

Hvilke medisinstudenter ved UiT Norges arktiske universitet vil bli allmennleger i distrikt?

Bakgrunn:

I Norge viser tall fra HELFO at nesten 190.000 innbyggere står uten fastlege per juli 2024 (1). Kommunene i distriktene har størst vansker med å fylle listene med faste leger (2). Dette betyr at den enkelte innbygger kan ha en vikarlege som er tilknyttet den enkelte fastlegeavtalen, men at kommunen ikke har en fastlegeavtale med en fast lege (1).

Medisinutdanningen internasjonalt har styrket tilrettelegging for rekruttering av fremtidige leger til distrikt i over 50 år (3). Bodøpakken, hvor medisinstudenter fra UiT fullførte de to siste studieårene i Bodø, ble opprettet i 2009. Finnmarksmodellen fulgte deretter i 2017. Grimstadutvalget foreslo å opprette flere desentraliserte studiemodeller for å utdanne flere leger i Norge (4). En nylig blindet kohortstudie av studentene fant at ikke-tekniske ferdigheter var signifikant høyere blant studentene i Finnmarksmodellen, sammenliknet med studenter utdannet i Tromsø og Bodø (5). Med en tanke om å rekruttere leger til landsdelen har medisinstudiet ved UiT kvotert søkere ved å reservere 60% av studieplassene for studenter med nordnorsk tilknytning. Vi ønsket derfor å undersøke: *Hvor mange av medisinstudentene ved UiT Norges arktiske universitet vil bli allmennlege i distrikt?*

Hensikten med undersøkelsen var å se om, og hvilke, studenter som ønsker å bli distriktslege? Har kvotering av de med nordnorsk tilknytning, hvor du kommer fra, eller desentralisert utdanningssted som Finnmark eller Bodø innvirkning på interesse for å jobbe som allmennlege i distrikt?

Metode:

Vi samlet inn data ved hjelp av spørreskjema. Alle medisinstudenter ved UiT ble kontaktet via deres respektive studiekull-grupper på Facebook og fysisk i forelesningene til alle respektive kull og oppfordret til å svare.

Vi stilte spørsmål om ønsket spesialiseringsvalg etter grunnutdanningen hvor studentene kunne velge mellom kategoriene «Allmenntmedisin», «Indremedisin», «Kirurgi» og «Psykiatri». Flere svaralternativ var mulig. I denne studien har vi fokus på medisinstudenter som svarte «Allmenntmedisin». Deretter spurte vi om de kunne tenke seg å jobbe i distrikt hvor svaralternativene var «ja/nei/kanskje». Alternativet «Kanskje» ble inkludert for å se et potensiale, og kunne kartlegge hvor stor andel av medisinstudentene som kan rekrutteres til allmenntmedisinsk arbeid i distriktskommuner - de som med riktige tiltak og vilkår kan bli til «Ja». I undersøkelsen går vi ut ifra at distriktslege er det samme som allmennlege i distrikt.

De neste spørsmålene omhandlet studiested (Tromsø, Finnmark eller Bodø), om de selv ble kvotert inn på nordnorsk kvote og hvor mange innbyggere hjemstedskommunen til medisinstudenten har. Hjemstedskommuner ble delt inn i fire klasser hentet fra SSBs standard for klassifisering av tettstedsinndeling (6, 7). De fire klassene var innbyggertall fra 200-1.999, 2.000-19.999, 20.000-99.999 eller over 100.000 innbyggere.

Data ble analysert med krysstabeller der Fisher Exact test og Chi-kvadrat test ble gjennomført i SPSS for å teste samvariasjon. Fisher Exact test ble gjennomført dersom en celle i krysstabellen hadde forventet frekvens på mindre enn 5.

Resultater:

Undersøkelsen samlet data fra 377 medisinstudenter. Dette tilsvarer en svarprosent 48% av alle medisinstudenter ved UiT. Medisinstudentene kunne krysse av for flere ønskede spesialiteter. Flest studenter, 225 stykk, kunne tenke seg å ta en spesialisering innenfor allmennmedisin. For kirurgi, indremedisin, og psykiatri var det henholdsvis 183, 149, og 69 studenter som kunne tenke seg disse spesialiseringene.

