

Endelig evalueringsrapport (IV)

Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten

oslo**economics**



UNIVERSITETET
I OSLO

Tittel: Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten

Utarbeidet av: Oslo Economics

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet

Publisert: Juni 2025

Rapportnummer: 2025-33

Kontaktperson: Erik Magnus Sæther / Partner

E-post: ems@osloeconomics.no

Tel: +47 940 58 192

Foto/illustrasjon forside: Essentials Collection (iStockphoto.com)

Innhold

Forord	2
Kort oppsummert	3
Sammendrag	4
1. Innledning	6
1.1 Tiltak for å styrke allmennlegetjenesten	6
1.2 Evalueringsoppdraget	7
2. Pasienters bruk av og erfaringer med tjenesten	10
2.1 Pasienters bruk av allmennlegetjenesten	10
2.2 Pasienters vurdering av tjenesten	12
2.3 Erfaringer blant pasienter med store behov	13
3. Tilbud av allmennlegetjenester	14
3.1 Endringer i tilbudet av allmennlegetjenester over tid	14
3.2 Aktivitet og innhold i tjenestene	17
4. Rekruttering og stabilitet	22
4.1 Rekruttering	22
4.2 Unge legers preferanser for karrierevei	24
4.3 Fastlegejobbens attraktivitet	27
4.4 Stabilitet	31
5. Spesialistutdanning i allmennmedisin	33
5.1 LIS133	
5.2 Allmennleger i spesialisering (ALIS)	35
6. Bemanning og arbeidsbelastning	38
6.1 Bemanning i allmennlegetjenesten	38
6.2 Opplevd arbeidsbelastning	40
7. Finansiering av allmennlegetjenesten	46
7.1 Kostnader til allmennlegetjenester	46
7.2 Finansiering av fastlegeordningen	47
8. Kvalitetsarbeid og tjenesteutvikling	69
8.1 Allmennlegetjenester av god kvalitet	69
8.2 Pågående arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i allmennlegetjenesten	70
8.3 Kommunens rolle i kvalitetsarbeid i allmennlegetjenesten	72
8.4 Digitale verktøy i allmennlegetjenesten	73
9. Kommunens styring og ledelse	75
9.1 Kommunens ansvar for allmennlegetjenesten	75
9.2 Verktøy for styring og ledelse	75
9.3 Opplevd samarbeid mellom kommune og fastleger	76

10. Samarbeid og samhandling	78
10.1 Organisering av og samarbeid på fastlegekontoret	78
10.2 Samhandling med andre helse- og omsorgstjenester	81
11. Oppsummering og samlet vurdering	83
11.1 Tiltakene som har blitt innført	83
11.2 Vurdering av effekter og måloppnåelse av tiltak i handlingsplan for allmennlegetjenesten	83
11.3 Diskusjon og veien videre	88
12. Referanser	91

Forord

Det har vært innført en rekke tiltak for å styrke allmennlegetjenesten de seneste årene. Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 inneholder en rekke tiltak som skal bidra til å skape en fremtidsrettet allmennlegetjeneste og en bærekraftig fastlegeordning med tjenester av høy kvalitet. Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten la i 2023 frem 59 forslag for en bærekraftig allmennlegetjeneste.

Helsedirektoratet har et følge-med-ansvar for forhold som påvirker befolkningens helse og utviklingen i helse- og omsorgstjenesten, derunder allmennlegetjenesten. Helsedirektoratet har blant annet fått ansvar for oppfølging av handlingsplanen for allmennlegetjenesten 2020-2024 og oppfølging av forslagene til Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten.

Helsedirektoratet ga Oslo Economics og Universitetet i Oslo (UiO), Institutt for helse og samfunn (i samarbeid med tilknyttede fageksperter) i oppdrag å gjennomføre en følgeevaluering av arbeidet med å styrke allmennlegetjenesten. Hovedformålet med følgeevalueringen var å undersøke i hvilken grad målene for utvikling av allmennlegetjenesten nås, og hvilke effekter innførte tiltak har.

Rapporten er et resultat av felles arbeid der de ulike miljøene har bidratt til de enkelte delene og til helheten. Det er samtidig en arbeidsdeling som går ut på at Oslo Economics har hatt hovedansvaret for spørreskjemaundersøkelser og intervjuundersøkelser, mens UiO har hatt hovedansvaret for studier med registerdata. Fra Oslo Economics har Johannes Bjørnstad Tyrihjell, Erik Magnus Sæther, Kine Pedersen, Susanne Gerda Værnø, Martine Bergh Gundersen, Johanne Elise Nyen og Mie Hustad deltatt i arbeidet med rapporten. Fra UiO har Geir Godager, Tor Iversen og Jon Holte deltatt. I tillegg har følgende tilknyttede fageksperter bidratt i arbeidet i form av innspill underveis i arbeidet: Andreas Pahle, Liv Augestad, Ivar Sønbo Kristiansen og Birgit Abelsen.

Vi vil takke alle informantene som har brukt av sin tid til å la seg intervju, samt alle som har tatt seg tid til å svare på spørreundersøkelsene. I tillegg ønsker vi å takke Helsedirektoratet og deltakere i referansegruppen for innspill underveis.

Rapporten kan refereres til på følgende måte: Tyrihjell JB, Godager G, Pedersen K, Værnø SG, Gundersen MB, Hustad M, Nyen JE, Iversen T, Holte J, Abelsen B, Pahle A, Augestad L, Sæther EM (2025) Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten: Endelig evalueringsrapport (IV).

Kontaktperson for arbeidet er Erik Magnus Sæther: ems@osloeconomics.no

Oslo, 2. mai 2025

Kort oppsummert

Det har vært positiv utvikling i allmennlegetjenesten de siste fem årene

Andelen av befolkningen uten fast lege har falt, og per april 2025 er den på sitt laveste siden november 2021. Innbyggerne er stort sett fornøyde med fastlegen og fastlegekontoret, men mange opplever for lang ventetid for å få time. Årene 2023–2025 har gitt den største netto tilveksten av fastleger siden ordningen ble etablert i 2001, og kommunene forteller også om en bedre rekrutteringssituasjon enn tidligere. Flere medisinstudenter og LIS1-leger ønsker nå å bli fastleger, både på kort og lang sikt. Stabiliteten blant legene har økt, og andelen som svarer at det er svært sannsynlig at de er fastlege om fem år, har steget fra 22 prosent i 2022 til 51 prosent i 2025. Andelen fastleger som opplever økonomisk trygghet har økt i samme periode. Fastlegene rapporterer å arbeide færre timer enn ved starten av evalueringsperioden og andelen fastleger som er fornøyd med arbeidsbelastningen sin har økt fra 20 prosent i 2022 til 49 prosent i 2025. Det har blitt prøvd ut og satt i drift en ny organisasjonsmodell for legevakt med satellittlegevakter, hvor videokonsultasjoner ved satellittlegevaktene opplevdes positivt blant pasientene. Legekontorene blir færre og større og fastlegene jobber på nye måter. Bruk av digitale verktøy blir stadig mer vanlig på legekontorene, og mange fastleger har tatt i bruk digitale verktøy som baserer seg på kunstig intelligens. I forslag til ny fastlegeforskrift åpnes det for refusjon ved delegert konsultasjon til sykepleier, samt utprøving av digital konsultasjon hos annen lege i kommunen.

Tiltakene i allmennlegetjenesten har god effekt, men er kostbare

Både Handlingsplanen for allmennlegetjenesten, øvrige nasjonale tiltak og kommunale tiltak har de siste årene blitt innført for å sikre en bærekraftig og fremtidsrettet allmennlegetjeneste, som er attraktiv, kvalitetssikker og teambasert. Flere av tiltakene har vært viktige for å bedre situasjonen i tjenesten. Særlig peker både legene og representanter for kommunene på styrket basisfinansiering og nasjonal ALIS-ordning som viktige tiltak for bedre rekruttering og økt kapasitet. For en gjennomsnittlig næringsdrivende fastlege har inntekten fra basistilskuddet økt med over 50 prosent fra 2020 til 2024. Kommunale tiltak har også vært viktige for den bedrede situasjonen i tjenesten. Kommunene har de siste årene brukt betydelige midler på økonomiske tiltak og tilrettelegging for fastlegene og bruker også mer tid og ressurser på oppfølging av ordningen. Eksterne forhold gjør det vanskelig å isolere effekten av tiltakene. For eksempel har våre informanter pekt på at utfordrende økonomisk situasjon i spesialisthelsetjenesten har bidratt til økt rekruttering til fastlegeordningen, mens koronapandemien og bosetting av ukrainske flyktninger har satt allmennlegetjenesten under ekstra press.

De estimerte kostnadene av tiltakene styrket basistilskudd, Nasjonal ALIS og veiledning og ALIS-kontorene, var på om lag 1,8 milliarder kroner i 2024. Dette inkluderer ikke kommunenes merkostnader for egne tiltak og oppfølging av nasjonale tiltak. Flere av aktørene vi har vært i kontakt med, uttrykker også at den store mengden tiltak, noen ganger med motstridende mål, bidrar til økt usikkerhet i tjenesten. Flere etterlyser mer langsiktige strategier og vedvarende planer.

Det er behov for videre utvikling og systematisk arbeid med kvalitet

Det er fortsatt mange innbyggere som står på liste uten fastlege og flere er misfornøyde med ventetiden for å få time enn tidligere. Det er også uønsket variasjon i tilgangen til og kvaliteten på tjenestene. Utfordringene er størst i de minst sentrale kommunene og her er det også størst variasjon i tilgang og kvalitet.

Selv om brukerne overordnet sett er fornøyde med kvaliteten, er det lite kunnskap om kvaliteten i tjenesten, sammenlignet med andre tjenesteområder og andre land. Representanter for kommunene oppgir også at de i liten grad har mulighet til å innhente informasjon om tilgjengelighet og kvalitet på fastlegekontorene. I 2025 er det foreslått innført flere nye tiltak for blant annet bedret oppgavedeling og bruk av digitale løsninger.

En bærekraftig tjeneste?

Fremover vil det relativt sett bli flere eldre og færre i yrkesaktiv alder. I tillegg ventes økte folkehelseutfordringer som økende forekomst av psykiske lidelser blant unge og overvekt og fedme i befolkningen å bidra til økt etterspørselen etter allmennlegetjenester fremover. Aldringen av befolkningen er mest fremtredende i distriktene (SSB, 2025), noe som kan føre til økte forskjeller i behovet for allmennlegetjenester mellom sentrale og usentrale strøk. Antall innbyggere hver fastlege har på listen sin har falt over lengre tid, og særlig unge og kommunalt ansatte fastleger har korte lister. Kortere pasientlister gir behov for økt antall fastleger. Samtidig vil en rekke andre samfunnsområder som forsvar, omstillingen til et lavutslippssamfunn og utbygging av fornybar industri ha behov for både personell og penger fremover. Det vil derfor være et økende behov for å bruke ressursene i helsetjenesten effektivt og å sikre at hele landet har tilgang til gode helsetjenester.

