bedring av mulighet for faglig utvikling og kontroll over arbeidstid), kan bidra til løse dagens utfordring med å rekruttere og beholde fastleger i distriktene. Det å øke inntekten, fra dagens nivåer i Norge, ser ut til å ha begrenset effekt. Dette fordi legene i liten grad verdsetter inntektsøkninger utover et referansenivå som allerede er oppnådd. Eksperimentet ble spesielt designet for å finne mer ut av de unge legenes preferanser med hensyn til lokalisering av fastlegepraksis.

Resultatene fra eksperimentet viste at nær 20 prosent av de unge legene 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*. Når bare én av de ikke-økonomiske attributtene gikk fra å være *svært god* til å bli *begrenset* i distrikt (for eksempel hvis mulighet til kontroll arbeidstiden ble redusert fra *svært god* til *begrenset*), falt andelen som kunne tenke seg å jobbe i distrikt fra nær 20 prosent til rundt to prosent. Videre viste analysen at når mer enn én av attributtene i eksperimentet ble endret til et dårligere alternativ, var det ingen som kunne tenke seg å jobbe i en fastlegepraksis i distrikt. Dette er bemerkelsesverdig siden disse arbeidslivsattributtene gjerne pleier å være dårligere i distrikt enn i byområder. Analysen viser videre at økt inntekt er ikke tilstrekkelig for å kompensere for dårligere arbeidsforhold. Et annet viktig funn med hensyn til inntekt er at unge leger synes å ha en referanseinntekt forankret i

---

<sup>39</sup> Dette er del av det samme datamaterialet som Abelsen og Olsen (2015) brukte i sin analyse om inntektssystempreferanser (jfr. kap ?).

inntektsnivået blant unge sykehusleger. Analysen viser at en 10 prosents reduksjon i inntekt fra dette referansenivået hadde tre ganger så høy negativ betydning som den positive verdien av en tilsvarende økning i inntektene.

#### 9.4 Oppsummering

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, som bygger på legers oppveksterfaringer i Nord-Norge gjennom å ha en nordnorsk kvote på 60 prosent av studentene, og tilrettelegger for eksponering for distrikt gjennom praksis. Studier har vist at UiT-utdannede leger per 2013 bemannet 44 prosent av fastlegestillingene i Nord-Norge, men var sterkt sentralisert rundt utdanningsstedet.

Det er avdekket betydelige kjønnsforskjeller i inntektssystempreferansene blant unge leger, gitt at de skal jobbe som fastleger med fritt valg av inntektssystem. De 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.

## 10 REKRUTTERINGSBEHOVET

I dette kapitlet peker vi på ulike forhold som påvirker rekrutteringsbehovet for fastleger i Nord-Norge.

### 10.1 Oppsummering av rekrutteringsbehovet

Bakteppet for denne rapporten er antagelsen om at en svakt voksende men ikke minst aldrende befolkning i Nord-Norge, som i resten av landet, vil skape større etterspørsel etter fastlegetjenester i årene som kommer. Dette fordi forbruket av fastlegetjenester er vesentlig høyere blant befolkningen over 80 år sammenlignet med yngre.

Med unntak av i Narvikområdet, er det ikke «forgubbing» men turnover blant yngre leger som er den store utfordringen i fastlegetjenesten i Nord-Norge. Tall per oktober 2017, viste at 15,4 prosent av de nordnorske fastlegene var 60 år eller eldre. Tilsvarende andel på landsbasis var 24 prosent. Tall fra de 13 første årene med fastlegeordning indikerer at fastlegeyrket i stor grad forlates før legene når pensjonsalderen. Særlig gjelder det i Nord-Norge. Mens 11,2 prosent av fastlegeavtalene på landsbasis ble avsluttet av leger som var 67 år eller eldre, var tilsvarende andel i Nord-Norge nede i 4,7 prosent<sup>40</sup>.

I 2013 var den årlige utskiftningsandelen (turnover) blant fastleger i Nord-Norge på 12,8 prosent. Det vil si at det ble inngått 62 nye fastlegeavtaler i nordnorske kommuner i løpet av 2013. Ved UiT uteksamineres det rundt 85<sup>41</sup> leger hvert år. En studie basert på 34 årskull med leger utdannet ved UiT, viste at i 2013 arbeidet 27 prosent av dem som fastleger. Drøyt halvparten av dem var fastleger i Nord-Norge. Tallene indikerer at medisinstudiet ved UiT ikke på noen måte gjør Nord-Norge selvforsynt med fastleger, selv om bidraget over år har vært stort. Legene som skal ivareta fastlegestillinger i Nord-Norge må i stor grad komme fra andre landsdeler og fra utlandet. Det er i seg selv ingen ulempe, men i konkurransen med fastlegejobber andre steder i landet stiller store deler av Nord-Norge svakt. Med økende rekrutteringsutfordringer i resten av landet og et behov for å rekruttere flere leger inn i fastlegeordningen, særlig i de store byene, kan man forvente at rekrutteringsutfordringene øker i Nord-Norge og særlig i de minst sentrale områdene.

Den årlige utskiftningsandelen blant kvinnelige fastleger i Nord-Norge var på 13,6 prosent i 2013 (12,2 for mannlige fastleger). De senere år har flere unge kvinnelige

---

<sup>40</sup> Reanalyse av nordnorske fastlegeavtaler fra de 13 første årene med fastlegeordning.

<sup>41</sup> Tall fra Databasen for høgere utdanning 2013-2017.

fastleger<sup>42</sup> i Nord-Norge ytret seg offentlig om det høye arbeidspresset og valgt å forlate fastlegeyrket. Når vi vet at kvinneandelen blant nye leger øker, er det en særlig utfordring hvis de unge kvinnelige legene ikke finner fastlegeyrket attraktivt.

Denne studien avdekker at det i Nord-Norge er en særlig lav andel spesialister i allmenntilleggsmedisin blant de kvinnelige fastlegene. Per oktober 2017 var 37 prosent av de kvinnelige fastlegene i Nord-Norge spesialist i allmenntilleggsmedisin mot 50 prosent på landsbasis. Vi kan stille spørsmål om dette kan ha å gjøre med hvordan rammebetingelsene har vært for å spesialisere seg i allmenntilleggsmedisin når man arbeider i en liten kommune med reiseavstand til større sentra hvor de fleste utdanningstiltak foregår? Frem til i dag har det i stor grad vært opp til den enkelte (nye) fastlege å organisere sin egen spesialisering. De økte kravene til spesialistkompetanse i allmenntilleggsmedisin som nå stilles til kommunene både når det gjelder vanlig kurativt fastlegearbeid og legevaktarbeid, gjør den lave spesialistandelen blant de kvinnelige fastlegene ekstra utfordrende for de nordnorske kommunene.

Fastlønnsstillinger for fastleger trekkes i mange sammenhenger fram som et godt rekrutteringstiltak nasjonalt, særlig for å rekruttere unge leger til fastlegepraksis. Mange nordnorske kommuner, og da i særdeleshet de mest rekrutteringssvake, har for lengst tatt i bruk fastlønnsavtaler. Det ligger med andre ord ikke noe rekrutteringspotensiale her for dem. De kan snarere vente seg større konkurranse og større krav til kreativitet i kampen om nye fastleger. I tillegg vil trolig flere sentrale kommuner legge til rette for utdanningsstillinger for mer effektive og strømlinjeformede spesialiseringssløp.

Den årlige utskiftningsraten blant fastleger i Nord-Norge lå i 2013 på 12,8 prosent. Den hadde økt noe fra 2002 da den var 11,4 prosent. Vi antar for enkelhets skyld at utskiftningsraten var den samme i 2017 som i 2013. Det betyr at det i 2017 var behov for å rekruttere 68 nye fastleger i Nord-Norge for å erstatte de som sluttet blant de 532 som hadde en avtale med en kommune. I tillegg kommer behovet for å rekruttere fastleger til de 26 listene som var registrert å være uten lege. Det betyr at vi kan anta et årlig rekrutteringsbehov på 94 nye fastleger til Nord-Norge i 2017. I tillegg kommer økt rekrutteringsbehov på grunn av forhold som vi allerede har nevnt og som vi i denne studien ikke tallfester nøyaktig: En større eldreandel i befolkningen (som vist i befolkningsframskrivingene) vil utløse et behov for flere fastleger, siden konsultasjonsraten hos fastlege øker med økende aldersgruppe opp til 89 år. Et sannsynlig inntog av en større andel kvinnelige fastleger vil kreve ytterligere fastlegelister

---

<sup>42</sup> <https://tidsskriftet.no/2013/11/aktuelt-i-foreningen/fastlegen-som-havnet-i-en-skvis>  
<http://legeforeningen.no/lokal/troms/Skalpellen/Fastlegeordningen---endringer-haster/>  
<https://tidsskriftet.no/profil/catherine-elde-isaksen>

(kvinnelige fastleger opp til 34 år i gjennomsnitt 739 listeinbyggere, mens mannlige har 792). Videre vil det sannsynligvis kreve rundt 16 nye ekstra fastleger i løpet av de nærmeste årene når listepasientene på listene til de 82 eldste fastlegene (60 år og eldre) skal fordeles på nye fastleger, forutsatt at de nye yngre legene vil ønske kortere lister (fastleger i aldersgruppen opp til 34 år har i gjennomsnitt 762 listepasienter).

