
Rotasjonsordning for allmennleger i norske kommuner

ORIGINALARTIKKEL

ERIK EDWARD PRESTGAARD

erikprest@gmail.com

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)

Institutt for samfunnsmedisin

UiT Norges arktiske universitet

Forfatterbidrag: idé, datainnsamling, utforming, analyse og utarbeiding av manuskriptet.

Erik Edward Prestgaard er ph.d., forsker og allmennlege i spesialisering i Måsøy.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter:

Han har mottatt podkasthonorar fra Bayer.

ANETTE FOSSE

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)

Institutt for samfunnsmedisin

UiT Norges arktiske universitet

Forfatterbidrag: idé, utforming, analyse og utarbeiding av manuskriptet.

Anette Fosse er ph.d., spesialist i allmennmedisin, leder og forsker.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BIRGIT ABELSEN

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)

Institutt for samfunnsmedisin

UiT Norges arktiske universitet

Forfatterbidrag: idé, utforming, analyse og utarbeiding av manuskriptet.

Birgit Abelsen er professor i helsetjenesteforskning og forskningsleder.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

MARTIN BRUUSGAARD HARBITZ

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM)

Institutt for samfunnsmedisin

UiT Norges arktiske universitet

Forfatterbidrag: idé, datainnsamling, utforming, analyse og utarbeiding av manuskriptet.

Martin Bruusgaard Harbitz er ph.d., forsker og lege i spesialisering i allmennmedisin på Senja.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Bakgrunn

Flere kommuner har innført rotasjonsordning (nordsjøturnus) for allmennleger, der legene gjennom året veksler mellom arbeidsperioder og friperioder. Vi har undersøkt utbredelsen av, årsaker til, innhold i og erfaringer med denne arbeidsformen.

Materiale og metode

Vi har gjennomført en flerkasusstudie med data fra Statistisk sentralbyrå, fastlegeregisteret, kommunale dokumenter, korte telefonintervju med leger i rotasjonsordning samt dybdeintervjuer med helseledere. Vi har gjort deskriptive analyser av det kvantitative datamaterialet og tematisk analyse av dybdeintervjuene.

Resultater

Vi identifiserte 25 kommuner med rotasjonsordning for allmennleger. 20 av disse deltok i vår studie. 17 av 20 kommuner hadde sentralitetsklasse 5 eller 6 (minst sentrale). To uker på og fire uker av var vanligste arbeidsform. Samtlige rotasjonsordninger inneholdt legevaktarbeid. Studien omfatter også 64 leger i rotasjonsordning, hvorav halvparten var rekruttert fra andre allmennmedisinstillinger. 65 % av legene var ikke spesialister i allmennmedisin. Det var i gjennomsnitt ti søkere per utlyst rotasjonsstilling. Fra intervjuene med helseledere i de 20 kommunene identifiserte vi fire temaer: Veien til rotasjonsordning, Et utilstrekkelig lov- og avtaleverk, Rotasjonsordning og spesialisering i allmennmedisin og Stabilisering, sårbarhet og fleksibilitet.

Fortolkning

Utbredelsen av rotasjonsordninger øker i allmennlegetjenesten. Arbeidsformen synes å rekruttere allmennleger til de minst sentrale kommunene. Flere varianter av rotasjonsordning finnes. Arbeidsavtalene forhandles fram lokalt, og våre funn tyder på at avtaleverket som regulerer rotasjonsordningen, er utilstrekkelig.

Hovedfunn

Rotasjonsordning for allmennleger i Norge økte i perioden 2015–23.

To uker på og fire uker av var vanligste rotasjonsform.

Rotasjonsordning var mest utbredt i de minst sentrale kommunene i Norge.

Analysen avdekket at vi sannsynligvis mangler en evaluering av arbeidsformen og et nasjonalt rammeverk for arbeidstid og spesialistutdanning.

Å rekruttere og beholde allmennleger er en stor utfordring for mange kommuner (1). Utfordringene er tydeligst i de minst sentrale kommunene (2–4). Flere kommuner har innført rotasjonsordning (også kalt nordsjøturnus), der legene jobber sammenhengende i kortere perioder etterfulgt av lengre friperioder. Vi har valgt å bruke begrepet rotasjonsordning om arbeidsformen, inspirert av industriovertenskomsten (5), der rotasjonsordning med 14 dager på og 28 dager fri er regulert i avtaleverk.

Rotasjonsordninger kalles i norsk sammenheng også for innarbeidingsordninger (6). Moland og Bråthen (7) skriver om dette som populære ordninger blant arbeidstakere. I petroleumsindustrien er stor avstand mellom hjem og arbeidsplass en viktig begrunnelse. I helsesektoren, hvor slike ordninger synes å ha vært mest brukt i pleie- og omsorgssektoren, begrunnes ordningene med brukerhensyn, forventninger om lavere sykefravær, mindre ufrivillig deltid og bedret rekruttering.

Internasjonalt kan organiseringer som *fly-in*, *fly-out* eller *drive-in*, *drive-out* minne om rotasjonsordning i allmennlegetjenesten (8). I en personlig ytring fra 2012 tok man til orde for slike ordninger som løsning på legemangel i rurale deler av Australia (9).