Sammendrag

Dette er den fjerde og siste evalueringsrapporten for følgeevalueringen av tiltak i allmennlegetjenesten. Tiltakene virker å ha vært viktige for å bedre situasjonen, men har også medført store kostnader. Fremover ventes det økt etterspørsel etter allmennlegetjenester. Dette vil kreve mer effektiv bruk av ressursene, nye arbeidsformer, økt oppmerksomhet til kvalitetsarbeid, og tilrettelagte tiltak som sikrer lik tilgang og kvalitet i hele landet.

Kapittel 1: Innledning

Det er innført en rekke tiltak for å styrke allmennlegetjenesten, gjennom Handlingsplanen for allmennlegetjenesten, øvrige nasjonale og kommunale tiltak. Av Handlingsplanens 17 tiltak er 10 iverksatt og 7 er pågående. Blant de iverksatte tiltakene er styrket basistilskudd, nasjonal ALIS og veiledning og etablering av ALIS-kontor. Pågående tiltak omfatter å skape en mer teambasert fastlegeordning, legge til rette for nye arbeidsverktøy og bedre kvaliteten på det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. I april 2025 ble det lagt frem ny stortingsmelding og forslag til forskriftsendringer som foreslår grep innenfor flere av disse områdene.

Kapittel 2: Pasienters erfaringer med tjenesten

I 2024 hadde 72 prosent av befolkningen konsultasjon hos fastlege og 16 prosent hos legevakt. Over tid har antall fastlegekonsultasjoner per innbygger økt og en større andel er e-konsultasjoner. Kvinner, eldre og de med lavere utdanningsnivå er oftere hos fastlegen. Undersøkelser gjennomført av Folkehelseinstituttet (FHI) viser at de fleste er fornøyde med fastlegen og fastlegekontoret, men mange opplever at ventetiden for å få time er for lang. Dette gjenspeiles i våre intervjuer med pasient- og brukerombud, som oppgir at de får mange henvendelser om tilgang på allmennlegetjenester, som å ikke ha en fastlege, ikke ha mulighet til å bytte fastlege, eller at det er lang ventetid på time. Pasienter med størst behov opplever å få behandling av god kvalitet, og erfaringene til pasienter med kroniske tilstander er gode sammenlignet med andre OECD-land (OECD, 2025).

Kapittel 3: Tilbud av allmennlegetjenester

Det var rekordhøy tilvekst av nye fastleger i 2024. Antall fastleger økte med 249, til totalt 5 517 leger ved utgangen av 2024. Samtidig økte antall spesialister i allmenntilleggsmedisin. Kapasiteten i ordningen økte med over 150 000 flere plasser i samlet listetak – den største kapasitetsøkningen siden ordningen ble innført i 2001. Fra 2023 til 2024 ble det også færre innbyggere på liste uten fast lege, fra i overkant av 214 000 til 163 000. For andre år på rad økte kapasiteten i fastlegeordningen raskere enn folkemengden, noe som innebærer at flere innbyggere får tilgang til fastlegeliste med fast lege, og at flere innbyggere får mulighet til å bytte fastlege. I 2024 ble antall personer på venteliste for å få fastlege redusert fra om lag 350 000 i 2023 til 330 000 i 2024.

Kapittel 4: Rekruttering og stabilitet

I årene 2023 og 2024 var netto tilvekst av fastleger den største siden oppstarten av fastlegeordningen i 2001. I intervjuer forteller også kommunerepresentanter om vesentlig bedre rekrutteringssituasjon de siste to årene enn i årene før. Økt rekruttering synes å skyldes nasjonale og kommunale tiltak, mulig kombinert med en trangere økonomisk situasjon på sykehusene. Medisinstudentene og LISI har også et bedre inntrykk av fastlegeordningen generelt, sammenlignet med ved starten av evalueringsperioden, og det er flere blant dem enn tidligere som ønsker å jobbe som fastlege både rett etter LISI og om 10-15 år. Gjennom evalueringsperioden har det vært betydelig økning i andelen av fastlegene som sier at det er sannsynlig at de er fastlege om fem år, og andelen som svarer «svært sannsynlig» har økt fra 22 prosent i 2022 til 51 prosent i 2025.

Kapittel 5: Spesialistutdanning i allmenntilleggsmedisin

Antall og andel fastleger som er spesialist i allmenntilleggsmedisin, har økt gradvis over tid. Antall LISI-stillinger har økt med 28 prosent siden 2019, men er fortsatt vesentlig lavere enn antall søkere. Mer enn halvparten av LISI er fornøyd med oppholdet sitt på fastlegekontor. Når det gjelder spesialistutdanningen i allmenntilleggsmedisin, oppgir mer enn halvparten av ALIS-ene at de er litt eller helt fornøyd med veiledning, gruppeveiledning og supervisjon. Samtidig svarer 90 prosent av veilederne at de trives i rollen som veileder. I evalueringsperioden har det blitt innført en nasjonal ALIS-ordning, som medfører at alle leger under spesialisering i allmenntilleggsmedisin kan få tilbud om en ALIS-avtale. ALIS-avtaler ser ut til å bidra til økt trygghet i spesialistutdanningen og til å øke sannsynligheten for at leger fullfører spesialistutdanningen.

Kapittel 6: Bemanning og arbeidsbelastning

Bemanningssituasjonen i allmennlegetjenesten har bedret seg de siste fire årene. Gjennom evalueringsperioden har det vært en statistisk signifikant økning i andelen fastleger som er fornøyd med sin arbeidsbelastning og selvrapportert arbeidstid per uke blant fastleger har gått fra 57 timer i 2022 til 52 timer i 2025. Gjennomsnittlig listelengde redusert fra 1 066 i 2021 til 983 i 2024. Organisering og bemanning av legevakt varierer på tvers av kommuner. I sentrale kommuner finnes egne legevaksleger, mens flere usentrale kommuner oftere samarbeider med nabokommuner om legevakt og benytter fastleger i Nordsjø-turnus. Utprøving av satellitt-legevakter har gitt positive erfaringer, med overføringsverdi til andre deler av legevaktstjenesten i Norge.

Kapittel 7: Finansiering av allmennlegetjenesten

Tiltakene i allmennlegetjenesten de siste årene har medført økte kostnader. De estimerte kostnadene av tiltakene styrket basistilskudd, Nasjonal ALIS og veiledning, og ALIS-kontorene, var på om lag 1,8 milliarder kroner i 2024. Det er også estimert at kommunenes egen finansiering av fastlegeordningen var på 1,2 milliarder kroner i 2023. Basistilskuddet har blitt styrket og endret gjennom evalueringsperioden og for en gjennomsnittlig næringsdrivende fastlege har inntekten fra basistilskuddet økt med over 50 prosent fra 2020 til 2024. Fastlegene er positive til styrket basistilskudd, og opplever at det gir økonomisk trygghet. Usentrale kommuner har hatt større utfordringer med rekruttering og stabilisering enn sentrale kommuner, og det synes positivt at basistilskuddet øker i disse kommunene. Fastlegene er derimot negative til pasienttilpasset basistilskudd og mener det verken bidrar til bedre kvalitet på legetjenestene eller mer tid til pasienter med størst behov.

Kapittel 8: Kvalitetsarbeid og tjenesteutvikling

I årets spørreundersøkelse opplever en lavere andel av fastlegene enn tidligere at egen kommune har utfordringer knyttet til kvaliteten på tilbudet til befolkningen. Fastlegene oppgir at de fremdeles har for lite tid til kvalitetsarbeid, men noen har fått mer tid i løpet av evalueringsperioden. Kommunene kan følge opp fastlegenes kvalitetsarbeid ved å innhente styringsinformasjon fra fastlegekontorene, men kan ikke pålegge innsending av relevant styringsinformasjon. I løpet av evalueringsperioden har det blitt utviklet og publisert flere nasjonale kvalitetsindikatorer, og det publiseres nå årlig 21 nasjonale kvalitetsindikatorer om allmennlegetjenesten. Bruk av digitale verktøy blir stadig mer vanlig på legekantorene, men graden av måloppnåelse varierer.

Kapittel 9: Kommunens styring og ledelse

Kommunen har ansvar for å sikre at personer som oppholder seg der, får tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester. I evalueringen finner vi at under halvparten av kommunene (45 prosent) innhenter regelmessig styringsinformasjon om fastlegekontor til bruk i ledelse av tjenesten. Basert på intervjuer med fastleger og ansatte i kommuner i forbindelse med denne evalueringen, virker det å være stor variasjon i hvor hyppig og på hvilken måte kommunen og fastlegene er i kontakt, og hvordan samarbeidet oppleves.

Kapittel 10: Samarbeid og samhandling

Siden fastlegeordningen ble innført i 2001, har antall legekantor gått ned og antall leger per legekantor har økt, som kan legge til rette for økt samarbeid. I 2024 var det 1 330 legekantor, og i gjennomsnitt 4,2 fastleger per legekantor. I årets spørreundersøkelse blant fastleger svarte 40 prosent at de jobber tverrfaglig eller i team på legekantoret i dag, hvorav de fleste arbeidet med helsesekretær og sykepleier. Fastlegene har ulike preferanser for å jobbe mer tverrfaglig og teambasert enn i dag; 45 prosent ønsket mer, mens 55 prosent ikke ønsket mer. Fastlegene hadde også delte meninger om ansettelse og/eller deleierskap i gruppeavtale.

Kapittel 11: Oppsummering og samlet vurdering

De siste årene har det vært gjennomført en rekke tiltak i allmennlegetjenesten med formål å sikre en bærekraftig og fremtidsrettet allmennlegetjeneste som er attraktiv, av god kvalitet og teambasert. Ved starten av evalueringsperioden var det store utfordringer med rekruttering, arbeidsbelastning og tilgjengelighet. Situasjonen i tjenesten er bedret og allmennlegetjenestens attraktivitet har økt, selv om det fortsatt gjenstår utfordringer. Det er begrenset systematisk informasjon om kvalitet i tjenesten, men brukerne er overordnet fornøyd med kvaliteten. Det har vært lite endring i samarbeid på fastlegekontorene, men eventuell innføring av stønad til konsultasjoner delegert fra fastlege til sykepleier kan gi mer oppgavedeling fremover. Det har vært prøvd ut nye måter å organisere legevaksarbeid, med positive resultater. Tiltakene i allmennlegetjenesten virker å ha vært viktige for å bedre situasjonen, men har også medført vesentlige kostnader, for både staten og kommunene. Det har vært mange endringer på kort tid, noen ganger med motstridende mål, som har bidratt til usikkerhet underveis rundt rammene for tjenesten. Fremover ventes økt etterspørsel etter allmennlegetjenester. Dette vil øke behovet for effektiv bruk av ressursene i allmennlegetjenesten, nye arbeidsformer, økt oppmerksomhet til kvalitetsarbeid og tilrettede tiltak som sikrer lik tilgang og kvalitet i hele landet.