## 10.2 Beregninger med utgangspunkt i en ønsket redusert arbeidstid

Dagens beskrivelse av fastlegeordningen er preget av krise og dokumentasjon om lange arbeidsdager. Arbeidstidsstudien (Rebnor et al. 2018) viser at fastleger i gjennomsnitt arbeidet 55,6 timer den uken undersøkelsen ble gjennomført. Vi legger til grunn at for å få en bærekraftig fastlegetjeneste, så er det behov for at fastleger som opplever for høyt arbeidspress, får redusert sin arbeidstid. Vi antar at det i hovedsak vil være behov for å redusere fastlegenes arbeid knyttet til listepopulasjonen og legevaktarbeid, og i mindre grad vil være behov for å redusere annet allmennlegearbeid (offentlig legearbeid). Hvis fastlegene skal redusere sin arbeidstid, må det inn flere fastleger i ordningen som kan overta arbeidet. Alternativet kan være at annet helsepersonell overtar arbeidet, men det går vi ikke inn på her. Vi vil med utgangspunkt i de 558 fastlegelisten som var registrert i nordnorske kommuner per oktober 2017, i det videre søke å estimere hvor mange fastleger det vil være behov for gitt ulike forutsetninger for å bedre dagens arbeidssituasjon.

Siden det ikke finnes registreringer for den enkelte fastlege om omfanget av deres legevaktarbeid, tar vi utgangspunkt i listelengden. Den er registrert i MinFastlege både for lister som betjenes av en fastlege, og for «lister uten lege». I tillegg til listelengde, er det registrert om det er ledig plass på listen. Vi antar at fastleger som er registrert med ledige plasser på sin liste, ikke er blant de som opplever for høyt arbeidspress og at de følgelig ikke har behov for å redusere sin arbeidstid. I våre beregninger beholder de derfor den listelengden de er registrert med.

Situasjonen per oktober 2017 er utgangspunktet for beregningene og det vi kan kalle hovedalternativet. Vi har i tillegg gjort beregninger som synliggjør hva henholdsvis 5, 10 og 15 prosent reduksjon i listelengde blant de fastlegene som ikke har ledig plass på sine lister i dag, vil kreve av ekstra fastlegekapasitet. Prosentatsene er valgt med utgangspunkt i en antatt gjennomsnittlig arbeidsuke på 55,6 timer. Med 5 prosent reduksjon vil gjennomsnittlig arbeidstid reduseres til 53 timer i gjennomsnitt per uke, med 10 prosent til 50 timer og med 15 prosent til 47 timer. 47 timer er noe under det som i tidligere tidsstudier er beregnet som gjennomsnittlig ukentlig arbeidstid blant fastleger på landsbasis. Rosta og Aasland (2016) viser til at i 1994 var gjennomsnittlig arbeidstid blant fastleger/allmennleger på landsbasis estimert til 47,8 timer (95% KI:

[46,6-48,9]) mens den i 2014 var 48,6 timer (95% KI: [47,7-49,9]). Vi antar et det er et rimelig estimat å legge til grunn for nordnorske forhold.

Tabell 30 viser beregningene vi har gjort for Nord-Norge som helhet. Disse viser at 5 prosent reduksjon i listelengde for de fastlegene som har fulle lister, medføre at gjennomsnittlig listelengde reduseres fra 834 til 812. Den reduksjonen som er lagt til grunn, vil føre til at 12 293 innbyggere må fordeles på nye lister. Hvis disse listene skal ha gjennomsnittlig lengde (her: 812), så betyr det at det må opprettes 15 nye lister og følgelig rekrutteres 15 nye fastleger. Med 10 prosent reduksjon i listelengde, er rekrutteringsbehovet beregnet til 31 nye fastleger. Med 15 prosent er det beregnet til 48 nye fastleger. Disse kommer da i tillegg til det rekrutteringsbehovet som allerede er avdekket i dagens situasjon hvor det årlig trengs 94 nye fastleger for å betjene eksisterende lister, og i tillegg en ytterligere 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.

Tabell 30: Effekter av 5, 10 og 15 prosent reduksjon i listelengde. Endringer i gjennomsnittlig listelengde og behov for nye fastlegelister i kommuner i Nord-Norge.

	Per oktober 2017	5% reduksjon*	10% reduksjon*	15% reduksjon*
Gjennomsnittlig listelengde	834	812	790	768
Befolkning på listene (med 558 lister)	465 233	452 940	440 646	428 353
Befolkning som må fordeles på nye lister	0	12 293	24 587	36 880
Antall nye fastlegelister det vil være behov for hvis gjennomsnittlig listelengde legges til grunn	0	15	31	48
Lister totalt	558	573	589	606

\* Reduksjon er kun beregnet for de listene som har nådd listetaket som er satt for listen per oktober 2017. For de lister som hadde ledige plasser, er listelengden per oktober 2017 benyttet.

Ved reduksjon i arbeidstid slik vi har skissert, vil behovet for ekstra lister i hovedsak være i de to mest sentrale kommunekategoriene (ca 70 prosent i alle de tre alternativene) og i mindre grad i de minst sentrale kommunene.

## 11 AKTUELLE TILTAK

Avslutningsvis vil vi peke på mulige tiltak som kan danne grunnlag for en videre diskusjon av hvordan stabiliteten blant fastleger i Nord-Norge kan bedres i årene fremover. De fire faktorene (kapittel 9) mulighet til å kontrollere arbeidstiden, mulighet for faglig utvikling, tilstrekkelig størrelse på legepraksisen og et akseptabelt økonomisk utkomme, er et utgangspunkt. Vi har beskrevet fem mulige tiltak. Det første er noen alternative måter å organisere legetjenesten i distriktskommuner på, som Nordsjøturnus, Senjalegen og Nordkappmodellen. For det andre har vi pekt på hvordan både kommunene og helseforetakene kan bidra til spesialisering i allmenntjenestemedisin. 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. Et fjerde mulig tiltak er å ta grep om helheten i fastlegens arbeid når nye tiltak og endringer diskuteres. Innsikt i hva fastlegearbeidet omfatter i den lokale konteksten er et viktig felles kunnskapsgrunnlag for slike diskusjoner, og her kunne offentlig statistikk om fastlegeordningen som synliggjør helheten i den enkelte fastleges arbeid og viser listelengde, omfanget av annet allmennlegearbeid og legevaktarbeid, være et utgangspunkt. Siste forslag til mulig tiltak innebærer 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.

### 9.4.1 Alternativ organisering av legetjenesten

Et mulig tiltak for å øke stabiliteten blant fastleger i Nord-Norge, er alternativ organisering av legetjenesten. Nordkapp kommune har i mange år hatt stabile fastleger. Nordkappmodellen handler om at de er hele seks fastleger som betjener 3 300 innbyggere. Dette innebærer en relativ overtallighet uten vikarbehov ved fastlegenes fravær og en vaktbelastning som er akseptabel for fastlegene. Det er derfor overskudd av legetid til andre oppgaver som tverrfaglig samarbeid og tjenesteutvikling, ekstern samhandling, annen virksomhet og publisering. Det at noen stadig arbeider i prosjekter med tjenesteutvikling gjør at listene (det er fellesliste) i praksis er 800 per lege og ikke 550 (Langfeldt 2017). Nordkappmodellen kan være en løsning for flere gitt det store vikarbehovet i fastlegetjenesten.

Alternativ organisering av legetjenesten basert på pendling kan være en løsning på sviktende rekruttering og stabilisering, og vi peker her på to ulike modeller. Disse modellene for organisering av fastlegetjenesten er basert på at fastlegene ikke nødvendigvis bor i den mindre distriktskommunen hvor de arbeider, og på den måten



kan få sikret rimelige arbeidsforhold samtidig som de beholder bosted i mer sentrale kommuner.

Senjalegemodellen er et interkommunalt samarbeid hvor Lenvik er vertskommune for legetjenester i de tre Senjakommunene Berg, Tranøy og Torsken. Fem fastleger og to turnusleger arbeider hoveddelen av arbeidstiden på hovedkontoret i Lenvik, og jobber en til to dager i uka på utekontor i en Senjakommune, med reising inkludert i arbeidstiden. Med denne modellen imøtekommes de fire attributtene nevnt tidligere;

- god mulighet til å kontrollere arbeidstiden
- gode muligheter for faglig utvikling
- optimal praksisstørrelse
- god inntekt

Modellen har gitt mindre legetid i Senjakommunene og dermed et økt ansvar for annet helsepersonell (Nygaard et al, upublisert 2018), men en mer stabil fastlegetjeneste, og modellen er samfunnsøkonomisk lønnsom (Gaski og Abelsen 2015).