Det finnes lite forskning fra helsetjenesten om omfang, årsaker bak og konsekvenser av etablering av rotasjonsordning, både nasjonalt og internasjonalt. Formålet med denne studien er å kartlegge og beskrive kommunene som har valgt å etablere rotasjonsordning for allmennleger. Vi ønsket å undersøke kjennetegn ved de ulike rotasjonsordningene samt karakterisere legene som jobber i dem. I tillegg ønsket vi å undersøke årsaker til at kommunene valgte rotasjonsordning samt erfaringer med ordningen.

Materiale og metode

Design

Vi gjennomførte en eksplorerende flerkasusstudie med både kvantitative og kvalitative data fra ulike kommuner som har etablert rotasjonsordning for allmennleger. Kasusstudiemetodikken er fleksibel og muliggjør en praksisnær og helhetlig tilnærming som inkluderer flere perspektiv, og ulike datakilder bidrar til innsikt (10, 11). Vi undersøkte rotasjonsordninger for allmennleger som fenomen, og kasusene var kommuner som har organisert (deler av)

legetjenesten sin slik. I studien brukte vi beskrivende statistikk basert på data fra Statistisk sentralbyrå, fastlegeregisteret og enkle spørsmål til leger ansatt i slike stillinger samt kvalitative dybdeintervjuer med kommunale helseledere for å få innblikk i organisering, bakgrunn, vurderinger og erfaringer med rotasjonsordningene. Intervjuguiden var basert på åpne og lukkede spørsmål om ordningen (se appendiks).

Forskerteamet besto av to allmennleger i spesialisering (EEP og MBH), en spesialist i allmennmedisin med lang erfaring som fastlege (AF) og en professor i helsetjenesteforskning med bred forskererfaring om allmennlegetjenester (BA). EEP og MBH har tidligere vært ansatt i en rotasjonsordning.

Deltakere

Det fantes ingen samlet oversikt over hvilke kommuner som har rotasjonsordning. Vi forsøkte dermed å få vite om de aktuelle kommuner ved å kontakte alle statsforvaltere samt nå ut via Allmennlegeinitiativet på Facebook og egne nettverk. Målet var å identifisere kommuner som hadde etablert en eller annen form for rotasjonsordning innen 1. juni 2023. Rotasjonsordninger for leger i spesialisthelsetjenesten eller private klinikker ble ikke inkludert. Vi ønsket å snakke med kommunale helseledere (kommuneoverleger, helse- og omsorgssjef, leder for legekantor eller legevakt) fra de respektive kommunene. For å få supplerende demografiske opplysninger om leger som arbeidet i rotasjonsordning, oppga helselederne navn på legene i kommunen. Disse kontaktet vi telefonisk.

Kvantitative data

Fra Statistisk sentralbyrå innhentet vi data om folketall og sentralitetsklasse for de aktuelle kommunene og for hele landet samlet. Vi fikk datasett om vikaravtaler som inneholdt avtaleID, oppstart- og sluttdato, stillingsandel og kommunenummer fra fastlegeregisteret. Detaljer om alder, spesialitet og tidligere arbeidssted for legene i rotasjonsordning innhentet vi direkte fra rotasjonslegene (se over). Gjennom dybdeintervjuene med helseledere fikk vi utfyllende kvantitative opplysninger om bl.a. lønnsforhold, selve rotasjonsordningen (antall uker på/av) og antall søkere til stillingene.

Kvalitative data

Etter innhenting av skriftlig samtykke ble dybdeintervjuene med kommunale helseledere (kommuneoverleger og helse- og omsorgssjefer) gjennomført med videosamtale eller telefon (EEP eller MBH). Basert på en intervjuguide (appendiks) ble deltakerne invitert til å gi en beskrivelse av rotasjonsordningen i sin kommune, bakgrunnen for opprettelsen samt erfaringer og vurderinger. I de få tilfellene der vi ikke fikk tak i helselederen, gjorde vi et tilsvarende dybdeintervju med en lege i rotasjonsordningen ansatt i den aktuelle kommunen. Vi gjennomførte kvalitative intervjuer med 16 helseledere og 4 rotasjonsleger (13 kvinner), av disse var 14 videointervjuer og 6 telefonintervjuer. Intervjuene varte i 45–90 minutter.

EP og MBH transkriberte lydopptak fra videointervjuene. Telefon- og videointervjuene ble dokumentert med notater gjort underveis (av EP og MBH). Transkripsjonene og notatene dannet grunnlag for den tematiske analysen.

Analyse

Vi utførte enkel deskriptiv statistikk på det innsamlede tallmaterialet for å karakterisere kommunene, legene og varianter av rotasjonsordning. Vi analyserte vikarbruk basert på alle inngåtte vikaravtaler i to år før innføring av rotasjonsordning og helt fram til 31.12.2022. Karakteristika ved kommunene med rotasjonsordning (folketall og sentralitetsklasse) og tilhørende leger (alder, kjønn, spesialitet) ble sammenliknet med nasjonale tall. Vi brukte analyseverktøyet SPSS (IBM Corp.)

Vi vurderte attraktivitet for leger ved å undersøke antall søkere ved siste utlysning. Endring av antall vikarleger tilknyttet de aktuelle listene etter at rotasjonsordning ble innført, ble benyttet som et mål på stabilisering av legetjenesten.