1. Innledning

Dette er den fjerde og siste evalueringsrapporten for følgeevalueringen av tiltak i allmennlegetjenesten. Det er innført en rekke tiltak for å styrke allmennlegetjenesten, gjennom Handlingsplanen for allmennlegetjenesten, øvrige nasjonale og kommunale tiltak. Av Handlingsplanens 17 tiltak er 10 iverksatt og 7 er pågående. Blant de iverksatte tiltakene er styrket basistilskudd, nasjonal ALIS og veiledning og etablering av ALIS-kontor. Pågående tiltak omfatter å skape en mer teambasert fastlegeordning, legge til rette for nye arbeidsverktøy og bedre kvaliteten på det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. I april 2025 ble det lagt frem ny stortingsmelding og forslag til forskriftsendringer som foreslår grep innenfor flere av disse områdene.

1.1 Tiltak for å styrke allmennlegetjenesten

Allmennlegetjenesten er bygget på idealene om en kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende tjeneste, ofte omtalt som KOPF-idealet (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Innføringen av fastlegeordningen i 2001 skulle styrke disse idealene, og sikre at alle personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til.

Fastlegeordningen har i hovedsak vært en vellykket ordning, som over flere år vært en av de mest populære samfunnstjenestene i Norge (Difi, 2017). Samtidig har en tidligere evaluering av fastlegeordningen og Folkehelseinstituttets pasientundersøkelse vist at fastlegeordningen har hatt flere utfordringer, særlig knyttet til en for høy arbeidsbelastning for legene (EY og Vista Analyse, 2019; FHI, 2019). Videre viste pasientundersøkelsen at selv om befolkningen overordnet var fornøyd med fastlegeordningen, var flere misfornøyd med tilgjengeligheten og at ventetiden for å få time er for lang (FHI, 2019). Respondentene var mindre fornøyd jo dårligere helsetilstand de hadde, noe som kan tyde på et behov for å bedre tilgjengeligheten for de som trenger fastlegeordningen mest.

Mange kommuner har de senere årene hatt store utfordringer med å rekruttere og beholde tilstrekkelig antall fastleger, noe som har ført til hyppige utskiftninger og økt vikarbruk. Stadig utskifting av leger og hjemler som i hovedsak bemannes av korte vikariater kan være i konflikt med formålet med ordningen, og et økende antall innbyggere har stått uten fast lege (Forskrift om pasientrettigheter mv., fastlege, 2012). De siste årene har det blitt igangsatt flere initiativer, prosesser og tiltak med formål å styrke allmennlegetjenesten (Figur 1-1).

I mai 2020 la regjeringen frem Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b). Handlingsplanen er en forpliktende opptrappingsplan, som skal bidra til å realisere de overordnede politiske målene for helse- og omsorgstjenesten. Formålet med handlingsplanen er å sikre en bærekraftig og fremtidsrettet allmennlegetjeneste, som er attraktiv, kvalitetssikker og teambasert. Handlingsplanen introduserte 17 tiltak for å nå følgende overordnede målområder:

- Målområde 1 - en attraktiv og trygg karrierevei: Sikre at fastlegeyrket oppleves som en attraktiv og trygg karrierevei for nyutdannede leger, og at etablerte fastleger skal ha faglig relevante oppgaver, en rimelig arbeidsbelastning og mulighet til å bidra til å forme og utvikle tjenesten
- Målområde 2 – God kvalitet til alle: Sikre en tilgjengelig allmennlegetjeneste som gir god kvalitet til alle innbyggere
- Målområde 3 – Fremtiden er teambasert: Skape en fremtidsrettet og teambasert allmennlegetjeneste

Av de 17 av tiltakene i handlingsplanen er 9 iverksatt og 8 pågående. Se vedlegg E for status for hvert enkelt tiltak, samt hva som har blitt gjort i løpet av perioden.

I tillegg til Handlingsplanen har det blitt innført ytterligere nasjonale tiltak. For eksempel fra 1. januar 2025 kan kommuner og helseforetak eller sykehus i fellesskap opprette egne LISI-stillinger ved behov. I april 2025 ble det lagt frem en ny stortingsmelding om allmennlegetjenesten og de akuttmedisinske tjenestene, hvor regjeringen foreslår 13 grep for en fremtidsrettet tjeneste (Meld. St. 23 (2024-2025)). Parallelt er det foreslått forskriftsendringer som sikrer at fastleger får stønad for å delegere konsultasjoner til sykepleiere og at fastleger blir pliktet å tilby videokonsultasjon og skriftlig e-konsultasjon. Det er også foreslått en prøveordning der de som ikke får time hos fastlegen sin skal kunne få time med en annen lege digitalt.

Det har også blitt gjennomført en rekke utredninger. I 2022 ble det nedsatt et ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalget utredet tiltak for å gjøre fastlegeordningen mer bærekraftig, og de la frem sin endelige rapport våren 2023 (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023). I rapporten presenterte ekspertutvalget 59 forslag for en bærekraftig allmennlegetjeneste. Helsedirektoratet har i 2024 jobbet med å utrede og konkretisere innretningen på noen av forslagene fra ekspertutvalget om organisering og finansiering av fastlegeordningen. En del av arbeidet gjelder mulige konsekvenser av høy aktivitetsbasert finansiering og kunnskap om kommunal ansettelse med fastlønn for fastleger. Dette arbeidet, utarbeidet sammen med Folkehelseinstituttet, ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2025.

I tillegg til ekspertutvalgets rapport, er det gjennomført flere utredningsoppdrag og prosjektarbeid rettet mot ulike deler av allmennlegetjenesten, for eksempel kartlegging av legevaktsituasjonen og utprøving av blant annet primærhelseteam på fastlegekontor, digital hjemmeoppfølging og digital triagering på legekontor. Helsedirektoratet utredet i 2024 mulige tiltak for å redusere antall innbyggere uten fast lege.

Kommunene har også iverksatt egne tiltak utover de nasjonale tiltakene. Funn fra evalueringsrapport III viser at flertallet av kommunene (69 prosent) oppga at de har tilbudt fast ansettelse som et tiltak for rekruttering. I tillegg oppga om lag en tredjedel av kommunene at de har tilbudt 8.2-avtaler. Videre ble nordsjøturnus, fritak fra legevaktsarbeid og kommunale bistillinger, ekstra feriedager og bonusavtaler nevnt av flere kommuner. Gjennkjøpsavtaler og etableringstilskudd ble også trukket frem som viktige tiltak kommunene har benyttet seg av for å bedre rekrutteringen. Kommunenes egne tiltak utover nasjonale tiltak omtales mer inngående i kapittel 7.

1.2 Evalueringsoppdraget

På oppdrag for Helsedirektoratet har Oslo Economics og Universitetet i Oslo, i samarbeid med tilknyttede fageksperter, gjennomført en følgeevaluering av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. For tredje og fjerde evalueringsrapport har oppdraget blitt utvidet til å også evaluere andre tiltak som er rettet mot allmennlegetjenesten, med mål å bedre tilstanden i allmennlegetjenesten. Formålet med evalueringen har vært å undersøke hvilke effekter innførte tiltak har og i hvilken grad målene for utvikling av allmennlegetjenesten nås.

Evalueringsarbeidet er blitt dokumentert i årlige rapporter, hvor de tre første rapportene ble publisert i henholdsvis mai 2022, 2023 og 2024 (Pedersen, et al., 2022; Pedersen, et al., 2023; Tyrihjell, et al., 2024). Dette er fjerde og siste rapport.

1.2.1 Om evalueringsrapport I, II og III

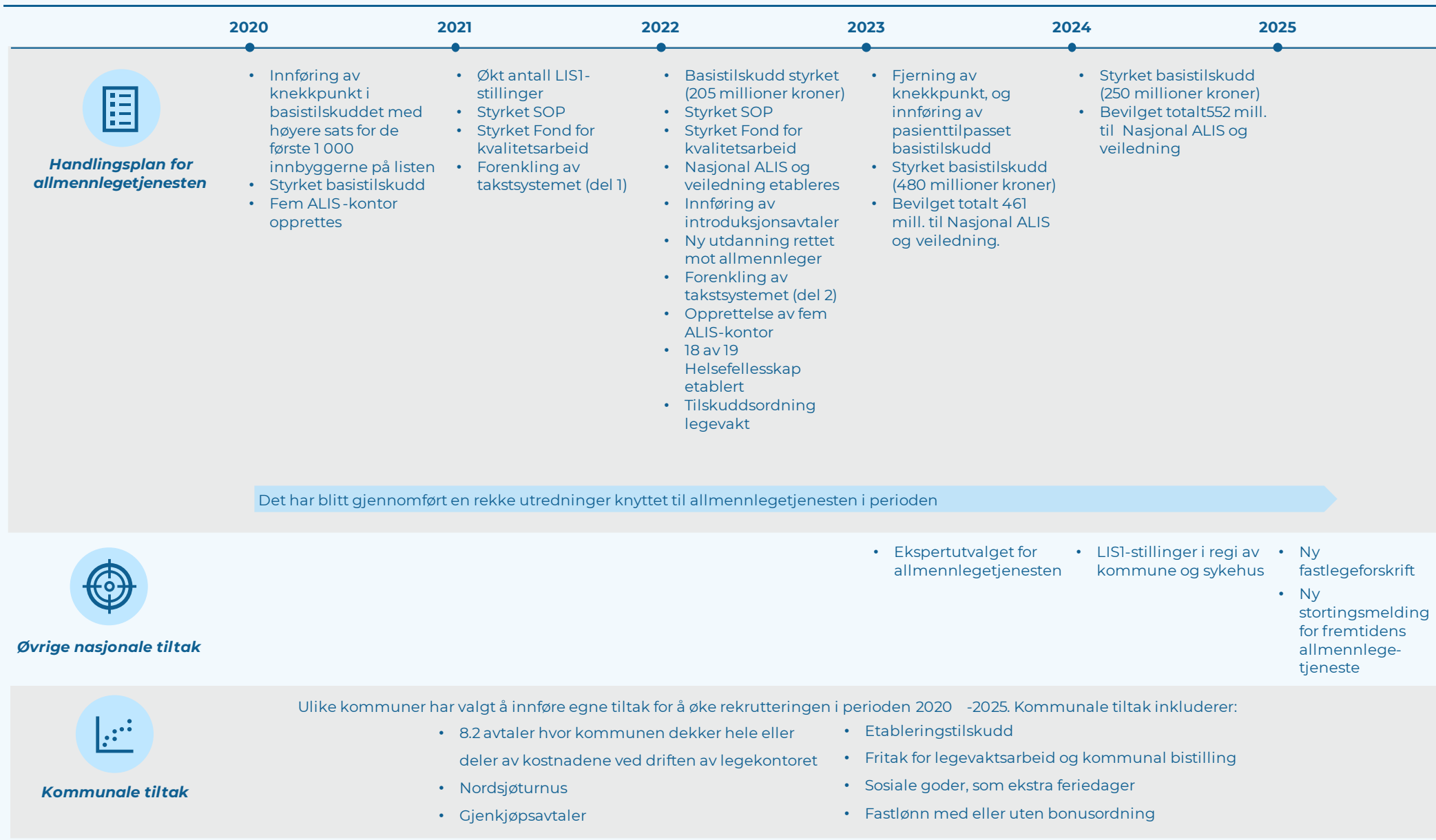
I evalueringsrapport I og II undersøkte vi status for implementering av tiltakene i handlingsplanen. Ved ferdigstilling av evalueringsrapport II (april 2023), var ti tiltak i handlingsplanen iverksatt, mens syv var pågående. I evalueringsrapport III var evalueringen utvidet og omhandlet også iverksatte tiltak utenfor handlingsplanen.