Flere studier konkluderer med at arbeidstakere med høyere utdanning er villige til å pendle over lengre avstander enn andre grupper (oppsummert i Thorsen 2015 kapittel 7). Nordsjøturnus i Lyngen er en modell for legetjenester hvor tre leger deler én hjemmel. Legene pendler fra Tromsø og jobber to uker på, fire uker av, alle med 100 prosent stilling. Stillingen inkluderer legevaktarbeid fra kl. 12 til - 08 i 12 av 14 dager (turnuslege dekker de to resterende dagene). Inkludert i arbeidet er 40 prosent stilling på sykehjemmet og kurativt arbeid knyttet til listeinnbyggerne i de resterende 60 prosent. Regnskapstall fra tiden med vikarstafett viser at Nordsjøturnus ikke er et fordyrende alternativ (Harbitz 2018). Nordsjøturnusen har vart i fire år og har gitt stabil legedekning. Også i denne modellen imøtekommes de fire nevnte attributtene.<sup>43</sup>

I landsdelen finnes det i tillegg andre gode eksempler på lokale ordninger som trolig har rekrutterende og stabiliserende på leger lokalt, som f.eks. å tilby fast lønn selv i liten, lokal legevakt (Bindal) og økt innslag av fastlønn i kombinasjon med næringsdrift (Skjervøy), lokal satsning på aktive tverrfaglige fagmiljø (Bø) med mer.

#### 9.4.2 Tilrettelegging for spesialistutdanning i allmenntidning

Denne kartleggingen viser at spesialister i allmenntidning er et knapphetsgode, særlig i de mindre sentrale kommunene. De fleste kommuner tilsetter fastleger uten spesialistutdanning i allmenntidning. Primærhelsemeldingen (Meld. St. 26 (2014-2015))

---

<sup>43</sup> For Nordkappmodellen og Nordsjøturnus finnes det ikke gode data om kostnadene ved modellene.

påpeker at det å være spesialist i allmenmedisin tidligere først og fremst var et konkurransefortrinn for den enkelte lege. Det var legene selv som bestemte om de ønsket å spesialisere seg og det har tradisjonelt i stor grad vært overlatt til den enkelte lege både å organisere og finansiere spesialistutdanningen i allmenmedisin.

*Kommunene* stilles i dag overfor strenge kompetansekrav for bemanning både av fastlegetjenesten og legevaktordningen, og spesialistutdanning i allmenmedisin er nå å regne som obligatorisk for nye fastleger. Kompetanseforskriften<sup>44</sup> pålegger kommunen å sikre at fastleger som tilsettes etter 1. mars 2017, er spesialister i allmenmedisin eller under spesialisering. Akuttmedisinforskriften<sup>45</sup> stiller på sin side krav om at kommunenes legevakt må bemannes med fastleger som er spesialist i allmenmedisin, eller godkjente allmenleger med spesifikk klinisk erfaring og legevakterfaring<sup>46</sup>, for at de skal kunne ha selvstendig vakt.

Spesialistutdanningen for leger legges nå om og i september 2017 startet det første kullet som LIS1 (tidligere kalt turnustjeneste) på sykehus, med føringer lagt i den nye spesialistforskriften<sup>47</sup>. Omleggingen til det som nå er LIS1, har vært en gjennomgripende endring av den gamle turnustjenesten for leger. Omleggingen innebærer blant annet at legers rett til turnustjeneste opphørte og systemet for tildeling av turnusstillinger ble endret fra loddtrekning til søknadsbasert hvor helseforetak og kommuner sammen lyser ut LIS1-stillinger.

Turnustjenesten basert på loddtrekning, har tradisjonelt vært en viktig rekrutteringskilde for nordnorske kommuner. Systemet bidro til fordeling av gode leger til hele landet, fordi den basert på tilfeldighet, ga distriktserfaring og påfølgende distriktsarbeid for leger som i utgangspunktet ikke hadde planer om dette. Omleggingen til en søknadsbasert ordning har gjort bortvalg av tjeneste i distriktskommuner legitimt. Dette har mange distriktskommuner merket (Abelsen og Gaski 2017). Tilgangen til unge, flinke leger er ikke den samme som før.

Turnustjenestens innlemming i spesialistutdanningen gjør at både helseforetak og kommuner sammen bør tenke langsiktig og tilby tilrettelagte, helhetlige spesialistutdanningsløp for ferske leger som starter med LIS1 i Nord-Norge. Her ligger det et rekrutteringspotensiale som til nå er uutnyttet i Nord-Norge. Landets helseforetak har i lang tid jobbet sammen på tvers av helseregionene for å forberede seg på omleggingen

---

<sup>44</sup> <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2017-02-17-192>

<sup>45</sup> <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2015-03-20-231>

<sup>46</sup> Etter 1. mars 2017 er det ikke lenger mulig for fastleger å starte et løp for å bli godkjent allmenlege. Denne gruppen leger vil dermed gradvis fases ut.

<sup>47</sup> <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482>

for de spesialistutdanningene de har ansvar for og er mye bedre rigget og forberedt enn det kommunene er for å tilrettelegge for spesialistutdanningen i allmenntidisin for sine fastleger. Nordnorske kommuner bør arbeide sammen med Helse Nord RHF og de lokale helseforetakene for å sikre et godt spesialiseringssløp i allmenntidisin for alle fastleger. Abelsen og Gaski (2017) påpekte en uheldig svakhet i samstyringen mellom helseforetak og kommuner når det gjelder tilretteleggingen av LIS1 som blant annet handler om at det i liten grad er inngått forpliktende avtaler om samstyring, og at det mangler gjensidig avhengighet fordi kommunene har gjort seg avhengige av at helseforetakene lyser ut LIS1-stillinger og tilsetter, mens kommunene er lite på banen. Dette er et viktig område for forbedring som vil kunne ha positiv innvirkning på rekruttering og stabilitet blant leger hvor helseforetak og kommuner har felles interesser.

Spesialistforskriften slår fast at spesialistutdanning skal gjennomføres i særskilte utdanningsstillinger. Det er bestemt at faste utdanningsstillinger skal være normen i helseforetak. Den samme bestemmelsen gjelder foreløpig ikke for spesialiseringen i allmenntidisin. Prosjektet ALIS-Vest prøver med midler fra helsemyndighetene ut fastlønnede utdanningsstillinger (Seppola-Edvardsen og Brandstorp 2018) og Stortinget har nylig gjort vedtak hvor de ber regjeringen sørge for en gradvis opptrapping av utdanningsstillinger i allmenntidisin hvor legene under spesialisering skal gis tilbud om fast lønn<sup>48</sup>. Men foreløpig er det ingen nasjonale ordninger på plass som finansielt understøtter kravene til kommunene om å ha fastleger med spesialistutdanning i allmenntidisin.

Den nye spesialistutdanningen tydeliggjør at det er *kommunens ansvar* å legge til rette for at fastleger under spesialisering i allmenntidisin kan oppnå læringsmålene og gjennomføre utdanningsløpet. Ansvaret omfatter blant annet å:

- sørge for at det utarbeides en individuell utdanningsplan med et utdanningsløp i samråd med legen og at planen revideres ved behov
- legge til rette for at utdanningen kan skje etter den individuelle planen
- legge til rette for at legen får nødvendig veiledning og supervisjon
- oppnevne en individuell veileder
- utstede bekreftelse på gjennomført praktisk tjeneste

Sykehusåret som inngår som en del av spesialistutdanningen i allmenntidisin, representerer en utfordring på flere måter. Sykehusåret oppleves av mange som et stort hinder og mange fastleger blir igjen i sykehusstillinger etter å ha vært et helt år i en slik

---

<sup>48</sup> Dokument 8:3 S (2017-2018), Innst. 109 S (2017-2018)

stilling, kanskje på et nytt sted. For de fastlegene som driver egen praksis, kan sykehusåret være økonomisk utfordrende. Særlig for fastleger i distrikt kan det være vanskelig å få leid ut hus og flytte med seg en hel familie for en kort periode. Denne studien har vist at det er store kjønnsforskjeller i graden av spesialisering blant fastleger i Nord-Norge. Noe av årsakene til dette kan kanskje tilskrives utfordringene med å få gjennomført sykehusåret. Det er også i mange tilfeller vanskelig å få innpass i et helseforetak for å ta sykehusåret. Det vil trolig være en fordel om sykehusåret kunne gjennomføres mer fleksibelt enn det som i dag er tilfelle. Muligheten for å dele det opp har vært diskutert. Det diskuteres også om sykehusåret trenger å foregå på sykehus, eller om det kan foregå i kommunal institusjon av en viss størrelse.

For å sikre at fastleger i Nord-Norge har mulighet til å gjennomføre et effektivt spesialiseringssløp i allmenntillegging er det nødvendig at *kommunen* sikrer tilrettelegging på en annen måte enn i dag. Et godt tilrettelagt spesialiseringssløp hvor fastleger blir i kommunen til de har gjennomført spesialistutdanningen, vil i seg selv redusere den høye årlige utskiftningsandelen og øke stabiliteten i den nordnorske fastlegetjenesten. Den nye rollen som spesialistforskriften tildeler kommunen som utdanningsvirksomhet, kan trolig utvikles og profesjonaliseres mer effektivt av kommuner i fellesskap, enn ved at hver kommune jobber med dette isolert. Inspirert av ALIS-Vest-prosjektet, har det vært jobbet med å få etablert et ALIS-Nord prosjekt med ambisjon om både å legge til rette for fastlønnete utdanningsstillinger og prøve ut spesialistutdanningsløp som kan implementeres med nye fastleger i privat næringsdrift. Vi vil anbefale at et slikt prosjekt etableres. Det vil kunne bidra til å utvikle nordnorske kommuners rolle og kompetanse som tilrettelegger for legers spesialistutdanning i allmenntillegging.