Analysen av transkriptene og notatene fra intervjuene ble gjennomført med tematisk analyse (12). Alle forfatterne leste materialet grundig og identifiserte koder og tekstbiter som kunne si noe om erfaringene med rotasjonsordning. Underveis i analyseprosessen møttes BA, AF og MBH for å diskutere og evaluere funn. Tidlig i prosessen definerte man de foreløpige temaene Ulike begrunnelser for nordsjøturnus, Resultat, konsekvenser og evaluering av nordsjøturnus og På uklar juridisk grunn og innenfor midlertidige organisatoriske rammer. Deretter sorterte vi koder og meningsbærende enheter inn i disse foreløpige temaene, kondenserte teksten, reformulerte temanavnene til passende resultatoverskrifter og skrev resultatdelen.

Etikk

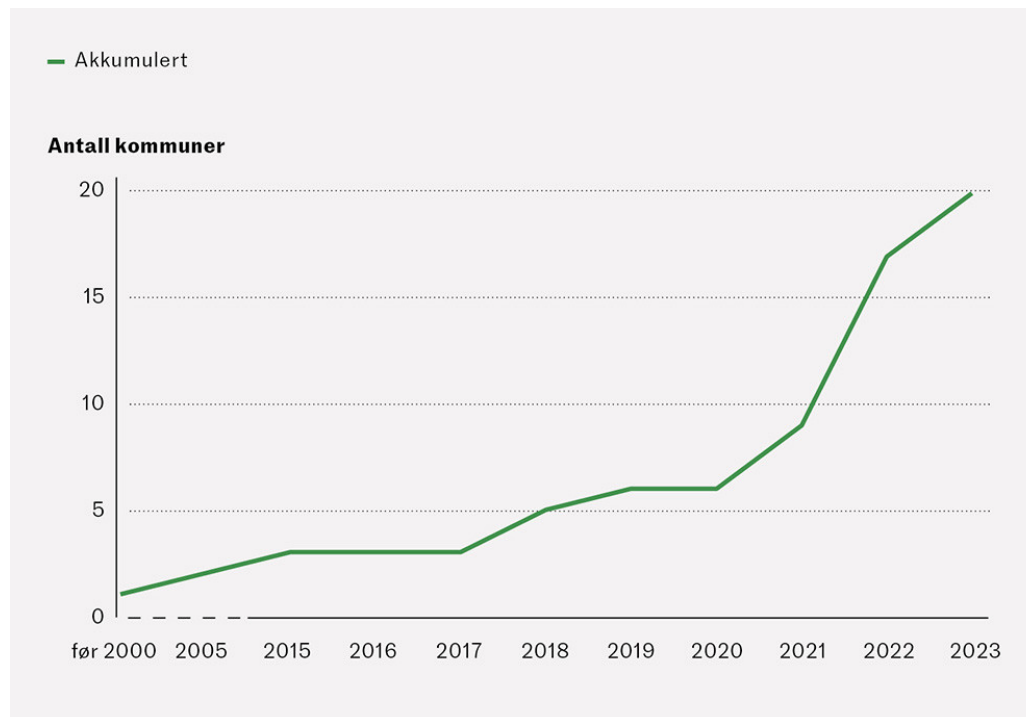
Innsamling og lagring av data er vurdert og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (nå Sikt) med referansenummer 914345. Alle intervjuobjektene i de kvalitative intervjuene ga skriftlig samtykke. Legene som deltok i de korte telefonintervjuene for å innhente demografiske opplysninger, ga muntlig samtykke.

Resultater

Kommunene

Vi identifiserte 25 kommuner som hadde en form for rotasjonsordning for leger per 1.6.2023. Fem av kommunene svarte ikke på vår forespørsel eller takket nei til å delta i studien. 20 kommuner (20/25, 80 %) ble dermed inkludert. Figur 1 viser at 14 av 20 kommuner (70 %) hadde etablert rotasjonsordningen etter 2020. Kommunene hadde lavere folketall enn landsbasis (gjennomsnitt: 5 396 vs. 15 419, median: 2 759 vs. 5 163), og 13 av 20 kommuner lå i Nord-Norge,

dvs. Nordland ($n = 6$) eller Troms og Finnmark ($n = 7$). Øvrige kommuner lå i Vestfold og Telemark ($n = 2$), Innlandet ($n = 2$), Vestland ($n = 2$) og Møre og Romsdal ($n = 1$). På sentralitetsskalaen, der 1 er mest sentralt og 6 minst sentralt, var kommunene i sentralitetsklasse 4 (3 kommuner), 5 (3 kommuner) og 6 (14 kommuner).



Figur 1 Antall kommuner i Norge med rotasjonsordning for leger, årlig prevalens fram t.o.m. 1.6.2023.

Rotasjonsordningene

Det var noe variasjon i fordelingen mellom jobb og friuker, men 13 av 20 kommuner hadde ordninger der legene jobbet to uker på og fire uker av. Andre variasjoner var to uker på og tre uker av ($n = 3$), én uke på og to uker av ($n = 1$), én uke på og tre uker av ($n = 1$), én uke på og fire uker av ($n = 1$) og tre uker på og tre uker av ($n = 1$). Samtlige av ordningene inneholdt legevaktarbeid. I seks av kommunene bestod ordningene utelukkende av dette, eventuelt med kommunale tilleggsoppgaver som lege på sykehjem. I 12 av 14 kommuner der legene også jobbet dagtid, mottok legene fastlønn for dagtidsarbeid, mens avlønningsformen varierte mer for legevakt, der det var en høyere andel som hadde næringsinntekt sammenliknet med legene som jobbet dagtid. I 12 av 14 kommuner der legene hadde listeanvar, hadde legen egen hjemmel. I de resterende to var én lege hjemmelsinnehaver, mens de andre legene i rotasjonsordning dekket denne listen når de var på jobb i kommunen.