Evalueringsrapport III pekte på at det fremdeles var utfordringer i allmennlegetjenesten, men at det var tegn til flere positive utviklingstrekk. Evalueringen viste blant annet at rekrutteringen til fastlegeordningen hadde økt og at spesialistutdanningen i allmennmedisin hadde blitt styrket. Antall fastleger har økt over tid, og antall listeinnbyggere per fastlege var ved utgangen av 2023 på sitt laveste nivå noensinne. I perioden mellom evalueringsrapport II og evalueringsrapport III ble antallet innbyggere uten fast lege redusert fra 213 000 til 210 000. Flere fastleger var også mer fornøyd med egen arbeidsbelastning, og selvrapportert arbeidstid var signifikant lavere enn i de tidligere evalueringsrapportene.

Finansieringen av fastlegeordningen ble vesentlig styrket i 2023, hvor gjennomsnittlig basistilskudd per innbygger økte med 28 prosent, kombinert med innføring av pasienttilpasset basistilskudd. Omleggingen gir særlig økt basistilskudd i usentrale kommuner hvor befolkningen har lavt utdanningsnivå. Flere fastleger enn tidligere opplever at de har økonomisk trygghet, og at basistilskuddet dekker de faste kostnadene. Samtidig opplever fastlegene at pasienttilpasset basistilskudd ikke bidrar til bedre kvalitet i tjenesten, og at det motiverer til lengre pasientlister og kortere konsultasjoner. Tilnærmet alle fastleger vi har snakket med sier at de foretrekker den tidligere innretning med knekkpunkt ved 1 000 listeinnbyggere

Selv om funnene i evalueringsrapport III viste tegn til bedret rekruttering, så vi fremdeles utfordringer knyttet til tilgang på allmennlegetjenester. I løpet av 2023 ble det flere uten fast lege i de minst sentrale kommunene, noe som viser at det fortsatt er utfordringer med tilgang i mindre sentrale strøk. I 2023 var antall innbyggere på liste uten fast lege på et historisk høyt nivå.

Figur 1-1: Iverksatte tiltak i allmennlegetjenesten, 2020-2025



Illustrasjon av Oslo Economics

1.2.2 Om evalueringsrapport IV (sluttrapport)

Vi benytter en rekke data- og informasjonskilder for å vurdere tilstanden i allmennlegetjenesten, samt effektene av tiltakene som innføres. Vi benytter blant annet registerdata, data fra spørreundersøkelser, intervjudata og dokumenter. I tillegg har vi også gjennomført en workshop med referansegruppen for evalueringen. Analyseperioden for evalueringsrapport IV inkluderer registerdata til og med 31.12.2024. I Tabell 1-1 gir vi en oversikt over datakildene, en nærmere beskrivelse er inkludert i vedlegg A.

I rapporten sammenligner vi resultater fra spørreundersøkelsene vi har gjennomført i de fire årene. Utvalgene er sammenlignbare, selv om antall respondenter og sammensetning varierer noe. Forskjellene mellom årene bør likevel tolkes med varsomhet, ettersom det ikke nødvendigvis er de samme fastlegene som har svart. Se vedlegg A for nærmere sammenligning av utvalgene.

Tabell 1-1: Datakilder

Datakilde	Kortfattet beskrivelse
KUHR	Kontaktdata og tjenester levert fra fastlegeregistrert ved takster
FLO	Kjennetegn ved fastleger og vikarer: Kjønn, alder, spesialitet, fastlønnet/privat praksis, praksiskommune, gruppepraksis og listetak.
SSB	Folkemengde i kommunene
Spørreundersøkelse blant fastleger og fastlegevikarer	Gjennomført i november og desember 2024. 987 fastleger og fastlegevikarer samtykket til å delta, tilsvarende 16,5 prosent av landets fastleger. Spørreundersøkelse blant fastleger og fastlegevikarer ble også gjennomført ved evaluering I, evaluering II og evaluering III. Spørreundersøkelsen ved evaluering I ble gjennomført i januar 2022. Her samtykket 1120 fastleger og fastlegevikarer til å delta, tilsvarende 22,5 prosent av landets fastleger. 94 prosent av respondentene var fastleger og 6 prosent fastlegevikarer. Spørreundersøkelsen ved evaluering II ble gjennomført november 2022. 1 341 fastleger svarte på undersøkelsen, tilsvarende 26,5 prosent av landets fastleger. I tillegg svarte 97 fastlegevikarer på undersøkelsen. I evaluering III svarte 1024 fastleger svarte på undersøkelsen, tilsvarende 19,4 prosent av landets fastleger. I tillegg svarte 67 fastlegevikarer på undersøkelsen og 34 i kombinerte allmennlegestillinger.
Spørreundersøkelse blant medisinstudenter og LISI	Gjennomført i januar og februar 2025. Totalt samtykket 942 LIS og medisinstudenter til å delta i spørreundersøkelsen, hvor 89 prosent av respondentene er medisinstudenter og 11 prosent er LISI. Spørreundersøkelsen blant medisinstudenter og LISI ble også gjennomført mars 2022. Totalt samtykket 1 346 LISI og medisinstudenter, hvorav 83 prosent av respondentene var medisinstudenter og 17 prosent LISI.
Intervjuer med ulike aktører	Gjennomført november 2024 til februar 2025. <ul style="list-style-type: none">• Fastleger/fastlegevikar (N=18)• Kommuneoverleger, etatsdirektører, kommunalsjefer eller tilsvarende (N=18)• Pasient- og brukerombud og statsforvaltere (N=15) Vi har i tillegg snakket med representanter fra Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin, og ALIS-kontorer. Vi har også hatt kontakt med ansatte i Helse direktoratet i møter, på e-post og på telefon.
Workshop med referansegruppe	Workshop med diskusjon av innretning av evalueringsoppdraget og foreløpige funn. Referansegruppen består av representanter fra Folkehelseinstituttet, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM), Nasjonalt senter for e-helseforskning, Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin, Kommunenes sentralforbund (KS), Norsk sykepleierforbund, ALIS-kontorene, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Direktoratet for e-helse.
Dokumenter	Rapporter og vitenskapelige studier

2. Pasienters bruk av og erfaringer med tjenesten

I 2024 hadde 72 prosent av befolkningen konsultasjon hos fastlege og 16 prosent hos legevakt. Over tid har antall fastlegekonsultasjoner per innbygger økt og en større andel er e-konsultasjoner. Kvinner, eldre og de med lavere utdanningsnivå er oftere hos fastlegen. Undersøkelser gjennomført av Folkehelseinstituttet (FHI) viser at de fleste er fornøyde med fastlegen og fastlegekontoret, men mange opplever at ventetiden for å få time er for lang. Dette gjenspeiles i våre intervjuer med pasient- og brukerombud, som oppgir at de får mange henvendelser om tilgang på allmennlegetjenester, som å ikke ha en fastlege, ikke ha mulighet til å bytte fastlege, eller at det er lang ventetid på time. Pasienter med størst behov opplever å få behandling av god kvalitet, og erfaringene til pasienter med kroniske tilstander er gode sammenlignet med andre OECD-land.

2.1 Pasienters bruk av allmennlegetjenesten

Flere digitale og færre fysiske konsultasjoner over tid

I 2024 ble det gjennomført 17 millioner konsultasjoner i fastlegetjenesten og 1,3 millioner konsultasjoner på legevakt. Dette tilsvarer i gjennomsnitt 3 fastlegekonsultasjoner og 0,2 legevaktkonsultasjoner per innbygger. I løpet av 2024 hadde 72 prosent av befolkningen konsultasjon hos fastlege og 16 prosent hos legevakt.

Antall fastlegekonsultasjoner per innbygger har økt over tid, og i 2024 hadde hver innbygger i gjennomsnitt 0,3 flere konsultasjoner enn i 2015 (Figur 2-1). Veksten i konsultasjoner hos fastlege har kommet samtidig som e-konsultasjoner har blitt mer utbredt, og antall fysiske konsultasjoner er lavere i 2024 enn før koronapandemien. Økningen i antall konsultasjoner per innbygger skyldes både at en større andel av befolkningen er hos fastlegen i løpet av et år, og at de som bruker fastlegen har flere konsultasjoner per år enn tidligere. Andelen av befolkningen som ikke hadde noen konsultasjoner hos fastlegen har falt jevnt over tid fra 31 prosent i 2014 til 28 prosent i 2024. Samtidig har andelen med fem eller flere konsultasjoner hos fastlegen per år økt fra 19 til 23 prosent (se vedlegg D).

Antall legevaktkonsultasjoner per innbygger har falt svakt over tid, fra 0,26 konsultasjoner per innbygger i 2014 til 0,24 i 2024 (SSB, 2025a).

Figur 2-1: Gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos fastlege per innbygger, 2015-2024



Kilde: KUHR og FLO. Analyse: Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Kvinner, eldre og de med lavere utdanningsnivå er oftere hos fastlegen

Eldre innbyggere har flere konsultasjoner hos fastlege enn yngre innbyggere. De i alderen 80-89 år har flest konsultasjoner med 4,7 per person i 2024, mens de i alderen 6-15 år hadde færrest med 1,5 per person (Figur 2-2). Fra 2014 til 2024 har det vært en økning i konsultasjoner blant yngre innbyggere og en nedgang i konsultasjoner per år hos eldre. Personer mellom 67-90 år hadde 10 prosent færre konsultasjoner per person i 2024 enn i 2014. For de mellom 16-19 år har antall konsultasjoner hos fastlege per år økt fra 1,6 i 2014 til 2,3 i 2024. Økningen synes særlig å skyldes innføringen av fraværsregel i videregående skole, som innebar krav til legeattest for å få godkjent fravær (SSB, 2024). Økt bruk av e-konsultasjoner kan også ha bidratt til økningen konsultasjoner blant unge. I 2023 var 22 prosent av konsultasjonene til de under 20 år e-konsultasjoner (Helsedirektoratet, 2024a). Til sammenligning var 10 prosent av konsultasjonene til de over 80 år e-konsultasjoner.