Uavhengig av om det blir et ALIS-Nord-prosjekt, bør Helse Nord RHF og de lokale *helseforetakene* i Helse Nord-regionen engasjere seg og spille en nøkkelrolle for å sikre tilrettelegging og forutsigbarhet knyttet til gjennomføring av sykehusåret. Trolig kan fylkeslegene også spille en viktig rolle som rådgiver og kompetansepartner for et samlet initiativ om å legge bedre til rette for spesialistutdanning i allmenntillegging i Nord-Norge.

#### 9.4.3 Mer effektiv koordinering mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten

I to studier i løpet av de siste årene (Abelsen et al. 2014, Gaski og Abelsen 2017) er det ett budskap som fastlegene formidler fremfor alt annet når de får spørsmål om samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder utsendelsen av epikriser. Siste oversikt som viser utsending av epikriser forteller at på landsbasis ble kun drøyt halvparten (52,8) av epikrisene sendt innen en dag etter utskrivningsdato (Helse Nord hadde høyest andel med 58 prosent). 84,5 prosent var sendt innen sju dager etter

utskrivningsdato (Helse Nord var lavest med 82,4 prosent), og resultatene for de enkelte helseforetak i Nord-Norge var slik: Finnmarkssykehuset 91,7 prosent, Helgelandssykehuset 84,6 prosent, Nordlandssykehuset 82,3 prosent og UNN 79,2 prosent.<sup>49</sup> Dette innebærer altså at nesten hver femte epikrise ble sendt mer enn en uke etter at pasienten var skrevet ut. I den andre enden betyr dette enten at fastlegen ikke har fått vite at en listepasient er skrevet ut, med de konsekvenser som dette kan ha. Alternativt innebærer dette ekstraarbeid for fastlegen, som da har måttet bruke tid og nøste for å finne informasjon om listepasienter som er skrevet ut. Dette kan gjelde pasienter som har vært på sykehuset og fått en diagnose og trenger en oppfølging fra fastlegen. Ett viktig bidrag som helseforetakene kan bidra til for å oppnå bedre samhandling mellom spesialistene og fastlegene og mer effektiv tidsbruk blant fastlegene, er derfor å sørge for at det sendes epikriser til fastlegene samtidig som pasienten skrives ut fra sykehus, og ikke flere uker i etterkant.

#### 9.4.4 Ta grep om helheten

Fastlegers arbeid er mangefasettert. Det omfatter arbeidet med egen listepopulasjon, annet allmennlegearbeid for kommunen og legevakt, ifølge sentrale avtaler. I noen kommuner kan fastleger arbeide bare med egen listepopulasjon. De fleste, og særlig fastleger i nordnorske kommuner, har annet allmennlegearbeid og legevakt i tillegg. Omfanget av dette arbeidet varierer. Noen jobber gjerne en hel dag i uka for kommunen med annet allmennlegearbeid. Legevaktarbeid kommer som regel på toppen av ordinær arbeidstid. I enkelte kommuner kan fastlegens legevaktarbeid utgjøre en betydelig del av den totale arbeidstiden.

I offentlig statistikk om fastlegeordningen er det bare arbeidet med egen listepopulasjon som synliggjøres. Offentlig statistikk om annet legearbeid synliggjøres ikke som fastlegearbeid. Det samme er tilfelle med offentlig statistikk om legevaktarbeid. I diskusjoner om fastlegenes arbeidsbetingelser tyr man derfor gjerne til det mest nærliggende målet for legers arbeidsbelastning – listelengden. Dette er et relevant mål å bruke som utgangspunkt for å sammenlikne arbeidsbelastning blant fastleger som bare arbeider med egen listepopulasjon. Men det er ikke noe egnet mål å bruke for å sammenlikne arbeidsbelastning blant leger som har annet allmennlegearbeid og legevaktarbeid i tillegg.

---

<sup>49</sup> Direktoratet for e-helse. Utsendelse av epikrise i somatisk helsetjeneste. 3. tertial 2017. [https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold/tilbakemelding-\(epikrise\)-sendt-innen-syv-dager](https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/kvalitetsindikator-sykehusopphold/tilbakemelding-(epikrise)-sendt-innen-syv-dager)

Man kunne ønske seg offentlig statistikk om fastlegeordningen som synliggjør helheten i den enkelte fastleges arbeid og viser listelengde, omfanget av annet allmennlegearbeid og legevaktarbeid. Ettersom dette ikke er på plass, er det viktig at relevante aktører, både administrativt og politisk, lokalt og på landsdelsnivå, har forståelse for at dette er en helhet og tar grep om helheten i fastlegens arbeid når nye tiltak og endringer diskuteres. Innsikt i hva fastlegearbeidet omfatter i den lokale konteksten er et viktig felles kunnskapsgrunnlag for slike diskusjoner. I kommuner hvor det er hyppige skifter av fastleger, og gjerne tilhørende hyppig utskiftning av administrativt personell som er relevant for legetjeneste, kan dette felles kunnskapsgrunnlaget være vanskelig å vedlikeholde. Mer samarbeid for å løse felles utfordringer kommunene imellom (a la det som er beskrevet over) vil utvilsomt kunne bidra til at et felles kunnskapsgrunnlag om den relativt komplekse legetjenesten mer effektivt holdes ved like og utvikles.

#### 9.4.5 Organisering og lokalisering av medisinstudiet

Et tiltak 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. I 2009 ble Nordlandssykehuset (NLSH) tatt i bruk som undervisningssykehus for medisinstudenter ved UiT. Siden oppstarten i 2009 har det vært inntil 25 studenter årlig som tar femte og sjette studieår i Bodø. I femte studieår utplasseres medisinstudentene i 16 uker i den daglige driften av et lokalsykehus, og åtte uker ved fastlegekontor. Sjette studieår gis det undervisning ved de kliniske avdelingene ved NLSH. Lignende modell rulles nå ut i Finnmark, lokalisert i Hammerfest, Karasjok og Alta. Etter planen vil etter hvert 30–40 prosent av medisinstudentene ved UiT gjennom hele femte og sjette studieår ha all undervisning, inkludert klinisk tjeneste ved sykehus og i primærhelsetjenesten, i Nordland og Finnmark. Man kan tenke seg at denne desentraliserte modellen også kan spres til Harstad/Narvik-området og Helgeland. For at dette skal ha noen direkte rekrutteringseffekt for nordnorske kommuner, forutsetter det et kommunene selv også er aktiv for å etablere positive relasjoner til disse studentene.

## REFERANSER

- Aaraas IJ, Halvorsen PA, Aasland OG.** Supply of doctors to a rural region: Occupations of Tromsø medical graduates 1979–2012. *Medical Teacher*. 2015, 26: 1–5.
- Aaraas IK.** Legeutdanning i og for distriktene. *Uniped*, 2016, 4: 293-303.
- Abelsen B, Gaski M, Nødland SI, Stephansen A.** Samhandlingsreformens konsekvenser for det kommunale pleie- og omsorgstilbudet. International Research Institute of Stavanger. 2014.
- 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
- Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H.** Varighet av fastlegeavtaler. *Tidsskrift for den norske legeforening* 2015; 135: 2045-9.
- Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H.** Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere. Rapport. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet. 2016.
- Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H.** Vikarbruk i fastlegeordningen. *Utposten* 2016b, 45 (6) s 41-48.
- Abelsen B, Gaski M.** Trenger vi opptakskvoter til medisinstudiet? Konferansesammendrag. Den første nasjonale konferansen i helsetjenesteforskning 14.-15. mars 2017 i Trondheim.
- Abelsen B, Gaski M.** Ny turnustjeneste for leger. En studie om implementering og samstyring. NSDM rapport Mars 2017.
- Abelsen B, Brandstorp H.** Oppfyller kommunene kompetansekrav i akuttmedisinforskriften? Krav til leger i vakt og trening i samhandling. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet. 2017
- Album D, Westin S.** Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Social Science & Medicine*. 2008; 66:182–8.
- Album D.** The prestige of diseases and medical specialities (in Norwegian). *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*. 1991; 111:2127–33.