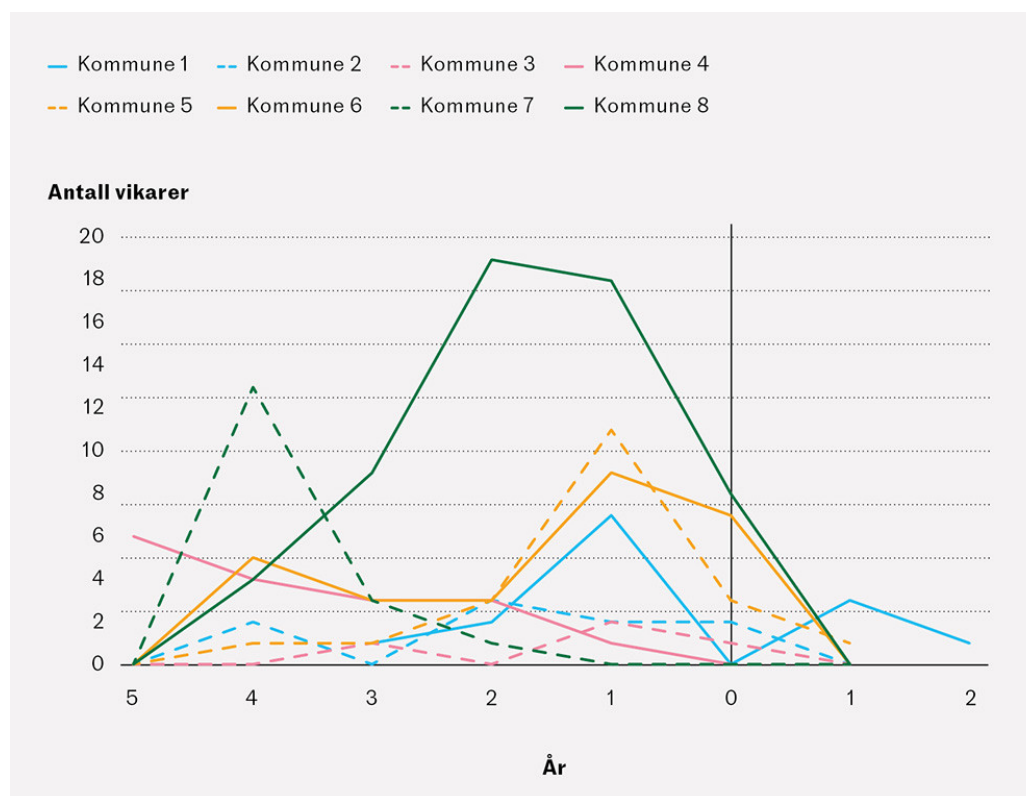
Legene

Ut ifra intervjuene med helselederne identifiserte vi til sammen 64 leger i rotasjonsordning i de aktuelle kommunene. Per telefon bidro disse legene med kvantitative deskriptive data om seg selv. Sammenliknet med nasjonale tall var disse noe yngre enn fastleger for øvrig (gjennomsnitt: 43 år vs. 50 år). Legenes

alder var normalfordelt (bedømt visuelt). Sammenliknet med landsbasis var det en større andel menn (59,4 % vs. 54,5 %) og en mindre andel spesialister i allmennmedisin (45,3 % vs. 64,4 %). Legene som ikke var spesialister i allmennmedisin, var allmennleger i spesialisering (ALIS), eller så jobbet kommunen aktivt for at de skulle bli allmennleger i spesialisering. 63 % av ALIS-legene deltok i veiledningsgruppe. Det var i gjennomsnitt ti søkere (median 6, variasjonsbredde: 1–28) per utlyste rotasjonsstilling. Litt under halvparten av legene jobbet i allmennlegepraksis forut for den aktuelle jobben i rotasjonsordning, resten kom fra jobb i sykehus, annen primærhelsetjenestejobb, annen rotasjonsordning, nettopp fullført LIS1-tjeneste eller andre jobber.

Stabilisering

Inngåtte vikaravtaler i fastlegetjenesten i tiden før og etter innføringen av rotasjonsordning i utvalgte kommuner i studien er vist i figur 2. Utvalget består av åtte kommuner der hele legetjenesten er organisert under rotasjonsordning. I noen kommuner var vikarbruken redusert, mens det i andre ikke var noen endring.



Figur 2 Vikarer per kommune før og etter innføring av rotasjonsordning. Kun kommuner der helsetjenesten per 1.6.2023 driftes av rotasjonsordning alene er inkludert. Året ordningen ble innført, er satt til 0 (svart strek).