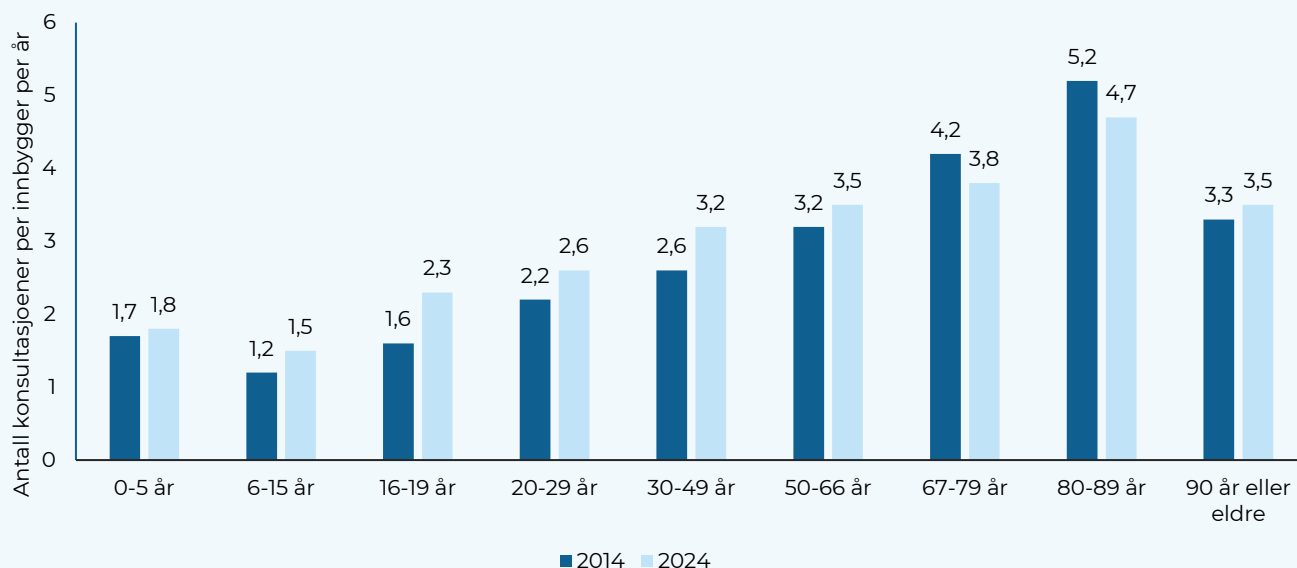
I tillegg til variasjon i bruk av allmennlegetjenesten på tvers av aldersgrupper, er det forskjeller i bruk mellom kjønn og utdanningsnivå. Kvinner har i gjennomsnitt flere konsultasjoner per år hos fastlege enn menn (3,6 per kvinne i 2024, mot 2,4 per mann). I tillegg har de med lavere utdanningsnivå flere konsultasjoner per år hos fastlege enn de med høyere utdanningsnivå.

Når det gjelder bruk av legevakt er det de yngste og eldste som har flest konsultasjoner per person. De i alderen 0-5 år hadde 0,5 konsultasjoner per person i 2024. Deretter følger de over 80 år med 0,4 konsultasjoner per person. De øvrige aldersgruppene hadde rundt 0,2 konsultasjoner per person. Kvinner hadde noe flere legevaktskonsultasjoner per person enn menn i 2024 (0,25 mot 0,22), og de med lavt utdanningsnivå har flere legevaktskonsultasjoner enn de med høyere utdanningsnivå.

Psykisk sykdom er vanligste enkeltårsak til bruk av fastlege og legevakt

I 2024 var det flest konsultasjoner hos fastlegen som gjaldt psykisk sykdom eller lidelse (13 prosent), luftveisinfeksjoner (9 prosent) og lokale smerter og betennelser (8 prosent). Samtidig var 31 prosent av konsultasjonene hos fastlege i kategorien «andre diagnoser»¹ enn hovedkategoriene. På legevakt var også «andre diagnoser» det vanligste. Sammenlignet med fastlegekontorene gjelder konsultasjonene på legevakt oftere ulykker og skader, luftveisinfeksjoner og funksjonelle tarm- og mageproblemer, mens konsultasjonene i mindre grad gjelder psykisk sykdom eller lidelse, høyt blodtrykk og svangerskap (Figur 2-3).

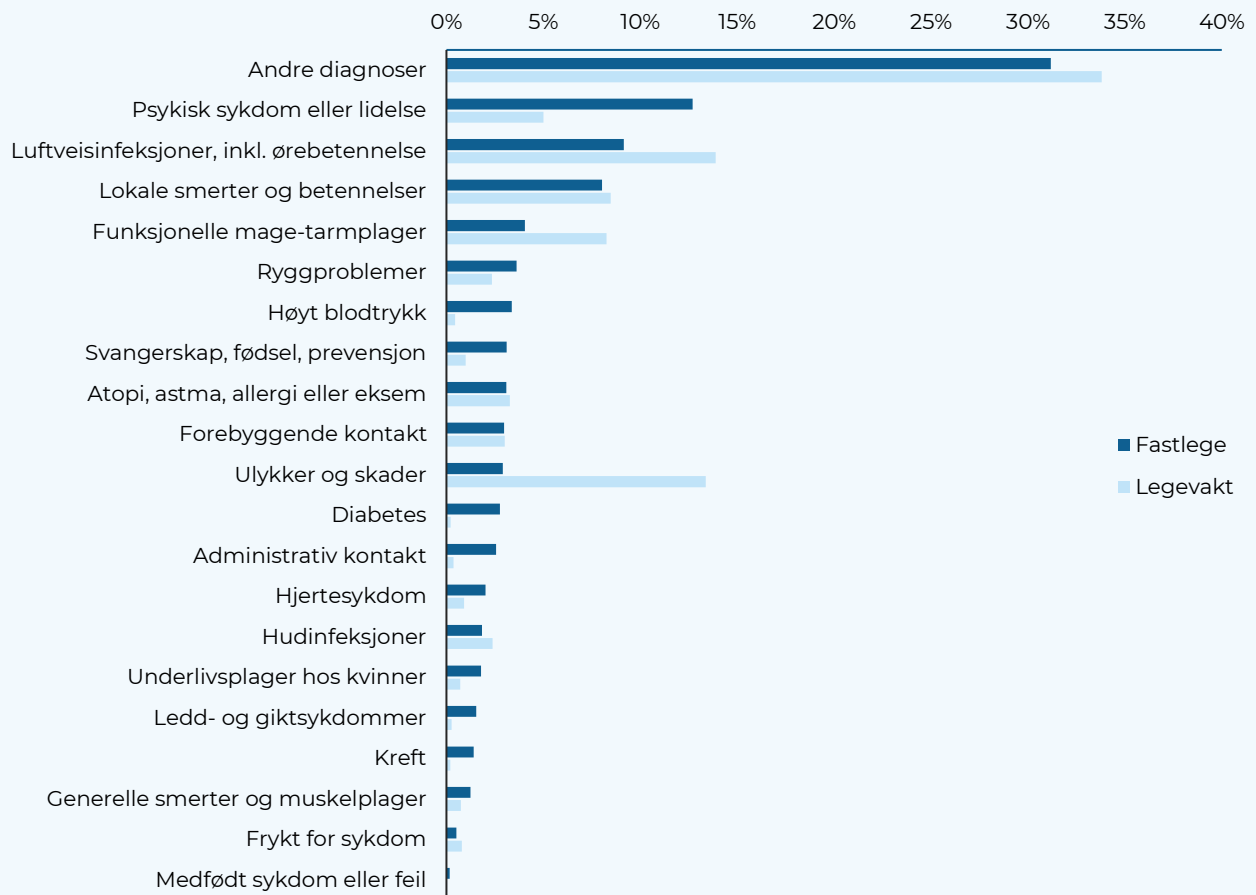
Figur 2-2: Gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos fastlege per innbygger, etter alder



Kilde: SSB, tabell 09535.

¹ «Andre diagnoser» inkluderer alle koder som ikke faller inn under øvrige kategorier, i tillegg til konsultasjoner vedrørende covid-19.

Figur 2-3: Konsultasjoner hos fastlege i 2024 fordelt etter diagnosegrupper



Kilde: SSB, tabell 10141 og 10903.

2.2 Pasienters vurdering av tjenesten

Folkehelseinstituttet (FHI) måler jevnlig pasienters erfaringer med fastlegetjenesten gjennom spørreskjemaundersøkelser. Målingene viser at de fleste innbyggerne er fornøyd med fastlegen og fastlegekontoret. I siste måling fra 2023/2024 oppga 83 prosent at de alt i alt, i stor eller svært stor grad er fornøyd med fastlegen sin. Over 80 prosent svarte at de opplever at fastlegen tar dem på alvor, er faglig dyktig, viser interesse for sin situasjon, snakker til dem slik at de forstår ham/henne, og tar dem med så mye som de ønsker i avgjørelser som angår dem (Norman, Skyrud, Jelin, & Bjertnæs, 2025).

I målingene av pasienterfaringer brukes svar på grupper av spørsmål for å innhente pasientenes opplevelse av fem ulike aspekter ved fastlegetjenesten; fastlegen, organisering og øvrige ansatte, tilgjengelighet, mestring, koordinering og samhandling. Organisering og øvrige ansatte scorer høyest, tett etterfulgt av fastlegen. Det er særlig opplevelser av å bli møtt med høflighet og respekt i resepsjonen, at de ansatte er imøtekommende og faglig dyktige, og at fastlegen uttrykker seg forståelig og tar pasienten på alvor, som bidrar til høy score på disse områdene. Deretter følger koordinering og samhandling og mestring. Området som pasientene vurderer lavest, er tilgjengelighet. Dette kan ha sammenheng med at flere er misfornøyd med ventetiden for å få time, særlig vanlig time. Under halvparten (45 prosent) svarte at ventetiden for å få vanlig time i stor eller svært stor grad var akseptabel, mens 25 prosent oppga at ventetiden i liten grad eller ikke i det hele tatt var akseptabel. Pasientene vurderer ventetiden for å få time raskt som noe bedre, og her svarte 63 prosent at ventetiden i stor eller svært stor grad var akseptabel (Norman, Skyrud, Jelin, & Bjertnæs, 2025). I våre intervjuer oppgir fastleger at de kan ha betydelig ventetid hvis pasienten bestiller time på nett, men at det ved timebestilling gjennom resepsjonen på legekantoret gjøres en vurdering av hastegrad og at ventetiden da kan være vesentlig kortere. I tillegg setter de fleste av tid i timeboken til 3-5 hastetimer per dag.

I sentrale kommuner vurderes tjenesten i gjennomsnitt bedre på samtlige indikatorer i FHIs måling enn i mindre sentrale kommuner. Det er også større variasjon i vurderingene mellom de ulike usentrale kommunene enn det er for mer sentrale kommuner, særlig når det gjelder erfaringer av tilgjengelighet og kontinuitet. Eldre pasienter

vrderer erfaringene som bedre enn yngre pasienter, og menn rapporterer bedre erfaringer enn kvinner. Det å ha hatt samme fastlege over lengre tid er forbundet med høyere score (Norman, Skyrud, Jelin, & Bjertnæs, 2025)

Kjennetegn ved legen har også sammenheng med pasientenes vurdering. De med en fastlege som er spesialist i allmenntjenesten vurderer erfaringen signifikant bedre, mens de som har en næringsdrivende fastlege scorer høyere på alle indikatorene. De med fastlege med flere års erfaring har signifikant høyere score på alle indikatorene.