- Bertelsen T.** Hvor kommer lægene fra og hvor blir de av? Tidsskrift for den norske lægeforening. 1963; 83: 861-870
- Brandstorp H.** Akuttmedisin og legevakt i distriktene. Innspill til Akuttutvalget. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet. 2014
- Bruvik F, Drageset J, Abrahamsen JF.** Fra sykehus til sykehjem – hva samhandlingsreformen har ført til. Sykepleien. 2017.
- Carson DB, Schoo A, Berggren P.** The 'rural pipeline' and retention of rural health professionals in Europe's northern peripheries. Health Policy, 2015, 119: 1550-1556.
- Creed P, Searle J, ME P.** Medical specialty prestige and lifestyle preferences for medical students. Social Science & Medicine. 2010; 71:1184–9.
- Curran V, Rourke J.** The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians. Medical Teacher. 2004; 26(3): 265-272.
- Dagens Medisin** 28. September 2017. Utvikling aldersfordeling for fastleger 2001-2017. (Intervju med Geir Godager) <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/09/28/andelen-fastleger-over-60-ar-er-hoyere-enn-andelen-eldre-pasienter/>
- Dunbabin J, Levitt L.** Rural origin and rural medical exposure: their impact on the rural and remote medical workforce in Australia. Rural and Remote Health. 2003, 3 (online).
- Fisher KA, Fraser JD.** Rural health career pathways: research themes in recruitment and retention. Australian Health Review. 2010; 34 (3):292–296.
- Forsdahl A,** Grundnes O, Eliassen H, Gamnes J, Hagland R, Ytrehus I. Hvor blir Tromsølegene av? Tidsskrift for den norske legeforening 2015; 108: 1225-1230.
- Gaski M, Halvorsen P, Aaraas I, Aasland OG.** Utdanner Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet leger til å arbeide i distrikter? Tidsskrift for den norske legeforening. 2017. DOI: 10.4045/tidsskr.16.1024
- Gaski M, Abelsen B.** Samhandling om utskrivningsklare pasienter. Bidrag til evaluering av Samhandlingsreformen i nord. NSDM rapport April 2017.
- Gaski M, Abelsen B.** Senjalegen. En evaluering. NSDM rapport Oktober 2015.



**Godager G, Lurås H.** I skyggen av Fastlegeordningen: Hvordan har det gått med det offentlige legearbeidet? HERO-Skriftserie 2005:6. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for helseledelse og helseøkonomi.

Godager G, Iversen T, Morken T, Hunskaar S. Fastlønn ved legevaktarbeid. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. 2015.

**Grimsmo A.** Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? Sykepleien. 2013, 2:148-155.

**Hagen TP, McArthur DP, Tjerbo T.** Kommunal finansiering av utskrivningsklare pasienter. Erfaringer fra første året. Helseøkonomisk forskningsprogram Skriftserie 2013:5. Oslo: Universitetet i Oslo. 2013.

<https://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2013/hero2013-5.pdf>

**Hagen TP. 2009.** Modeller for kommunalmedfinansiering av spesialisthelsetjenestene. HERO Skriftserie 2009/6. Oslo: Universitetet i Oslo.

**Halvorsen P, Steinert S, Aaraas I.** Remuneration and organization in general practice: do GPs prefer private practice or salaried positions? Scandinavian Journal of Primary Health Care. 2012; 30:229–33.

Harbitz MB. Fastleger i Nordsjøturnus. Kronikk 2018.

**Heiberg I.** Vertskommunenes forbruk av sykehustjenester. SKDE rapport 2010.

**Helsedirektoratet.** Reisetid - akuttjenester i Norge. Reisetidsberegning til offentlige sykehus.

<https://reisetid.helsedirektoratet.no/felles>

**Helsedirektoratet 2016.** Styringsdata for fastlegeordningen. Utviklingen i antall lister.

[https://helsedirektoratet.no/Documents/Finansieringsordninger/fastlegestatistikk/hovedtallsrapport%20fastlegeordningen%20landstall%202016\\_4.pdf](https://helsedirektoratet.no/Documents/Finansieringsordninger/fastlegestatistikk/hovedtallsrapport%20fastlegeordningen%20landstall%202016_4.pdf)

**Helsedirektoratet 2017a.** Leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Rapport IS-2679 2017. Oslo: Helsedirektoratet.

**Helsedirektoratet 2017b.** Nøkkeltall: Ressursinnsats og aktivitet. Utviklingen i antall opphold for utskrivningsklare pasienter. <https://helsedirektoratet.no/statistikk-og-analyse/nokkeltall/nokkeltall-ressursinnsats-og-aktivitet>.

**Helsedirektoratet 2018.** Utvikling i bruk av fastlege og legevakt. Analysenotat i Samdata kommune nummer 6/2018.

**Hinze S.** Gender and the body of medicine or at least some body parts: (Re)constructing the prestige hierarchy of medical specialities. *Sociological Quarterly*. 1999; 40:217–39.

**Holte JH, Abelsen B, Halvorsen P, Olsen JA.** General practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried positions: a consequence of proposed policy regulations? *MBMC Health Service Research*. 2015a;15. doi:10.1186/s12913-015-0777-4.

**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

**Holmøy E, Haugstveit FV, Otnes B.** Behovet for arbeidskraft og omsorgsboliger i pleie- og omsorgssektoren. Rapport 20/2016. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

**Høydahl E 2017.** Ny sentralitetsindeks for kommunene. SSB 2017. Ny sentralitetsindeks for kommunene. Oslo/Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå Notater 2017/40.  
<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/ny-sentralitetsindeks-for-kommunene>

**Langfeldt E.** Rekruttering og stabilisering av leger I Nordkapp kommune. Foredrag på Recruit and Retain-seminar, Nasjonalt senter for distriktsmedisin, Bergen oktober 2017.

**Laven G, Wilkinson D.** Rural doctors and rural backgrounds: how strong is the evidence? A systematic review. *Australian Journal of Rural Health*. 2003; 11(6): 277-284.

**Legeforeningen 2017a.** Prosent av fastlegene med gyldig spesialistgodkjenning i allmenntilleggsmedisin. Legeforeningens medlemsregister 2010-2017. DNLF 21.2.2017.

**Legeforeningen 2017b.** Utdanningstid fra autorisasjon til spesialistgodkjenning til og med 2017. Legeforeningen.no.

**Legeforeningen 2017c.** Konverteringer 1994-2016 etter spesialitet. Legeforeningen.no

**Midtbø V, Leirvåg J, Hunskaar S, Morken T.** Kompetanse i legevakt og legevaktsentral – implementering av akuttmedisinforskriften. Rapport nr 5. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. 2017.

**Min fastlege.** Data per 16. og 17.10.2017 <https://minhelse.helsenorge.no/bytte-fastlege?>

**Nygaard, J, Rydningen, T, Brandstorp, H.** Hva skaper trygghet i jobben for helsepersonell langt fra sykehus, 2018. Upublisert.

**Ono T, Schoenstein M, Buchan J.** Geographic imbalances in doctor supply and policy responses. OECD Health Working Papers, No. 69, 2014. OECD Publishing.

**Pedersen LB, Jarbøl D.** Præferencer for brugerbetaling i almen praksis og nedsættelse i yderkantsområder [Preferences for user fees in general practice and establishment in rural areas]. Ugeskrift for læger. 2012;174:2940–2943.

**Playford DE, Evans SF, Atkinson DN, Auret KA, Riley GJ.** Impact of the Rural Clinical School of Western Australia on work location of medical graduates. Medical Journal of Australia. 2014, 200 (2): 104-7.

**Playford D, Ngo H, Gupta S, Puddey IB.** Opting for rural practice: the influence of medical student origin, intention and immersion experience. Medical Journal of Australia. 2017; 207: 154-158.

**Rabinowitz HK.** Recruitment, retention, and follow-up of graduates of a program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. The New England Journal of Medicine. 1993, 328(13):934–9.

**Rabinowitz HK, Diamond JJ, Gayle JA, Turner TN, Rosenthal MP.** Alternate career choices of medical students and their eventual specialty choice: a follow-up study. Family Medicine. 1998,30(10):695.

**Raknes G, Hansen EH, Hunskaar S.** 2013. Distance and utilisation of out-of- hours services in a Norwegian urban/rural district: an ecological study. BMC Health Service Research. 13, 222.

**Rebnor IK, Eikeland OJ, Hunskår S, Morken T.** Fastlegers tidsbruk. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, 2018.

**Richards HM, Farmer J, Selvaraj S.** Sustaining the rural primary healthcare workforce: survey of healthcare professionals in the Scottish Highlands. Rural and Remote Health. 5: 365. (Online) 2005.

**Rogne AF, Syse A.** Framtidens eldre i by og bygd. Befolkningsframskrivninger, sosiodemografiske mønstre og helse. Statistisk sentralbyrå rapport 2017/32.

<https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/328026?ts=15f811146d0>

**Rosoff S, Leone M.** The public prestige of medical specialities: overviews and undercurrents. *Social Science & Medicine*. 1991; 32:321–6.

**Sandvik H, Hunskår S.** Årsstatistikk fra legevakt 2016. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin.

**Seppola-Edvardsen T, Brandstorp H.** Utdanningsstillinger i allmenntidrett: ALIS-Vest. Fokus på rekruttering og stabilisering. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin, UiT Norges arktiske universitet. 2018

**Statistisk sentralbyrå 2008.** Standard for sentralitet.

<http://www.ssb.no/klasse/#/klassifikasjoner/128>

**Shortell S.** Occupational prestige differences within the medical and allied health professions. *Social Science & Medicine*. 1974; 8:1–9.