Veien til rotasjonsordning

Helselederne beskrev hvordan kommunene hadde valgt rotasjonsordning for leger av ulike grunner. Høy vaktbelastning for fastlegene var en viktig grunn. For å beholde vakttrøtte leger i fastlegetjenesten og for å gjøre kommunen mer attraktiv for nye leger ble rotasjonsordning opprettet. Mange fortalte om «svart hav» ved vanlige allmennlegeutlysninger, men hvis det ble lyst ut stilling med

rotasjonsordning, var det straks flere godt kvalifiserte søkere. En informant fortalte om null søkere til tre faste fastlegestillinger, men at tre leger uavhengig hadde henvendt seg og ønsket rotasjonsordning. En informant snakket om rotasjonsordning som «en løsning som presset seg fram», en annen beskrev rotasjonsordning som løsningen på en «krisesituasjon».

Flere informanter fortalte at kommunen over tid hadde brukt skiftende vikarer for å bemanne legevakten. Flere hadde valgt å bruke leger i rotasjonsordning på legevakt fordi de ønsket mer stabile leger med tilknytning og kunnskap om kommunen. De var misfornøyde med vikarbyrå eller opplevde å bruke uforholdsmessig mye ressurser på å administrere vikarbruken. Noen informanter kunne ikke gi noen begrunnelse for at kommunen hadde valgt rotasjonsordning. De hadde ikke selv vært involvert i beslutningen fordi de var ansatt i etterkant, og hadde ikke funnet noen skriftlig dokumentasjon på dette.

Utilstrekkelig lov- og avtaleverk

Etablering av rotasjonsordning startet typisk med en arbeidsgruppe med kommuneoverlege, kommunedirektør og helse- og omsorgssjef. Kommunene hadde gjerne fått råd av andre kommuner som lå i forkant med etablering av rotasjonsordning. De fleste hadde gjort vedtak i kommunestyret om rotasjonsordning. Felles for alle kommunene var vide administrative fullmakter for utformingen. Flere av informantene påpekte manglende forankring av rotasjonsordning i et nasjonalt juridisk avtaleverk. Før råd om utformingen av avtaler hadde enkelte kommuner kontaktet Den norske legeforening og kommunesektorens organisasjon (KS). Noen av kommunene fikk råd om utredning av arbeidsbelastning for legene og at rotasjonsordning måtte organiseres som en lokal forsøksordning, med evaluering underveis og en sluttevaluering etter to år. Det var ulikheter og uklarheter i avtalene, særlig knyttet til arbeidstidsbestemmelser og ferieavvikling. En helseleder sa:

«Jeg tror det er veldig få av de norske kommunene som veit hva de driver med. Mest sannsynlig er veldig få av avtalene lovlig.»

Rotasjonsordning og spesialisering

Noen kommuner som ansatte en ALIS-lege, brukte bundet og ubunden tid for å sikre oppfylging av spesialiseringskravet om minst 50 % kurativt arbeid på uselektert populasjon. Bundet arbeidstid omfattet tiden legen fysisk var på jobb i kommunen, mens ubunden arbeidstid var perioden legen var «av», men tilgjengelig digitalt i begrenset omfang. Det varierte om ALIS-legene i rotasjonsordning fikk tilbud om deltakelse i veiledningsgruppe eller ei. Kurs og deltakelse i veiledningsgrupper måtte skje i friperiodene. Vi hørte flere historier om helseledere og kommuneoverleger som signerte søknader om spesialistgodkjenning i allmennmedisin, og at legen i rotasjonsordning da fikk godkjent spesialiseringen, til tross for spesialitetskomiteens tidligere anbefaling om å ikke godkjenne slik tjeneste. En helseleder fortalte:

«Jeg har snakket med Helsedirektoratet og person X, i forhold til å prate inn en løsning. Jeg har skjønnet at Helsedirektoratet er positive til at man skal få til et løp for å spesialisere nordsjøturnus-leger.»

Stabilisering, sårbarhet og fleksibilitet

En gjennomgående tilbakemelding fra informantene var at innleie av legevikarer var redusert etter innføringen av rotasjonsordning. Fra de faste legene hørte informantene at rotasjonsordning gav legene mer tid til egne listeinnbyggere og avlastning, særlig når legene i rotasjonsordning ble brukt til å ta legevakt eller bakvakt. Flere fastleger som før innføring av rotasjonsordning hadde vurdert å slutte, valgte å bli værende, og slitne fastleger som tidligere hadde søkt om redusert stilling, kunne nå jobbe fullt. To kommuner hadde gjenetablert lokal legevakt.

En sårbarhet ved ordningen som ble nevnt av flere helseledere, var legers fravær ved sykdom eller annet. For å bufre denne sårbarheten var det i flere kommuner laget ordninger med gjensidig akutt fraværdeknning mellom legene i rotasjonsordning og/eller med de faste legene. Noen hadde avtale med nabokommunen og andre snakket om å lage beordringsliste.

Fleksibilitet var et ord som kom opp mange ganger i intervjuene.

Rotasjonsordning ga fleksibilitet for legene i friperiodene deres, og legene i rotasjonsordning utviste fleksibilitet ved å stille opp på kort varsel ved sykdom, bytte vakter og arbeidsperioder ved behov hos de andre legene.

For oppfølging av listeansvar mente de fleste informantene at faste leger var bedre enn leger i rotasjonsordning – som igjen var mye bedre enn vikarleger. Der legene i rotasjonsordning hadde listeansvar, laget man rutiner for informasjonsoverføring og oppfølgingstimer. Nav-kontoret i en kommune hadde meldt at sykemeldinger varte lenger, antakelig for at pasientene skulle få treffe samme legen på oppfølgingstime.