Målinger av pasienterfaringer fra fastlegekontor fra 2018 og 2021 viste også at pasientene var mest fornøyde med fastlegen, organiseringen og de øvrige ansatte, og minst fornøyd med tilgjengeligheten (Iversen, A, & Holmboe, 2019; Norman, Bjertnæs, Kirsten, & Holmboe, 2022). Som følge av endret datagrunnlag og metode er resultatene fra målingen i 2023/2024 ikke direkte sammenlignbar med tidligere målinger. Det er imidlertid de samme indikatorene som scorer høyest og lavest i målingen fra 2023/2024 som i tidligere målinger.

I våre intervjuer med pasient- og brukerombudene oppgir mange av ombudene at henvendelsene de mottar handler om tilgang på allmenntjenester, i form av det å ikke ha en fastlege, ikke ha mulighet til å bytte fastlege, eller at det er lang ventetid på time hos fastlegen. I tillegg sier flere at legekontor som har manglet fastleger og hatt høy vikarbruk, har fått klager på både kontinuiteten i behandlingen og ved kvaliteten på ivaretagelsen fra vikaren. Samtidig er det generelt stor variasjon i typen problemstillinger pasient- og brukerombudene mottar henvendelser om. Andre vanlige årsaker som nevnes er medisineringsproblemer, kommunikasjon med fastlegen og opplevelse av å ha fått lite informasjon, mangelfull henvisning fra fastlegen som fører til avslag, faglig uforsvarlig behandling, eller å ikke få plass på sykehjem eller tilbud om hjemmesykepleie. Det er flere som trekker frem at problemstillinger knyttet til mangel på fastlege og til utfordringer med vikar er blitt redusert det siste året ettersom fastlegedekningen har bedret seg.

2.3 Erfaringer blant pasienter med store behov

I våre intervjuundersøkelser med pasient- og brukerombud, fastleger og kommuneansatte, er informantene samstemte om at brukergrupper med særlig store behov i allmenntjenesten er eldre, de med kroniske lidelser, ruslidelser og psykiske lidelser, og ungdom med psykiske plager.

I 2025 ble resultatene fra OECDs første internasjonale undersøkelse om primærhelsetjenester for personer med kroniske tilstander publisert (Patient-Reported Indicator Survey; PaRIS-undersøkelsen) (OECD, 2025). Den viste at pasienter med kroniske tilstander overordnet har gode erfaringer med primærhelsetjenesten, og at de norske pasientene har gode erfaringer sammenlignet med andre OECD-land. I Norge rapporterer 75 prosent av de med kroniske lidelser at de har god fysisk helse og 83 prosent god psykisk helse. Hele 92 prosent opplever å motta behandling av god kvalitet, og 73 prosent oppgir å ha tillit til helsevesenet. Norges resultater for fysisk helse, velvære og tillit til helsevesenet er signifikant bedre enn andre OECD-land. Samtidig oppgir under halvparten (47 prosent) at de var trygge eller veldig trygge på egen håndtering av helse, som er noe lavere enn OECD-snittet.

I våre intervjuer med representanter fra pasientforeninger for pasienter med særlig behov for oppfølging fra helsetjenesten ble det trukket frem at det å ha en fastlege som kjenner pasientens sykdomsbilde og koordinerer det medisinskfaglige har stor betydning for pasientens psykiske og fysiske helse. For de med store behov er fastlegen sentral i både behandling, oppfølging og koordinering. Flere peker på at mangel på eller manglende bruk av retningslinjer skaper uønsket variasjon i utredning, særlig for diagnoser uten biomedisinske funn. Flere opplevde at fastlegene mangler kunnskap om hvilke tilbud som finnes, særlig kommunale tiltak eller lavterskeltiltak for de med mindre alvorlige psykiske plager (Pedersen, et al., 2023).

3. Tilbud av allmennlegetjenester

Det var rekordhøy tilvekst av nye fastleger i 2024. Antall fastleger økte med 249, til totalt 5 517 leger ved utgangen av 2024. Samtidig økte antall spesialister i allmennmedisin. Kapasiteten i ordningen økte med over 150 000 flere plasser i samlet listetak – den største kapasitetsøkningen siden ordningen ble innført i 2001. Fra 2023 til 2024 ble det også færre innbyggere på liste uten fast lege, fra i overkant av 214 000 til 163 000. For andre år på rad økte kapasiteten i fastlegeordningen raskere enn folkemengden, noe som innebærer at flere innbyggere får tilgang til fastlegeliste med fast lege, og at flere innbyggere får mulighet til å bytte fastlege. I 2024 ble antall personer på venteliste for å få fastlege redusert fra om lag 350 000 i 2023 til 330 000 i 2024.

3.1 Endringer i tilbudet av allmennlegetjenester over tid

3.1.1 Kapasitet i fastlegeordningen

Ved utgangen av 2024 var det 5 268 fastleger i Norge. Økningen på 212 fastleger gjennom 2023 var rekordhøy. Denne veksten fortsatte i 2024, med ny rekordhøy tilvekst på ytterligere 249 fastleger, som brakte det totale antallet fastleger til 5 517 ved utgangen av 2024 (Tabell 3-1).

Antall spesialister i allmennmedisin er økende. Etter en betydelig økning på 139 spesialister i 2023, forsterket trenden seg i 2024 med ytterligere 227 flere spesialister i allmennmedisin. Dermed ble antallet fastleger med spesialisering allmennmedisin 3 583 ved utløpet av 2024.

Også for det samlede listetaket ser vi en betydelig vekst. Etter en økning på over 64 000 i 2023, økte det samlede listetaket med ytterligere 152 000 plasser i 2024. Vi har undersøkt utviklingen i samlet listetak tilbake fra fastlege-

Tabell 3-1: Sentrale tall for fastlegeordningen. Nasjonale nivå tall per 31. desember 2017-2024

År		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Fastleger ¹	Nivå	4 740	4 783	4 858	4 928	4 961	5 056	5 268	5 517
	Endring	97	43	75	70	33	95	212	249
Fastleger m/spes. i allmennmedisin	Nivå	2 900	2 936	3 035	3 118	3 175	3 217	3 356	3 583
	Endring	225	36	99	83	57	42	139	227
Samlet listetak ²	Nivå	5 501 381	5 483 754	5 474 681	5 461 091	5 365 606	5 294 659	5 359 250	5 511 277
	Endring	31 164	-17 627	-9 073	-13 590	-95 485	-70 947	64 591	152 027
Innbyggere med fastlege	Nivå	5 263 199	5 281 147	5 294 725	5 289 341	5 290 048	5 258 230	5 320 813	5 425 531
	Endring	34 112	17 948	13 578	-5 384	707	-31 818	62 583	104 718
Folkemengde	Nivå	5 295 619	5 328 212	5 367 580	5 391 369	5 425 270	5 488 984	5 550 203	5 594 340
	Endring	37 302	32 593	39 368	23 789	33 901	63 714	61 219	44 137
Innbyggere per fastlege ³	Nivå	1 117	1 113	1 105	1 094	1 092	1 086	1 054	1 014
	Endring	-15	-4	-8	-11	0	-8	-32	-40
Innbyggere på liste uten fast lege	Nivå	36 219	54 098	75 539	107 595	138 453	213 172	214 074	163 004
	Endring	-8 932	17 879	21 441	32 056	30 858	74 719	902	-51 070

Kilder: SSB og FLO. ¹ Her telles ikke fastleger med nylig etablerte kontrakter som ikke har noen listeinnbyggere. ² Listetak på lister som ikke er tilknyttet en fastlege er holdt utenfor. ³ «Innbyggere per fastlege» er beregnet ved å dele folkemengden på antall fastleger. Dersom alle innbyggere hadde hatt fastlege ville tallet for «Innbyggere per fastlege» vært identisk med tallet for «gjennomsnittlig listelengde».

ordningen ble innført i 2001 (Figur 3-1), og kapasitetsveksten i 2024 er den største siden fastlegeordningen ble innført. Antall innbyggere med fastlege steg også i takt med kapasiteten, med en økning på 104 301 personer i 2024. Dette er et klart positivt utviklingstrekk og indikerer at flere har adgang til fastlegeordningen. Samtidig sank antallet innbyggere på liste uten fast lege betydelig, fra 214 074 i 2023 til 163 004 i 2024, noe som er et skritt i riktig retning for å sikre at flere innbyggere får tildelt en fast lege. Det totale antallet fastlegelisteplasser ligger fortsatt lavere enn folkekemengden. Men kapasiteten i fastlegeordningen vokste i 2024 raskere enn folkekemengden for andre år på rad.

Betydningen av låste lister for beregning av ledig kapasitet i fastlegeordningen

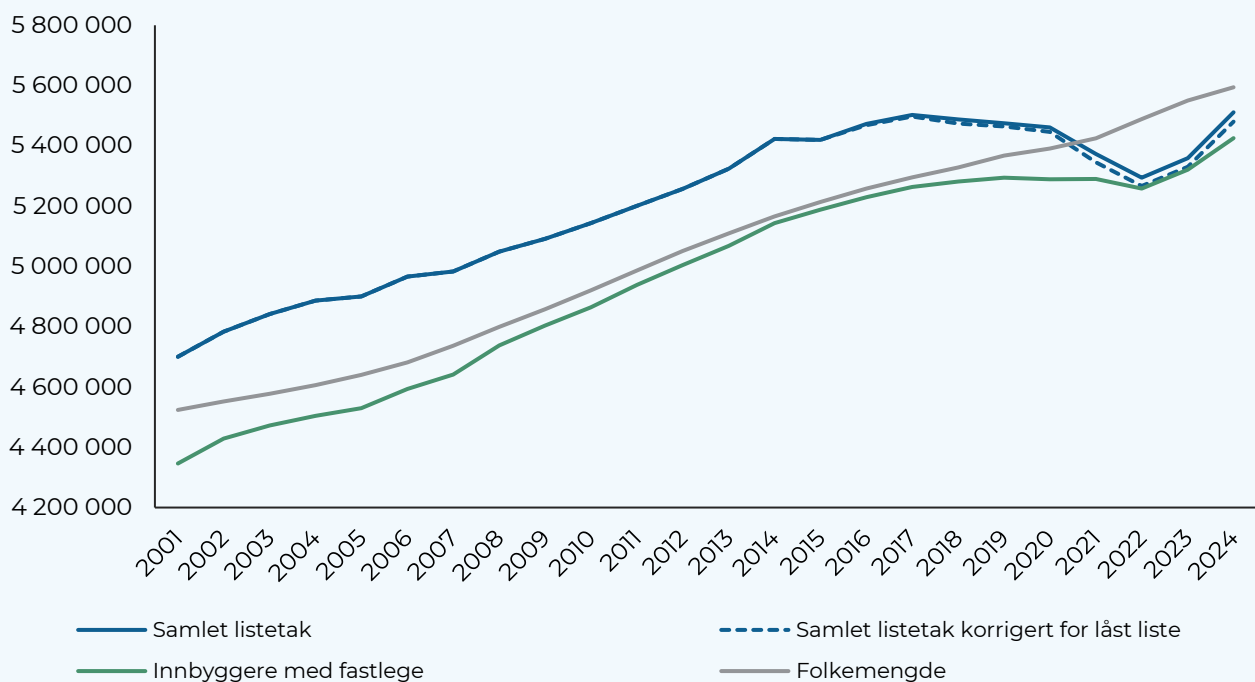
Blant begrepene som har vært sentrale i fastlegeordningen fra starten av, finner vi «åpen» og «lukket» liste. Disse begrepene indikerer om fastlegelisten tar imot nye pasienter eller ikke. I 2016 ble det innført en ny ordning som gjorde det mulig å «låse» listen, noe som betyr at nye innbyggere ikke kan registrere seg hos fastlegen. Når listen er låst, er det ikke kapasitet til å ta imot flere pasienter. Derfor vil «låst liste» og «lukket liste» ha liknende status når vi beregner eventuell ledig kapasitet på fastlegelister. Med muligheten for å ha en låst liste vil det fastsatte listetaket, avtalt med kommunen, ikke nødvendigvis reflektere den reelle eller aktuelle kapasiteten til fastlegelisten. Hvis listetaket overstiger den faktiske listen med pasienter, kan det gi et feilaktig inntrykk av kapasiteten. Et mer realistisk mål på listekapasiteten i en slik situasjon med låst liste er antallet listepasienter som fastlegen faktisk har.