**Stearns JA, Stearns MA.** Graduate medical education for rural physicians: curriculum and retention. *The Journal of Rural Health*. 2000;16(3):273–7

**Thorsen I.** Pendling og kompetansearbeidsplasser. Høgskolen Stord/Haugesund.

2015. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/krd/nou/kompetansearbeidsplasser/pendling.pdf>

**Wenghofer EF, Hogenbirk JC, Timony PE.** Impact of the rural pipeline in medical education: practice locations of recently graduated family physicians in Ontario. *Human Resources for Health*. 2017, 15:16.

**Wiers-Jenssen J, Aasland O.** Change in career plans during the first half of medical school (in Norwegian). *Tidsskrift for den norske legeforening*. 1999; 119:2858–64.

## TABELLVEDLEGG

Tabell V1: Kommuner i Nord-Norge med tilhørende sentralitetsnivå (SSB), tilhørighet til regionråd og lokalsykehusområde

Kommunennummer og kommune	Sentr nivå	Regionsrådstilhørighet	Lokalsykehusområde
1804 Bodø	3	Bodø/Salten	Bodø
1805 Narvik	4	Ofoten	Narvik
1811 Bindal	6	Sør-Helgeland	Sandnessjøen
1812 Sømna	6	Sør-Helgeland	Sandnessjøen
1813 Brønnøy	5	Sør-Helgeland	Sandnessjøen
1815 Vega	6	Sør-Helgeland	Sandnessjøen
1816 Vevelstad	6	Sør-Helgeland	Sandnessjøen
1818 Herøy	6	Helgeland	Sandnessjøen
1820 Alstahaug	5	Helgeland	Sandnessjøen
1822 Leirfjord	6	Helgeland	Sandnessjøen
1824 Vefsn	4	Helgeland	Mosjøen
1825 Grane	6	Indre Helgeland	Mosjøen
1826 Hattfjelldal	6	Indre Helgeland	Mosjøen
1827 Dønna	6	Helgeland	Sandnessjøen
1828 Nesna	6	Indre Helgeland	Rana
1832 Hemnes	5	Indre Helgeland	Rana
1833 Rana	4	Indre Helgeland	Rana
1834 Lurøy	6	Indre Helgeland	Sandnessjøen
1835 Træna	6	Helgeland	Sandnessjøen
1836 Rødøy	6	Helgeland	Rana
1837 Meløy	6	Bodø/Salten	Bodø
1838 Gildeskål	6	Bodø/Salten	Bodø
1839 Beiarn	6	Bodø/Salten	Bodø
1840 Saltdal	5	Bodø/Salten	Bodø
1841 Fauske	4	Bodø/Salten	Bodø
1845 Sørfold	6	Bodø/Salten	Bodø
1848 Steigen	6	Bodø/Salten	Bodø
1849 Hamarøy	6	Bodø/Salten	Bodø
1850 Tysfjord	6	Ofoten	Bodø
1851 Lødingen	6	Vesterålen	Harstad
1852 Tjeldsund	6	Sør-Troms	Harstad
1853 Evenes	6	Sør-Troms	Narvik
1854 Ballangen	6	Ofoten	Narvik
1856 Røst	6	Lofoten	Bodø

1857 Værøy	6	Lofoten	Bodø
1859 Flakstad	6	Lofoten	Lofoten
1860 Vestvågøy	5	Lofoten	Lofoten
1865 Vågan	5	Lofoten	Lofoten
1866 Hadsel	5	Vesterålen	Vesterålen
1867 Bø	6	Vesterålen	Vesterålen
1868 Øksnes	5	Vesterålen	Vesterålen
1870 Sortland	4	Vesterålen	Vesterålen
1871 Andøy	6	Vesterålen	Vesterålen
1874 Moskenes	6	Lofoten	Lofoten
1901/3 Harstad	4	Sør-Troms	Harstad
1902 Tromsø	3	Tromsøregionen	Tromsø
1911 Kvæfjord	5	Sør-Troms	Harstad
1913 Skånland	5	Sør-Troms	Harstad
1917 Ibestad	6	Sør-Troms	Harstad
1919 Gratangen	6	Sør-Troms	Narvik
1920 Lavangen	6	Sør-Troms	Narvik
1923 Salangen	6	Sør-Troms	Narvik
1922 Bardu	5	Midt-Troms	Tromsø
1924 Målselv	5	Midt-Troms	Tromsø
1925 Sørreisa	5	Midt-Troms	Tromsø
1926 Dyrøy	6	Midt-Troms	Tromsø
1927 Tranøy	6	Midt-Troms	Tromsø
1928 Torsken	6	Midt-Troms	Tromsø
1929 Berg	6	Midt-Troms	Tromsø
1931 Lenvik	5	Midt-Troms	Tromsø
1933 Balsfjord	6	Tromsøregionen	Tromsø
1936 Karlsøy	6	Tromsøregionen	Tromsø
1938 Lyngen	6	Nord-Troms	Tromsø
1939 Storfjord	6	Nord-Troms	Tromsø
1940 Kåfjord	6	Nord-Troms	Tromsø
1941 Skjervøy	5	Nord-Troms	Tromsø
1942 Nordreisa	5	Nord-Troms	Tromsø
1943 Kvænangen	6	Nord-Troms	Tromsø
2002 Vardø	6	Øst-Finnmark	Kirkenes
2003 Vadsø	5	Øst-Finnmark	Kirkenes
2004 Hammerfest	4	Vest-Finnmark	Hammerfest
2011 Kautokeino	6	Indre Finnmark	Hammerfest
2012 Alta	4	Vest-Finnmark	Hammerfest
2014 Loppa	6	Vest-Finnmark	Hammerfest
2015 Hasvik	6	Vest-Finnmark	Hammerfest

2017 Kvalsund	6	Vest-Finnmark	Hammerfest
2018 Måsøy	6	Vest-Finnmark	Hammerfest
2019 Nordkapp	6	Vest-Finnmark	Hammerfest
2020 Porsanger	6	Vest-Finnmark	Hammerfest
2021 Karasjok	5	Indre Finnmark	Hammerfest
2022 Lebesby	6	Øst-Finnmark	Hammerfest
2023 Gamvik	6	Øst-Finnmark	Kirkenes
2024 Berlevåg	6	Øst-Finnmark	Kirkenes
2025 Tana	6	Øst-Finnmark	Kirkenes
2027 Nesseby	6	Øst-Finnmark	Kirkenes
2028 Båtsfjord	6	Øst-Finnmark	Kirkenes
2030 Sør-Varanger	5	Øst-Finnmark	Kirkenes

Tabell V2: Legetjenesten i kommuner i Nord-Norge med gjennomsnittlig listelengde, totalt antall plasser på fastlegelister, total listelengde, ledige plasser på liste, total listelengde hos leger 60 år eller eldre, antall og andel listeplasser hos leger 60 år eller eldre

Kommune-nummer og kommune	Gjennomsnittlig listelengde	Total antall listeplasser	Total listelengde	Ledige plasser på liste	Total listelengde hos leger 60 år +	Andel listeplasser hos 60 år + av listeplasser totalt (N)
1804 Bodø	1158	54 147	53 287	860	8 877	16,7 (8)
1805 Narvik	1146	20 850	20 627	223	11 166	54,1 (9)
1811 Bindal	1167	2 000	1 677	323	464	27,7 (1)
1812 Sømna	721	2250	2 164	86	-	-
1813 Brønnøy	817	7720	7 456	364	726	9,7 (1)
1815 Vega	362	1 950	1 086	864	-	-
1816 Vevelstad	635	635	635	0	-	-
1818 Herøy	836	1 820	1 672	148	810	48,4 (1)
1820 Alstahaug	920	7 450	7 358	92	1525	20,7 (2)
1822 Leirfjord	728	2300	2 185	115	-	-
1824 Vefsn	1020	13 890	13 256	634	-	-
1825 Grane	668	1 350	1 336	14	-	-
1826 Hattfjelldal	708	1 900	1 415	485	660	46,6 (1)
1827 Dønna	647	1 600	1 294	306	762	58,8 (1)
1828 Nesna	875	1 950	1 750	200	-	-
1832 Hemnes	742	5 100	4 453	647	499	11,2 (1)
1833 Rana	963	26 300	25 989	311	5 998	23,1 (5)
1834 Lurøy	578	3 000	1 735	1 265	910	52,4 (1)
1835 Træna	440	500	440	60	-	-
1836 Rødøy	327	2 050	982	1 068	-	-