Det var bred enighet om at rotasjonsordning ikke var en optimal løsning for fastlegeordningen. Der hvor det før var én eller to leger, kom det nå tre. På den måten kan ordningen tappe kommunen for fastleger dersom det framstår mer attraktivt å jobbe som lege i rotasjonsordning. Rotasjonsordning ble beskrevet som et kompromiss, som er bedre og billigere enn tilfeldige vikarer. En lege i rotasjonsordning sa:

«Det har jeg tenkt på, at i et nasjonalt perspektiv så er ikke ordningen bærekraftig, du taper kommunene for gode fastleger.»

Diskusjon

Vi fant at stadig flere kommuner, særlig de minst sentrale, etablerer rotasjonsordning for allmennleger. Den vanligste rotasjonen var to uker på og fire uker av. Alle stillingene i rotasjonsordning i vår studie innebar

legevaktarbeid og noen av dem inneholdt utelukkende legevaktarbeid. I en spørreundersøkelse som KS gjennomførte i september 2023 med 205 deltakende kommuner, svarte 18 % at de hadde «en ordning med nordsjø-/langturnus for leger som inngår i legevakten» (A. Jensen, KS, personlig meddelelse). Blant kommuner med under 2 000 innbyggere var andelen 38 %, mens andelen var lavest (4 %) i kommuner med 15 000–50 000 innbyggere. I kommuner med 50 000 eller flere innbyggere var andelen 14 %. Tallene tyder på at denne typen ordninger er mer vanlig enn det vi har fanget opp i vår studie.

Framveksten av rotasjonsordning

Rekrutteringsutfordringene i allmennlegetjenesten er trolig knyttet til det økte arbeidspresset på leger i fastlegeordningen (13). Rotasjonsordning synes dels å være drevet fram av kommuner på leit etter løsning på rekrutteringsutfordringene og dels av leger på leit etter attraktive arbeidsforhold. Vi har ikke holdepunkter for å si om legenes interesse for å arbeide i rotasjonsordning er uttrykk for endringer i legers arbeidspreferanser eller om økningen i rotasjonsordning i allmennlegetjenesten kan være starten på en omorganisering av allmennlegetjenesten i distriktskommuner.

En undersøkelse blant medisinstudenter i England viste at mange ikke så for seg at de ville jobbe full tid på grunn av det forventede høye arbeidspresset, og at de ville emigrere for å jobbe som lege i et annet land eller ville velge bort legejobb (14). Funnene indikerer endringer i preferanser blant unge leger, selv om England og Norge trolig ikke er direkte sammenliknbare. En liknende studie blant danske turnusleger viste at de som kunne tenke seg å arbeide i allmennpraksis, var mer interessert i deltidsarbeid enn leger som ikke kunne tenke seg å arbeide i allmennpraksis (15).

Juridiske aspekter

Rotasjonsordning for allmennleger er ikke regulert i tariffavtaler, avtaleverk eller forskrift (16–18). Rotasjonsordning utfordrer mange av fastlegeordningens iboende målsettinger og bryter med eksisterende regelverk om fastlegevirksomhet knyttet til kravet om én fastlege per liste og kurativ virksomhet kontinuerlig gjennom året (28 timer i uka, 44 uker i året). Selv om rotasjonsordning ikke er regulert, betyr det ikke at den er ulovlig. Avtaler om rotasjonsordning kan forhandles lokalt og må oppfylle bestemmelser i arbeidsmiljøloven og ferieloven. For kommuner med eksisterende eller planlagt rotasjonsordning vil det trolig være ressursbesparende om det fantes regulerte avtaler og tariffier med «hovedregler» og retningslinjer å forholde seg til.

Spesialisering i rotasjonsordning

Dagens regelverk for spesialistutdanning legger opp til at det hovedsakelig er spesialister i allmennmedisin som kan jobbe i rotasjonsordning, mens våre funn tyder på at dette ikke overholdes. Spesialitetskomiteen (19) og Helsedirektoratet (20) legger til grunn at rotasjonsordning i allmennpraksis med to uker på og fire uker av ikke er forenlig med kravene i gammel spesialiseringsordning i

allmennmedisin om minst 50 % stilling i åpen uselektert praksis og sammenhengende tjeneste i minst tre måneder. I ny spesialiseringsordning er kravene mindre kategoriske, men vår studie tyder på at det er uklart for kommuner og leger hvordan de skal te seg for at arbeid i rotasjonsordning skal telle som del av spesialistutdanningen og kvalifisere eksempelvis for deltakelse i veiledningsgruppe. Det savnes mer detaljerte føringer omkring hvilke rotasjonsordninger som kan godkjennes og mer detaljerte føringer om hvordan man regner seg fram til prosentandelen åpen uselektert praksis i en fastlegeavtale.