Vi har undersøkt hvordan listekapasiteten påvirkes når vi tar hensyn til låste lister. Resultatene viser at listekapasiteten, når den justeres for låste lister, er systematisk lavere enn kapasiteten målt med det samlede listetak. Imidlertid utvikler de seg proporsjonalt. Ved utgangen av 2024 var differansen mellom summen av listetakene og den reelle listekapasiteten 31 235 personer, opp fra 28 675 personer ved utgangen av 2023. Helsedirektoratet og Helfo har strammet inn på praksisen og meddelt dette til kommunene i begynnelsen av 2025.

Endringer i listetak blant leger som begynte, sluttet og er stabile

Det samlede listetaket er både avhengig av hvor mange fastleger som begynner og slutter, samt hvilket listetak disse har, samt listetaket til fastleger som har en fastlegeavtale gjennom hele året (stabile leger). Den økte kapasiteten i fastlegeordningen i 2024 kommer primært av at det kommer flere fastleger inn i ordningen. De 565 nye fastlegene i 2024 hadde et samlet listetak på 443 446 plasser, mens de 316 fastlegene som sluttet hadde et

Figur 3-1: Utvikling i samlet listetak, folkekemengde og innbyggere med fastlege



Kilder: SSB og FLO.

listetak på 279 349 plasser (Tabell 3-2). I 2024 var det litt under 5 000 stabile fastleger, og disse reduserte listetaket sitt med 12 070 plasser. Til sammen gir dette en positiv økning på 152 027 plasser.

Tabell 3-2: Listetak blant leger som begynte, sluttet og var stabile gjennom 2024

	Totalt	Leger som begynte i 2024 (N = 565)	Leger som sluttet i 2024 (N = 316)	Stabile leger (N= 4 952)
Samlet listetak i 2023	5 359 250	0	279 349	5 079 901
Samlet listetak 2024	5 511 277	443 446		5 067 831
Endring i samlet listetak 2023 til 2024	+ 152 027	+443 446	-279 349	-12 070

Kilde: FLO. Analyse av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

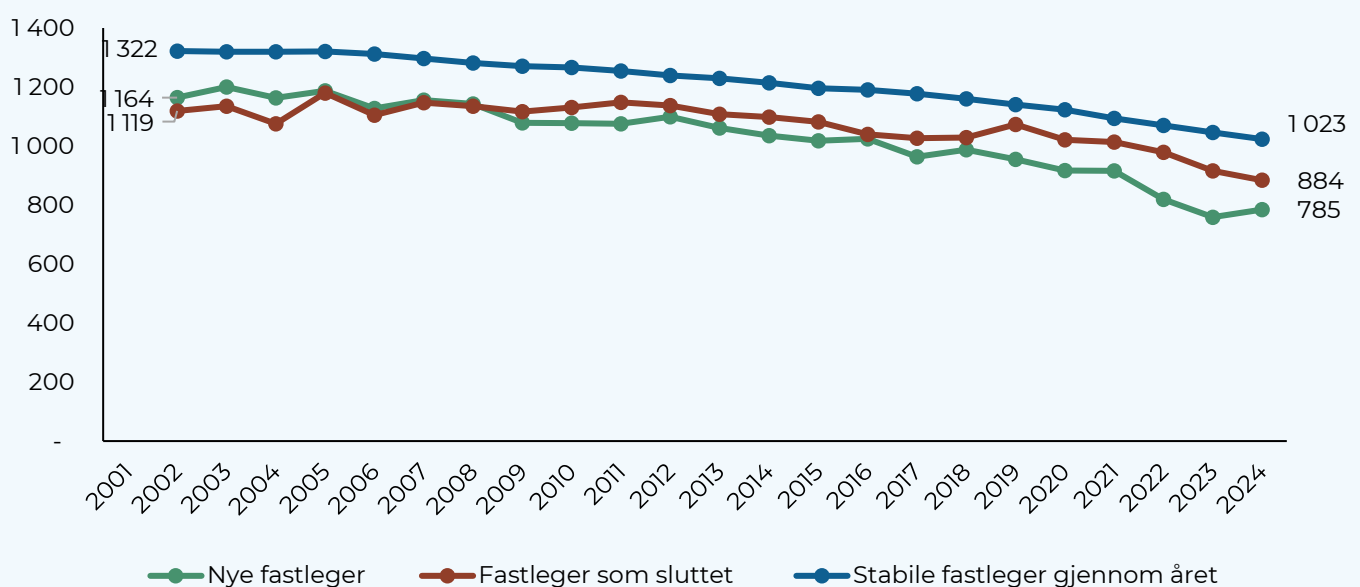
Det gjennomsnittlige listetaket blant fastleger har falt over tid (Figur 3-2). Fastleger på vei inn eller ut av en fastlegeavtale, har i gjennomsnitt et lavere listetak enn fastleger som er stabile fastleger gjennom hele året. Fastleger som begynner, har siden 2009 i gjennomsnitt hatt et lavere listetak enn fastleger som slutter.

Nye fastleger har lavere listetak enn fastlegene som går ut av ordningen. Dette gjør at det må rekrutteres flere fastleger enn de som slutter, bare for å opprettholde kapasiteten. Nye fastleger har ikke bare lavere listetak som ny, men har også lavere listetak enn tidligere kohorter av fastleger 3 år etter oppstart (Tyrihjell, et al., 2024). I 2024 økte derimot gjennomsnittlig listetak blant nye fastleger for første gang siden 2019; fra 2023 til 2024 økte det gjennomsnittlige listetaket til nye fastleger fra 758 til 785 (tilsvarende 9 prosent).

Endringer i samlet listetak blant ulike kommuner

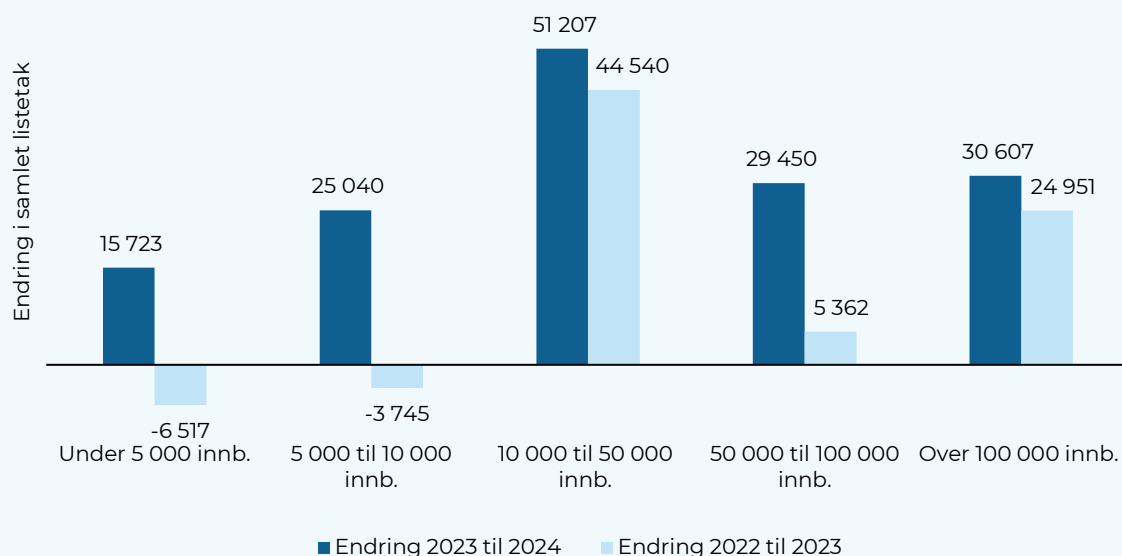
Samlet sett har det vært en positiv utvikling i samlet listetak, med en vekst på litt over 150 000 plasser. Fordelt på kommunestørrelse, ser vi at den største veksten har skjedd i kommuner med mellom 10 000 og 50 000 innbyggere (Figur 3-3). Deretter er det i hovedsak de store kommune med over 50 000 innbyggere som har økt sitt listetak. Til forskjell fra endring i listetak fra 2022 til 2023, så har flere mindre kommuner (færre enn 10 000 innbyggere) hatt en positiv vekst i samlet listetak i 2024, sammenlignet med 2023.

Figur 3-2: Gjennomsnittlig listetak blant fastleger som begynner, fastleger som slutter, og fastleger som har en fastlegeavtale gjennom hele året, 2001-2024



Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Figur 3-3: Endring i samlet listetak* 2023-2024 for kommuner med ulikt folketall



Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

3.2 Aktivitet og innhold i tjenestene

Aktivitet målt ved antall konsultasjoner og takstinntekter

Innbyggere i norske kommuner mottok 18,3 millioner allmennmedisinske konsultasjoner i løpet av 2024, en økning på 130 000 konsultasjoner fra året før (Tabell 3-3). Selv om det totale antallet konsultasjoner fortsatte å øke, ser vi en redusert vekst sammenlignet med tidligere år. Mens veksten var på nærmere 1 million konsultasjoner i 2021 og 360 000 i 2022, falt den til bare 90 000 i 2023 og 130 000 i 2024.