Tabell 1 viser deskriptive data om medisinstudentene i undersøkelsen. Tabell 2 viser fordeling mellom opptaksstatus (nordnorsk kvote eller ikke) og innbyggertall på hjemstedskommuner til medisinstudentene. Tabell 3 viser opptaksstatus og ønsket om å jobbe som allmennlege i distrikt. Tabell 4 viser studiested og ønsket om å jobbe som allmennlege i distrikt.

Tabell 1: Deskriptive data om medisinstudentene i undersøkelsen angitt i antall n og (%)

| | |
|---------------------------------------|------------|
| Kjønn, n (%) | |
| Kvinne | 283 (75,1) |
| Mann | 94 (24,9) |
| Studiekull, n (%) | |
| 6. studieår | 22 (5,8) |
| 5. studieår | 42 (11,1) |
| 4. studieår | 47 (12,5) |
| 3. studieår | 78 (20,7) |
| 2. studieår | 90 (23,9) |
| 1. studieår | 98 (26,0) |
| Studiested*, n (%) | |
| Tromsø | 259 (68,7) |
| Finnmark | 38 (10,1) |
| Bodø | 80 (21,2) |
| Opptaksstatus, nordnorsk kvote, n (%) | |
| Ja | 245 (65,0) |
| Nei | 132 (35,0) |
| Innbyggertall hjemstedskommune, n (%) | |
| 200-1999 | 38 (10,1) |
| 2.000-19.999 | 114 (30,2) |
| 20.000-99.999 | 172 (45,6) |
| >100.000 | 53 (14,1) |
| Totalt | 377 (100) |

* Ønsket, påmeldt eller nåværende studiested 5. og 6. studieår

Tabell 2: Fordeling mellom opptaksstatus (nordnorsk kvote eller ikke) og innbyggertall i hjemstedskommunen til medisinstudenten angitt i antall n og (%)

| | | Innbyggertall hjemstedskommune | | | | Totalt |
|-----------------|-----|--------------------------------|----------------|------------------|-----------|------------|
| | | 200 – 2.000 | 2.000 – 20.000 | 20.000 – 100.000 | > 100.000 | |
| Nordnorsk kvote | Ja | 27 (11%) | 81 (33%) | 135 (55%) | 2 (1%) | 245 (100%) |
| | Nei | 11 (8%) | 33 (25%) | 37 (28%) | 51 (39%) | 132 (100%) |

Pearson Chi kvadrat: $p < 0,001$

Det ble funnet en signifikant sammenheng mellom opptaksstatus og innbyggertall i hjemstedskommune. Flertallet av de som kom inn på kvote for nordnorske søkere er fra kommuner med flere enn 20.000 innbyggere i Nord-Norge. De fleste som kom inn uten nordnorsk kvote er fra større kommuner i Norge.

Tabell 3: Opptaksstatus (nordnorsk kvote eller ikke) og ønsket om å jobbe som allmennlege i distrikt angitt i antall n og (%)

| | | Nordnorsk kvote | |
|------------------------|---------|-----------------|-----------|
| | | Ja | Nei |
| Allmennlege i distrikt | Ja | 72 (48%) | 29 (38%) |
| | Nei | 20 (14%) | 18 (24%) |
| | Kanskje | 57 (38%) | 29 (38%) |
| Totalt | | 149 (100%) | 76 (100%) |

Pearson Chi kvadrat: $p = 0,12$

Sammenhengen mellom opptaksstatus og ønske om å være allmennlege i distrikt var ikke statistisk signifikant, $p=0,12$. 72 (48%) av de som ble kvotert inn med nordnorsk kvote hadde interesse for å jobbe som allmennlege i distrikt. Blant dem som kom inn uten nordnorsk kvote, var det 29 (38%) som kunne tenke seg å jobbe i distrikt. Ved å inkludere både «Ja» og «Kanskje» i denne målingen vil 129 (86%) av de som kom inn med kvote, svare ja til å jobbe i distrikt. 72 (76%) av de som kom inn uten kvote, vil svare det samme. Langt flere som ble tatt opp uten nordnorsk kvote ved inntak på studiet svarte «Nei», sammenlignet med de som var tatt opp med kvoten.