Kan det legges bedre til rette for spesialisering i allmennmedisin i rotasjonsordningene, slik at man kan sikre god kvalitet i utdanningen og i legetjenesten, særlig i distriktene? Det finnes god empiri på nødvendigheten av å utdanne helsepersonell lokalt for å beholde leger samt sikre god kontekstuell forståelse og kvalitet (21–23). I de aller fleste kommunene som hadde ALIS-leger i rotasjonsordning, var det krav om at kurs og veiledningsgrupper skulle gjennomføres i friperioden. I tillegg krevde noen kommuner at legene jobbet hjemmefra digitalt i et begrenset omfang, såkalt ubunden tid. De lange friperiodene kan representere en mulighet til å bygge et mer strukturert utdanningsopplegg i samarbeid med et sentralt fagmiljø (der legene gjerne bor når de har fri), for eksempel ved å koble leger, legekantor og kommuner i distrikt sammen med tilsvarende i mer sentrale strøk. Vi kjenner til at på Island har større legesentre i Reykjavik inngått avtaler med små distriktslegekantor om å dekke legetjenestene i en fast rotasjonsordning (S. Arnardottir, personlig meddelelse). Dette kan minne om en avstandsvariant av den norske ordningen kalt Senjalegen (24). I slike ordninger vil veiledning og oppfølging av ALIS-leger sannsynligvis kunne ivaretas på en god måte.

Det er viktig å forstå og forholde seg til muligheter og risikoer knyttet til rotasjonsordning som arbeidsform i allmennlegetjenesten. Vår studie tyder på at arbeidsformen gir god rekruttering, skaper tilgjengelighet og en form for kontinuitet, om enn noe oppstykket, for pasienter.

Styrker og svakheter

I denne flerkasusstudien brukte vi vitenskapsteorien pragmatisme (25) til å analysere og integrere ulike datakilder for å belyse studiens problemstilling. Vi mener metoden i vårt tilfelle gir et større og mer helhetlig bilde av det undersøkte fenomenet (10, 11) og derfor er en styrke i studien.

Det er videre en styrke at 20 av 25 identifiserte kommuner med rotasjonsordning i allmennlegetjenesten deltok. Dette gir et bredt tilfang av data om ulike rotasjonsordninger. En upublisert spørreundersøkelse fra KS (se over) kan imidlertid tyde på at vi ikke har fanget opp alle kommuner med rotasjonsordning.

Vi valgte å avgrense studien til helseledernes erfaringer og vurderinger samt deskriptiv statistikk om kommunene, rotasjonsordningene og rotasjonslegene. Vi har ikke undersøkt rotasjonslegenes og pasienters erfaringer med slike

ordninger, kvalitetsaspekter eller økonomiske forhold. Rotasjonsordninger ser ut til å være attraktive sett fra både kommuneståsted og legeståsted. Tucker (26) understreker at man bør være varsom når man fortolker selvrapporterte erfaringer med en ordning som er så populær som rotasjonsordningen er. Det kan da være en forhøyet risiko for skjev framstilling og underrapportering av negative erfaringer.

Det er en svakhet at vi ikke har kunnet studere erfaringer med rotasjonsordninger over tid. Få kommuner og kort observasjonstid gir ikke grunnlag for å konkludere om rotasjonsordning påvirker vikarbruken.

To av forskerne i forskerteamet har selv jobbet i rotasjonsordning tidligere og har i denne sammenhengen opplevd utfordringer knyttet til spesialistutdanningen. Vi har i planleggingen, datainnsamlingen og analysearbeidet diskutert kritisk hvordan erfaringene kan ha påvirket forskningsprosessen. Dette har bidratt til å skjerpe spørsmålene rundt både styrker og svakheter ved rotasjonsordning.

Konklusjon

Denne studien viser at utbredelsen av rotasjonsordninger øker i allmennlegetjenesten. Størst andel rotasjonsordninger finnes i de minst sentrale kommunene. Vi fant flere varianter av ordningen, som alle rekrutterte allmennleger. Data om langtidseffektene av rotasjonsordning mangler. Våre funn viser at rotasjonsordning sannsynligvis bryter med tradisjonell organisering av allmennlegetjenester på en måte som utfordrer dagens regelverk for arbeidstakere, spesialistutdanningen i allmennmedisin samt intensjonen med fastlegeordningen. Vi oppfordrer nasjonale helsemyndigheter og Legeforeningen til å ta tak i disse utfordringene. I framtidig forskning bør man undersøke om rotasjonsordning bidrar til å holde på leger og om de kan kombineres med spesialisering i allmennmedisin. Man bør også se på hvilke mer langsiktige konsekvenser ordningen vil kunne ha for befolkningen, leger og annet helsepersonell.

Artikkelen er fagfellevurdert.

REFERENCES

1. Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten. Gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalgets rapport.
https://www.regjeringen.no/contentassets/092e9ca0af5e49f39b55c6aded2cf18d/230418_ekspertutvalgets_rapport_allmennlegetjenesten.pdf Lest 8.10.2024.
2. Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere. NSDM-rapport 2018.