1837 Meløy	804	6 300	5 620	670	2 230	39,7 (3)
1838 Gildeskål	750	2 500	1 499	1 001	-	-
1839 Beiarn	474	1 400	947	453	-	-
1840 Saltdal	666	5 300	4 662	638	733	15,7 (1)
1841 Fauske	906	9 167	9 059	108	-	-
1845 Sørfold	999	2 400	1 997	403	-	-
1848 Steigen	769	2 750	2 307	443	-	-
1849 Hamarøy	775	1 600	1 549	51	-	-
1850 Tysfjord	723	2 668	2 170	498	-	-
1851 Lødingen	703	2 230	2 109	121	677	32,1 (1)
1854 Ballangen	430	2 320	1 717	603	96	5,6 (1)
1856 Røst	447	650	447	203	-	-
1857 Værøy	224	2 800	673	2 127	-	-
1859 Flakstad	700	1 400	1 400	0	-	-
1860 Vestvågøy	940	11 520	11 290	230	4 000	35,4 (4)
1865 Vågan	1 065	9 625	9 589	36	2 425	25,3(2)
1866 Hadsel	743	7 950	7 434	516	-	-
1867 Bø	630	2 630	2 521	109	-	-
1868 Øksnes	734	4 700	4 403	297	1 243	28,2 (2)
1870 Sortland	882	10 936	10 589	347	-	-
1871 Andøy	760	5 000	4 561	439	500	10,9 (1)
1874 Moskenes	505	1 550	1 009	541	-	-
1902 Tromsø	1 092	84 125	79 707	4 418	9 428	11,8 (9)
1901/3 Harstad	776	11 670	11 641	29	2 698	23,2 (3)
1911 Kvæfjord	632	2 650	2 528	122	-	-
1913 Skånland <sup>50</sup>	726	5 150	5 083	67	1 695	33,3 (2)
1917 Ibestad	336	2 300	1 007	1293	990	98,3 (1)
1919 Gratangen	285	2 000	854	1 146	-	-
1920 Lavangen	449	1400	898	502	-	-
1922 Bardu	652	4 350	3 914	436	1 596	40,8 (2)
1923 Salangen	581	2 880	2 325	555	850	36,6 (1)
1924 Målselv	694	7 100	6 936	164	2 400	34,6 (3)
1925 Sørreisa <sup>51</sup>	611	4365	4 280	85	-	-
1931 Lenvik <sup>52</sup>	859	13 075	12 883	192	2 300	17,9 (3)
1933 Balsfjord	696	5 025	4 873	152	244	5,0 (1)
1936 Karlsøy	623	2 490	1 869	621	-	-
1938 Lyngen	675	2 907	2 698	209	-	-
1939 Storfjord	841	2 200	1 682	518	-	-

<sup>50</sup> Inkluderer Evenes og Tjeldsund kommuner i Nordland

<sup>51</sup> Inkluderer Dyrøy kommune

<sup>52</sup> Inkluderer Torsken, Tranøy og Berg kommuner (Senjalegen)



1940 Kåfjord	647	3 100	1 940	1 160	1 708	88,0 (2)
1941 Skjervøy	891	2 800	2 674	126	800	29,9 (1)
1942 Nordreisa	778	4 790	4 670	120	-	-
1943 Kvænangen	395	2 200	1 185	1 015	653	55,1 (1)
2002 Vardø	396	2 210	1 979	231	-	-
2003 Vadsø	677	6 655	6 091	564	-	-
2004 Hammerfest	811	11 015	10 549	466	800	7,6 (1)
2011 Kautokeino	656	2 700	2 622	78	-	-
2012 Alta	827	21 300	20 685	615	847	4,1 (1)
2014 Loppa	279	900	836	64	293	35,0 (1)
2015 Hasvik	456	1 300	912	388	-	-
2017 Kvalsund	344	2 700	1 033	1 667	-	-
2018 Måsøy	546	1 500	1 091	409	-	-
2019 Nordkapp	500	3 505	3 000	505	488	16,3 (1)
2020 Porsanger	625	4 200	3 750	450	-	-
2021 Karasjok	650	2 730	2 598	132	-	-
2022 Lebesby	511	1 100	1 021	79	583	57,1 (1)
2023 Gamvik	535	1 100	1 071	29	-	-
2024 Berlevåg	433	2 100	865	1 235	-	-
2025 Tana	674	2 950	2 697	253	-	-
2027 Nesseby	855	950	855	95	-	-
2028 Båtsfjord	540	2 500	2 161	339	-	-
2030 Sør-Varanger	865	9 700	9 511	189	1900	19,9 (2)
Total	834	503 850	465 233	38 617	74 574	16,0 (82)

Tabell V3: Legetjenesten i kommuner i Nord-Norge med antall fastlegelister,, andel kvinnelige fastleger, andel spesialister i allmenntjenestemedisin, antall og andel vikariater (av antall lister).

Kommunenummer og kommune	Antall fastlegelister	Andel faste kvinnelige fastleger	Andel spesialister	Antall vikariater	Andel vikariater
1804 Bodø	46	37	65	2	
1805 Narvik	18	33	61	6	
1811 Bindal	4	50	50	0	0
1812 Sømna	3	33	33	0	0
1813 Brønnøy	9	44	33	1	
1815 Vega	3	100	0	0	0
1816 Vevelstad	1	0	100	0	0
1818 Herøy	2	50	0	0	0
1820 Alstahaug	8	13	63	2	25
1822 Leirfjord	3	33	33	0	0

1824 Vefsn	13	23	62	2	
1825 Grane	2	50	0	0	0
1826 Hattfjelldal	2	100	100	0	0
1827 Dønna	2	50	9	0	0
1828 Nesna	2	50	100	0	0
1832 Hemnes	6	33	67	1	17
1833 Rana	27	67	59	4	
1834 Lurøy	3	67	33	0	0
1835 Træna	1	0	100	0	0
1836 Rødøy	3	-	-	1	<sup>53</sup>
1837 Meløy	7	29	14	1	14
1838 Gildeskål	2	100	0	0	0
1839 Beiarn	2	100	50	1	50
1840 Saltdal	7	57	57	0	0
1841 Fauske	10	50	20	3	30
1845 Sørfold	2	50	50	0	0
1848 Steigen	3	33	0	1	33
1849 Hamarøy	2	100	0	2	100
1850 Tysfjord	3	33	0	1	33
1851 Lødingen	3	67	33	1	33
1854 Ballangen	4	50	0	0	0
1856 Røst	1	0	0	1	100
1857 Værøy	3	33	33	0	
1859 Flakstad	2	100	50	0	0
1860 Vestvågøy	12	33	25	0	0
1865 Vågan	9	22	89	0	0
1866 Hadsel	10	40	10	3	30
1867 Bø	4	50	50	2	50
1868 Øksnes	6	83	33	1	17
1870 Sortland	12	33	25	2	17
1871 Andøy	6	17	33	3	50
1874 Moskenes	2	50	0	1	50
1902 Tromsø	73	47	56	16	22
1901/3 Harstad	15	60	53	0	0
1911 Kvæfjord	4	75	25	1	25
1913 Skånland <sup>54</sup>	7	0	57	2	28
1917 Ibestad	3	33	0	0	0
1919 Gratangen	3	100	0	1	33
1920 Lavangen	2	0	50	0	0

<sup>53</sup> 1 registrert vikar på i alt tre lister uten lege

<sup>54</sup> Inkluderer Evenes og Tjeldsund kommuner i Nordland

1922 Bardu	6	83	50	2	33
1923 Salangen	4	50	25	0	0
1924 Målselv	10	60	70	0	0
1925 Sørreisa <sup>55</sup>	7	86	14	1	14
1931 Lenvik <sup>56</sup>	15	40	40	2	13
1933 Balsfjord	7	14	71	1	14
1936 Karlsøy	3	67	100	1	33
1938 Lyngen	4	25	50	0	0
1939 Storfjord	2	0	50	0	0
1940 Kåfjord	3	0	0	0	0
1941 Skjervøy	3	0	33	1	33
1942 Nordreisa	6	17	67	1	17
1943 Kvænangen	3	0	33	2	67
2002 Vardø	5	49	20	0	0
2003 Vadsø	9	56	33	1	11
2004 Hammerfest	13	46	39	1	8
2011 Kautokeino	4	100	25	1	25
2012 Alta	25	52	56	8	32
2014 Loppa	3	33	0	0	0
2015 Hasvik	2	50	0	0	0
2017 Kvalsund	3	67	0	0	0
2018 Måsøy	2	50	0	0	0
2019 Nordkapp	6	17	83	0	0
2020 Porsanger	6	0	50	1	17
2021 Karasjok	4	50	75	0	0
2022 Lebesby	2	0	50	0	0
2023 Gamvik	2	50	0	1	50
2024 Berlevåg	2	100	0	2	100
2025 Tana	4	25	0	0	0
2027 Nesseby	1	100	0	0	0
2028 Båtsfjord	4	0	50	3	75
2030 Sør-Varanger	11	46	55	1	9
Total	558	44	45	92	16

---

<sup>55</sup> Inkluderer Dyrøy kommune

<sup>56</sup> Inkluderer Torsken, Tranøy og Berg kommuner (Senjalegen)

Tabell V4: Aldersfordeling på listeinnhavere, fordelt på regionområde (prosent)