Tabell 4: Studiested og ønsket om å jobbe som allmennlege i distrikt angitt i antall n og (%)

| | | Studiested | | |
|------------------------|---------|------------|-----------|-----------|
| | | Tromsø | Bodø | Finnmark |
| Allmennlege i distrikt | Ja | 67 (45%) | 21 (41%) | 13 (59%) |
| | Nei | 29 (19%) | 9 (17%) | 0 (0%) |
| | Kanskje | 55 (36%) | 22 (42%) | 9 (41%) |
| Totalt | | 151 (100%) | 52 (100%) | 22 (100%) |

Fisher-Freeman-Halton Exact test: $p = 0,14$

Sammenhengen mellom studiested og ønske om å jobbe som allmennlege i distrikt var ikke statistisk signifikant, $p=0,14$. Blant studentene med studiested Tromsø kunne 67 (45%) tenke seg å jobbe som allmennlege i distrikt, 21 (41%) av de med studiested Bodø, og 13 (59%) av de med studiested Finnmark. Ingen av de som hadde meldt seg på, eller studerte i Finnmark svarte «Nei» til å bli allmennlege i distrikt.

Tabell 5: Innbyggertall i hjemstedskommune og ønske om å jobbe som allmennlege i distrikt angitt i antall n og (%)

| | | Innbyggertall hjemstedskommune | | | |
|------------------------|---------|--------------------------------|----------------|------------------|-----------|
| | | 200 – 2.000 | 2.000 – 20.000 | 20.000 – 100.000 | >100.000 |
| Allmennlege i distrikt | Ja | 18 (72%) | 52 (66%) | 26 (28%) | 5 (18%) |
| | Nei | 1 (4%) | 1 (1%) | 23 (25%) | 13 (46%) |
| | Kanskje | 6 (24%) | 26 (33%) | 44 (47%) | 10 (36%) |
| Totalt | | 25 (100%) | 79 (100%) | 93(100%) | 28 (100%) |

Fisher-Freeman-Halton Exact test: $p < 0,001$

Undersøkelsen viste en signifikant sammenheng mellom innbyggertall i hjemstedskommunen og ønske om å bli allmennlege i distriktet, $p < 0,001$. Vi fant at en større andel personer fra hjemstedskommuner med under 20.000 innbyggere ønsket å bli allmennlege i distrikt. Blant de som kommer fra hjemstedskommuner med under 20.000 innbyggere ønsket 70 (67%) å bli allmennlege i distrikt, sammenlignet med 31 (26%) av de som kom fra en kommune med over 20.000 innbyggere. 2 (2%) blant de fra kommuner med under 20.000 innbyggere svarte «Nei» sammenlignet med 36 (30%) blant de som kom fra kommuner med over 20.000 innbyggere. Størst andel har svart «Kanskje» av de fra kommuner med 20.000-100.000 innbyggere.

Diskusjon:

Vår spørreundersøkelse blant medisinstudenter i Tromsø viser at 60% av de som svarte på undersøkelsen, ønsker å bli allmennlege og mange av disse ønsker å jobbe i distrikt. Størrelsen på legenes hjemstedskommune virker å spille en viktig rolle for ønsket om å bli distriktslege.

Ifølge SSB er det per januar 2024 seks kommuner i Nord-Norge som har over 20.000 innbyggere - Tromsø, Bodø, Rana, Harstad, Alta og Narvik (8). I denne undersøkelsen kommer 56% ($n=137$) av alle medisinstudentene, som kom inn med nordnorsk kvote, fra kommuner i Nord-Norge med over 20.000 innbyggere. Ifølge Helse Nord's PUK-strategi er flytting hyppigste årsak til at helsepersonell slutter. Nord-Norge er særlig utsatt for dette fenomenet (9). Flertallet flytter sørover, færre flytter nordover. Dette gjelder spesielt de unge (9). Ifølge et notat fra NSDM har kvote for nordnorske søkere vist seg å ha god effekt, med det formål om å holde leger i Nord-Norge etter endt utdanning (10). Det samme notatet viser

til at studenter ofte vil bosette seg enten i nærheten av studiestedet eller i hjemkommunen etter studier (10). Vår undersøkelse viser at flertallet av de som ble kvotert inn på medisinstudiet kommer fra de større kommunene i Nord-Norge. Basert på tidligere funn, kan vi anta at dette vil ha liten betydning for rekruttering av leger til distrikt. Denne undersøkelsen viser en signifikant sammenheng som sier at medisinstudenter fra mindre folkerike kommuner i Norge, kunne tenke seg å jobbe i distrikt.