- https://nsdm.no/arkiv/filarkiv/File/rapporter/Rapport_Fastlegeordningen_NSDM_2016.pdf Lest 8.10.2024.
3. Gaski M, Abelsen B. Fastlegetjenesten i Nord-Norge. NSDM-rapport 2016. <https://www.nsdm.no/wp-content/uploads/2018/05/Endelig-versjon-3-mai-2018-Rapport-om-fastlegetjenesten-i-Nord-Norge.pdf> Lest 8.10.2024.
 4. Abelsen B, Gaski M, Brandstorp H. Varighet av fastlegeavtaler. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135: 2045–9. [PubMed][CrossRef]
 5. Lovdata. Industriooverenskomsten LO – Verksted 2022–2024. https://lovdata.no/dokument/TARO/tariff/taro-83/KAPITTEL_vo-9.#KAPITTEL_vo-9 Lest 31.1.2024.
 6. Nicolaisen H. Innarbeidingsordninger og familieliv – erfaringer fra helsesektoren og industrien. Søkelys på arbeidslivet 2012; 29: 224–41. [CrossRef]
 7. Moland LE, Bråthen K. Forsøk med langturnusordning i Bergen kommune. Fafo-notat 2011:07. <https://www.fafo.no/en/publications/fafo-notes/forsok-med-langturnusordninger-i-bergen-kommune> Lest 8.10.2024.
 8. Hussain R, Maple M, Hunter SV et al. The Fly-in Fly-out and Drive-in Drive-out model of health care service provision for rural and remote Australia: benefits and disadvantages. Rural Remote Health 2015; 15: 3068. [PubMed] [CrossRef]
 9. Margolis SA. Is Fly in/Fly out (FIFO) a viable interim solution to address remote medical workforce shortages? Rural Remote Health 2012; 12: 2261. [PubMed][CrossRef]
 10. Carolan CM, Forbat L, Smith A. Developing the DESCARTE Model: The Design of Case Study Research in Health Care. Qual Health Res 2016; 26: 626–39. [PubMed][CrossRef]
 11. Sibbald SL, Paciocco S, Fournie M et al. Continuing to enhance the quality of case study methodology in health services research. Healthc Manage Forum 2021; 34: 291–6. [PubMed][CrossRef]
 12. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qual Res Psychol 2006; 3: 77–101. [CrossRef]
 13. Skyrud KD, Rotevatn TA. Utvikling i fastlegenes arbeidsmengde og situasjon over tid. <https://www.fhi.no/contentassets/6a3405e0bbc54fc4abcb72ededf60434/utvikling-i-fastlegenes-arbeidsmengde-og-situasjon-over-tid-kunnskapsgrunnlag-rapport-2023.pdf> Lest 8.10.2024.
 14. Ferreira T, Collins AM, Feng O et al. Career intentions of medical students in the UK: a national, cross-sectional study (AIMS study). BMJ Open 2023; 13: e075598. [PubMed][CrossRef]

15. Gjessing S, Guldborg TL, Risør T et al. Would you like to be a general practitioner? Baseline findings of a longitudinal survey among Danish medical trainees. *BMC Med Educ* 2024; 24: 111. [PubMed][CrossRef]
16. SFS 2305 ("Særavtalen"). 01.01.2022- 31.12.2023. Avtalen er prolongert til 30.01.2024. <https://www.legeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/avtaler-for/leger-ansatt-i-kommunen/KS-leger-ansatt-i-kommunen/sentrale-avtaler/sfs-2305-Saeravtalen/> Lest 31.1.2024.
17. KS. ASA 4310 for perioden 2024-2025. Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene. <https://www.ks.no/contentassets/dbb79dcf070148d6a2aab23d344c03e0/ASA-4310-2024-25.pdf> Lest 31.1.2024.
18. Helse- og omsorgsdepartementet. FOR-2012-08-29-842 Forskrift om fastlegeordning i kommunene. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842>. Lest 31.1.2024.
19. Den norske legeforening. Deltakere i veiledningsgrupper for allmennmedisin. <https://www.legeforeningen.no/fag/spesialiteter/Allmennmedisin/Veiledningsgrupper/deltakere-i-veiledningsgrupper-for-allmennmedisin/#Blir%20Nordsj%C3%B8turnus%20ansett%20som%20spesialistutdanning%20og%20som%20del%20%C3%A5pen%20uselektert%20praksis>. Lest 2.2.2024.
20. Helsedirektoratet. Ansettelseskrav, utdanningstid, fravær og overgangsregler. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/artikler/ansettelseskrav-utdanningstid-fravaer-og-overgangsregler> Lest 2.2.2024.
21. Strasser R. Learning in context: education for remote rural health care. *Rural Remote Health* 2016; 16: 4033. [PubMed][CrossRef]
22. Verma P, Ford JA, Stuart A et al. A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors. *BMC Health Serv Res* 2016; 16: 126. [PubMed][CrossRef]
23. Morris CG, Johnson B, Kim S et al. Training family physicians in community health centers: a health workforce solution. *Fam Med* 2008; 40: 271–6. [PubMed]
24. Senja kommune. Senjalegen / Fastlege. <https://www.senja.kommune.no/tjenester/helse-og-omsorg/helsetjenester/legehjelp/fastlege/> Lest 6.2.2024.
25. Morgan DL. Pragmatism as a Paradigm for Social Research. *Qual Inq* 2014; 20: 1045–53. [CrossRef]
26. Tucker P. Conditions of Work and Employment Programme. Compressed working weeks. *Conditions of Work and Employment Series No. 12*.

https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@travail/documents/publication/wcms_travail_pub_12.pdf Lest 8.10.2024.

Publisert: 19. november 2024. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.24.0089

Mottatt 14.2.2024, første revisjon innsendt 3.7.2024, godkjent 8.10.2024.

Publisert under åpen tilgang CC BY-ND. Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. desember 2024.