	-29 år	30- 34	35- 59	40- 44	45- 59	50- 54	55- 59	60- 64	65- 69	70- -	N
Sør-Helgeland	10.5	21.1	10.5	10.5	15.8	5.3	15.8	10.5	0.0	0.0	19
Indre Helgeland	2.6	12.8	20.5	7.7	12.8	12.8	10.3	15.4	5.1	0.0	39
Helgeland	0.0	14.3	17.9	10.7	21.4	14.3	7.1	10.7	3.6	0.0	28
Bodø/Salten	3.8	15.0	17.5	21.3	10.0	7.5	10.0	10.0	5.0	0.0	80
Lofoten	3.6	17.9	21.4	17.9	14.3	0.0	3.6	10.7	10.7	0.0	28
Vesterålen	13.2	34.2	13.2	10.5	5.3	5.3	7.9	5.3	5.3	0.0	38
Ofoten	0.0	4.5	13.6	4.5	18.2	0.0	13.6	22.7	18.2	4.5	22
Sør-Troms	8.1	16.2	18.9	18.9	5.4	8.1	5.4	13.5	5.4	0.0	37
Midt-Troms	10.8	18.9	24.3	10.8	8.1	5.4	0.0	13.5	8.1	0.0	37
Tromsøregionen	0.0	8.4	24.1	20.5	14.5	7.2	13.3	8.4	3.6	0.0	83
Nord-Troms	5.3	15.8	5.3	15.8	15.8	5.3	15.8	15.8	5.3	0.0	19
Vest-Finnmark	3.5	14.0	17.5	19.3	17.5	7.0	14.0	5.3	1.8	0.0	57
Indre Finnmark	12.5	12.5	12.5	12.5	25.0	12.5	12.5	0.0	0.0	0.0	8
Øst-Finnmark	10.8	27.0	27.0	2.7	10.8	10.8	2.7	5.4	2.7	0.0	37
Total	5.1	16.2	19.0	14.8	12.8	7.3	9.4	10.2	5.1	0.2	
N	27	86	101	79	68	39	50	54	27	1	532

Tabell V5: Aldersfordeling på listeinnhavere, fordelt på lokalsykehusområde (prosent)

	-29 år	30- 34	35- 59	40- 44	45- 59	50- 54	55- 59	60- 64	65- 69	70- -	N
Sandnessjøen	5,6	19,4	11,1	5,6	19,4	11,1	8,3	16,7	2,8	0	36
Mosjøen	0	18,8	18,8	18,8	18,8	6,3	12,5	6,3	0	0	16
Rana	2,9	8,8	23,5	8,8	11,8	14,7	11,8	11,8	5,9	0	34
Bodø	3,5	15,1	18,6	20,9	9,3	7,9	11,6	9,3	4,7	0	86
Lofoten	4,2	16,7	20,8	16,7	16,7	0	0	12,5	12,5	0	24
Vesterålen	13,9	36,1	13,9	8,3	5,6	5,6	8,3	2,8	5,6	0	36
Narvik	0	10,3	17,2	3,4	17,2	3,4	10,3	20,7	13,8	3,4	29
Harstad	10,0	13,3	13,3	26,7	3,3	6,7	3,3	16,7	6,7	0	30
Tromsø	3,6	12,2	21,6	17,3	1,9	6,5	10,1	10,8	5,0	0	139
Hammerfest	4,5	14,9	16,4	17,9	17,9	7,5	13,4	4,5	3,0	0	67
Kirkenes	11,4	25,7	28,6	2,9	11,4	11,4	2,9	5,7	0	0	35
Total	5,1	16,2	19,0	14,8	12,8	7,3	9,4	10,2	5,1	0,2	
N	27	86	101	79	68	39	50	54	27	1	532

Tabell V6: Legevaktssentraler, legevakter for kommuner i Nord-Norge i 2017. (Kilde: Nklm)

Legevaktssentral	Legevakt	Kommuner
LVS Røros	Bindal legevakt	Bindal
LVS Bodø	Bodø IK <sup>1</sup>	Bodø, Beiarn
	Nord-Salten IK	Steigen, Hamarøy, Tysfjord
	Fauske og Sørfold IK	Fauske, Sørfold
	Meløy legevakt	Meløy
	Saltdal helsesenter	Saltdal
	Gildeskål legevakt	Gildeskål
	Værøy legevakt	Værøy
	Røst legevakt	Røst
LVS Sandnessjøen	Brønnøy og Sømna IK	Brønnøy, Sømna
	Hattfjelldal og Grane IK	Hattfjelldal, Grane
	Alstahaug-Leirfjord IK	Alstahaug, Leirfjord
	Herøy og Dønna IK	Herøy, Dønna
	Vefsn kommunale legevakt	Vefsn
	Lurøy legevakt	Lurøy
	Nesna legevakt	Nesna
	Rødøy legevakt	Rødøy
	Legevakten på Vega	Vega
	Vevelstad legevakt	Vevelstad
	Træna legevakt	Træna
LVS Rana	Rana IK	Rana, Hemnes
LVS Vesterålen	Vesterålen IK	Bø, Sortland, Øksnes, Andøy, Hadsel
LVS Lofoten	Lofoten IK	Flakstad, Moskenes, Vestvågøy
	Vågan legevakt	Vågan <sup>2</sup>
LVS Narvik	Narvik IK	Narvik, Ballangen, Gratangen
LVS Harstad	Harstad IK	Harstad, Kvæfjord, Lødingen
	ETS-legevakten IK	Evenes, Tjeldsund, Skånland
LVS Finnsnes	Finnsnes IK	Lenvik, Torsken, Berg, Tranøy, Sørreisa, Dyrøy
LVS Bardu	Bardu IK	Lavangen, Bardu, Salangen, Målselv, Ibestad
LVS Tromsø	Balsfjord/Storfjord IK	Balsfjord, Storfjord
	Legevakta i Tromsø	Tromsø
	Karlsøy legevakt	Karlsøy
	Lyngen legevakt	Lyngen
	Kåfjord legevakt	Kåfjord
	Kvænangen legevakt	Kvænangen
LVS Nordreisa	Legevakt Nordreisa	Nordreisa
LVS Skjervøy	Skjervøy legevakt	Skjervøy
LVS Alta	Alta kommunale legevakt	Alta
LVS Hammerfest Vest-Finnmark	Hammerfest og Kvalsund IK	Hammerfest, Kvalsund
	Nordkyn legevakt IK	Lebesby, Gamvik
	Loppa legevakt	Loppa
	Hasvik legevakt	Hasvik
	Porsanger legevakt	Porsanger
LVS Kautokeino	Kautokeino legevakt	Kautokeino

LVS Karasjok	Karasjok legevakt	Karasjok
LVS Måsøy	Måsøy legevakt	Måsøy
LVS Nordkapp	Nordkapp legevakt	Nordkapp
LVS Båtsfjord	Båtsfjord helsesenter	Båtsfjord
LVS Berlevåg	Berlevåg legevakt	Berlevåg
LVS Vadsø	Vadsø legevakt	Vadsø
LVS Kirkenes Øst-Finnmark	Tana og Nesseby IK	Tana, Nesseby
	Vardø legevakt	Vardø
	Sør-Varanger legevakt	Sør-Varanger

<sup>1</sup> IK: interkommunal legevakt

<sup>2</sup> Inngår tidvis i Lofoten IK

Tabellvedlegg V7: Reisetid (antall min.) til sykehus fra kommunesentra i Nord-Norge.

Kommune	Reisetid	Kommune	Reisetid	Kommune	Reisetid
Alstahaug	85	Hemnes	71	Røst	336
Alta	127	Herøy	136	Salangen	98
Andøy	116	Ibestad	158	Saltdal	87
Ballangen	59	Karasjok	197	Lenvik	157
Balsfjord	85	Karlsøy	119	Skjervøy	209
Bardu	98	Kautokeino	225	Skånland	55
Beiarn	107	Kvalsund	92	Sortland	41
Berg	160	Kvæfjord	37	Steigen	188
Berlevåg	263	Kvænangen	225	Storfjord	104
Bindal	158	Kåfjord	150	Sømna	220
Bodø	17	Lavangen	70	Sør-Varanger	33
Brønnøy	196	Lebesby	241	Sørfold	97
Bø	106	Leirfjord	65	Sørreisa	135
Båtsfjord	236	Loppa	224	Tjeldsund	58
Dyrøy	135	Lurøy	119	Tana	141
Dønna	146	Lyngen	190	Torsken	202
Evenes	55	Lødingen	97	Tranøy	162
Fauske	58	Meløy	165	Tromsø	18
Flakstad	37	Moskenes	57	Træna	
Gamvik	248	Målselv	114	Tysfjord	170
Gildeskål	79	Måsøy	154	Vadsø	137
Grane	73	Narvik	28	Vardø	227
Gratangen	64	Nesseby	102	Vefsn	21
Hadsel	15	Nesna	78	Vega	230
Hamarøy	198	Nordkapp	160	Vestvågøy	22
Hammerfest	7	Nordreisa	209	Vevelstad	198
Harstad	12	Porsanger	128	Værøy	195
Hasvik	327	Rana	18	Vågan	64
Hattfjellidal	119	Rødøy	113	Øksnes	79

Tabellvedlegg V8: Andel fastleger (N=214) av fastleger totalt i fylkene i Nord-Norge (N=489) som er utdannet ved UiT (data per 2013). Sentralitetsnivå. Reanalyse av data fra Gaski et al. 2017.

Sentralitet	Finnmark	Troms	Nordland	Nord-Norge
Minst sentrale kommuner	34	58	23	35
Nest minst sentrale kommuner	26	26	23	25
Mellomsentrale kommuner (4)	70	59	32	47
Mellomsentrale kommuner (3)	-	85	55	72
Total	46	59	32	44