Med funnene gjort i undersøkelsen om at flere medisinstudenter som kommer fra mindre folkerike kommuner i Norge oftere har lyst til å jobbe som allmennlege i distrikt, kan man stille spørsmål ved om en kvotering fra distrikt ved opptak til medisinstudier kan være aktuelt i fremtiden, uavhengig av landsdel. Vi må ta hensyn til svakheter i studien i og med at mange av medisinstudentene var i sitt første studieårene og at medisinstudenter kanskje endrer mening i løpet av studiet. Det må også tas hensyn til at valg av arbeidssted og arbeidsretning avhenger av flere faktorer som vi ikke har tatt hensyn til i denne undersøkelsen. Denne studien har bare skrappt litt på overflaten av ideen om kvotering av medisinstudenter fra distrikt ved inntak på medisinstudiet, men at den peker i en retning som kan være med på å skape ideer for hvordan tilfanget av allmennleger til distrikt kan økes.

Konklusjon:

60% av medisinstudentene som svarte på undersøkelsen, kunne tenke seg spesialisering innenfor allmennmedisin. 45 % av disse kunne tenke seg å jobbe i distrikt. Medisinstudenter fra hjemstedskommuner med få innbyggere har høyere sannsynlighet for å ville jobbe som allmennlege i distriktet. De fleste som er kvotert inn på medisinstudiet ved UiT er fra kommuner med over 20.000 innbyggere.

Takk til NSDM for finansiering og muligheten til å gjennomføre undersøkelsen. Også takk til Martin Bruusgaard Harbitz som veileder.

Kilder:

1. Helsedirektoratet. Innbyggere uten fast lege Oslo: Helsedirektoratet; 2023 [updated 10.05.2024]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/allmennlegetjenesten/innbyggere-uten-fast-lege>.
2. Helsedirektoratet. Allmennlegetjenesten statusrapport høsten 2023 Helsedirektoratet.no2023 [updated 20.10.23]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/allmennlegetjenesten--statusrapport-hosten-2023/rekruttering-kapasitet-og-tilgjengelighet-i-fastlegeordningen/nasjonale-nokkeltall>.
3. Carson DB, Schoo A, Berggren P. The 'rural pipeline' and retention of rural health professionals in Europe's northern peripheries. Health Policy. 2015;119(12):1550-6.
4. Abelsen BF, Anette; Gaski, Margrete; Grimstad, Hilde. Tiltak i grunnutdanningen for å sikre legertil distrikt – en systematisk oversikt. Tidsskrift for den Norske Lægeforening. 2022;142(1).
5. Prydz K, Dieckmann P, Fagertun H, Musson D, Wisborg T. Non-technical skills of Norwegian medical students at different training sites: a comparative, observational cohort study. BMC Med Educ. 2024;24(1):616.

6. Sentralbyrå S. Standard for tettstedsinndeling 2023 [updated 12.03.24. Available from: <https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/110/koder>.
7. Sentralbyrå S. Tettsteders befolkning og areal 2023 [Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/folketal/statistikk/tettsteders-befolkning-og-areal>.
8. sentralbyrå S. 11342: Areal og befolkning i kommuner, fylker og hele landet (K) 2007 - 2024 Statistisk sentralbyrå2024 [updated 24.02.2024. Available from: <https://www.ssb.no/statbank/table/11342/>.
9. RF HN. PUK-strategi - Strategi for personell, utdanning og kompetanse i Helse Nord 2023 [updated 16.05.23. Available from: <https://www.helse-nord.no/49a881/siteassets/dokumenter-og-blokker/fagplaner-og-rapporter/rapporter-og-dokumenter/strategi-for-personell-utdanning-og-kompetanse-i-helse-nord.pdf>.
10. (NSDM) NSfD. Rekruttering og stabilisering av helsepersonell til distrikt 2020 [updated n.d. Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/3b37c1baa63a46989cb558a65fccf7a1/no/sved/1.pdf>.