Når vi ser på antall konsultasjoner per innbygger per år, observerer vi en nedgang både i 2023 og 2024. I 2024 var det gjennomsnittlig 3,274 konsultasjoner per innbygger, noe som representerer en reduksjon på 0,006 fra 2023. Året før, i 2022, hadde vi allerede en nedgang på 0,02. Dette tyder på en stabilisering eller en svak nedgang i befolkningens bruk av allmennlegetjenester per innbygger, til tross for at det totale antallet konsultasjoner fortsatt øker marginalt. Vi ser videre at antallet fastleger øker raskere enn befolkningstallet. Når antallet konsultasjoner per innbygger går ned, må det bety at antallet konsultasjoner per lege også reduseres. Idet vi observerer små endringer i bruk av tidstakstene indikerer tallene at arbeidsmengden per lege har blitt redusert for andre år på rad.

Utviklingen i fysiske konsultasjoner per innbygger per år har vært økende gjennom perioden 2022-2024 etter den markante nedgangen under pandemien. Antallet fysiske konsultasjoner per innbygger økte fra 2,21 i 2021 til 2,31 i 2022, 2,40 i 2023 og videre til 2,48 i 2024. Denne økningen representerer en gradvis tilbakevending til pre-pandemivåer, selv om vekstraten har avtatt betydelig fra 0,10 i 2022 til 0,09 i 2023 og videre ned til 0,08 i 2024.

Bruk av e-konsultasjoner

Antallet e-konsultasjoner har gjennomgått en markant utvikling fra å være lite brukt til å utgjøre en betydelig andel av konsultasjonene i dagens fastlegeordning (Tabell 3-3 og Tabell 3-4). Etter en sterk vekst under pandemien, med en økning fra 0,446 millioner i 2019 til 3,681 millioner i 2020 og en topp på 4,495 millioner i 2021, har vi observert en gradvis nedgang de påfølgende årene. I 2024 var antallet e-konsultasjoner redusert til 3,169 millioner, en nedgang på 0,442 millioner fra 2023.

Denne nedadgående trenden i tallet på e-konsultasjoner er særlig tydelig i perioden 2022-2024, hvor nedgangen akselererte fra -0,346 millioner i 2022 til -0,538 millioner i 2023, før den avtok noe til -0,442 millioner i 2024. Per innbygger var nedgangen i e-konsultasjoner på -0,084 i 2024, noe mindre enn nedgangen på -0,11 i 2023.

Vi skiller mellom e-konsultasjoner i ordinær arbeidstid (takst 2ae) og e-konsultasjoner levert på kveldstid og i helger (takstene 2aek og 2aef). Omfanget av e-konsultasjoner utenom ordinær arbeidstid økte raskt etter innføringen av 2aek-taksten i 2020. I 2022 ble det registrert hele 823 000 e-konsultasjoner utenom ordinær arbeidstid, før dette avtok til 784 000 i 2023 og videre til 628 000 i 2024, noe som utgjør en nedgang på 156 000 (-

Tabell 3-3: Antall allmennmedisinske konsultasjoner og antall leger med allmennlegekonsultasjoner 2017-2024

År		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Konsultasjoner m/ allmennlege (mill.)	Nivå	15,663	15,737	16,039	16,740	17,734	18,095	18,185	18,315
	Endring	0,246	0,074	0,302	0,702	0,994	0,360	0,090	0,130
Konsultasjoner m/ allmennlege per innbygger	Nivå	2,96	2,95	2,99	3,10	3,27	3,30	3,28	3,27
	Endring	0,03	0,00	0,03	0,12	0,16	0,03	-0,02	-0,006
Konsultasjoner m/ allmennlege (mill.) eks legevakt	Nivå	14,427	14,509	14,785	15,549	16,510	16,829	16,923	17,045
	Endring	0,260	0,082	0,276	0,764	0,962	0,319	0,093	0,122
Legevaktkonsultasjoner m/ allmennlege (mill.)	Nivå	1,235	1,227	1,253	1,191	1,224	1,265	1,262	1,270
	Endring	-0,012	-0,008	0,026	-0,062	0,033	0,041	-0,003	0,008
Konsultasjoner m/ allmennlege eks legevakt per innbygger	Nivå	2,72	2,72	2,75	2,88	3,04	3,07	3,05	3,05
	Endring	0,03	0,00	0,03	0,13	0,16	0,02	-0,02	0,00
E-konsultasjoner m/ allmennlege (mill.) eks legevakt	Nivå	0,092	0,239	0,446	3,681	4,495	4,149	3,611	3,169
	Endring	0,056	0,146	0,208	3,235	0,814	-0,346	-0,538	-0,442
Fysiske konsultasjoner eks legevakt per innbygger	Nivå	2,71	2,68	2,67	2,20	2,21	2,31	2,40	2,48
	Endring	0,02	-0,03	-0,01	-0,47	0,01	0,10	0,09	0,08
E-konsultasjoner eks legevakt per innbygger	Nivå	0,02	0,04	0,08	0,68	0,83	0,76	0,65	0,57
	Endring	0,01	0,03	0,04	0,60	0,15	-0,07	-0,11	-0,084

Kilder: SSB, KUHR og FLO. *. Allmennlegekonsultasjon er definert ved bruk av normaltariff-takstene 2ad, 2ae, 2af, 2ak, 2aek, 2aef og primærhelseteamtakstene 074a, 074ae, 074b, 074be.

20%) over de siste to årene. Med endringene i normaltariffen i 2023 ble bruken av taksten 2aek forbeholdt legevakt, mens fastlegene gikk over til å bruke taksten 2aef, som er lavere enn 2aek. Andelen e-konsultasjoner som ble levert utenom ordinær arbeidstid, falt til 19,8 % i 2024 fra 21,7% i 2023.

Tabell 3-4 Antall e-konsultasjoner innenfor/utenfor ordinær arbeidstid 2017-2024

År		2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
E-konsultasjoner m/ allmennlege (mill.) eks. legevakt	Nivå	0,092	0,239	0,446	3,681	4,495	4,149	3,611	3,169
	Endring	0,056	0,146	0,208	3,235	0,814	-0,346	-0,538	-0,442
Innenfor ordinær arbeidstid	Nivå	0,092	0,239	0,446	3,369	3,823	3,326	2,827	2,541
	Endring	0,056	0,146	0,208	2,923	0,454	-0,497	-0,499	-2,888
Utenfor ordinær arbeidstid	Nivå	0,000	0,000	0,000	0,312	0,672	0,823	0,784	0,628
	Endring	0,000	0,000	0,000	0,312	0,360	0,151	-0,039	-0,158
Andel e-konsultasjoner m/ allmennlege eks. legevakt levert kveld og helg	Nivå	0,0 %	0,0 %	0,0 %	8,5 %	15,0 %	19,8 %	21,7 %	19,8 %

Kilde: KUHR. Analyse av Universitet i Oslo og Oslo Economics.

Figur 3-4: Antall tidstakster per konsultasjon 2017-2024.



Kilde: KUHR. Analyse av Universitet i Oslo og Oslo Economics.

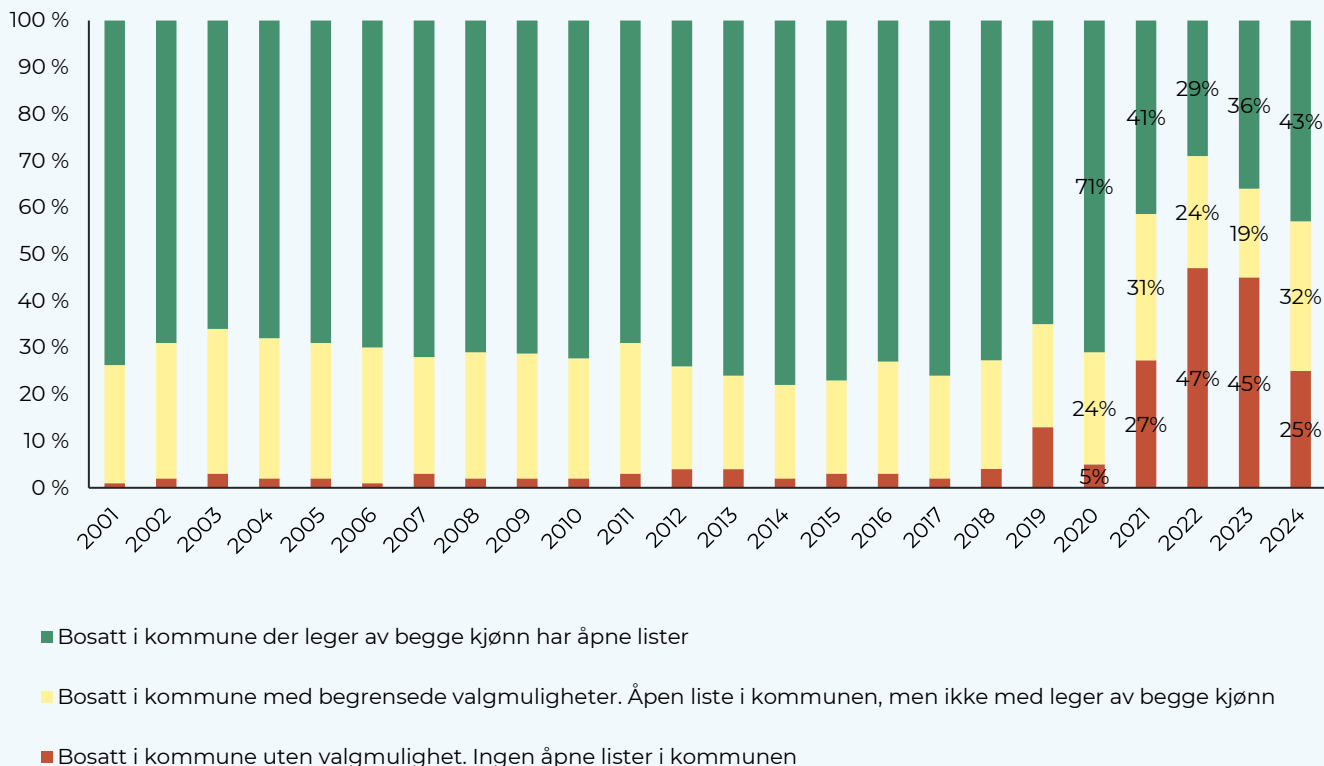
Bruk av tidstaksten

Antall tidstakster² (2cd/2ck) per konsultasjon hos allmennleger i Norge har holdt seg relativt stabilt fra 2017 til 2024, med små variasjoner og hele tiden innenfor intervallet 0,37-0,42 (Figur 3-4). I 2020 økte andelen til den høyeste verdien i perioden med 0,42 tidstakster per konsultasjon, noe som kan ha sammenheng med pandemien. Den laveste verdien i perioden med 0,37 tidstakster per konsultasjon ser vi i 2022.

Tegn til økte valgmuligheter for innbyggerne

Kommuner har ansvar for å sikre tilstrekkelig kapasitet i fastlegeordningen, som også innebærer at innbyggere skal ha en reell byttemulighet jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c og forskrift om pasient- og brukerrettighetene i fastlegeordningen §§ 2, 6 og 7 (Pasient- og brukerrettighetsloven, u.d.; Forskrift om pasient- og brukerrettighetene i fastlegeordningen, 2012).

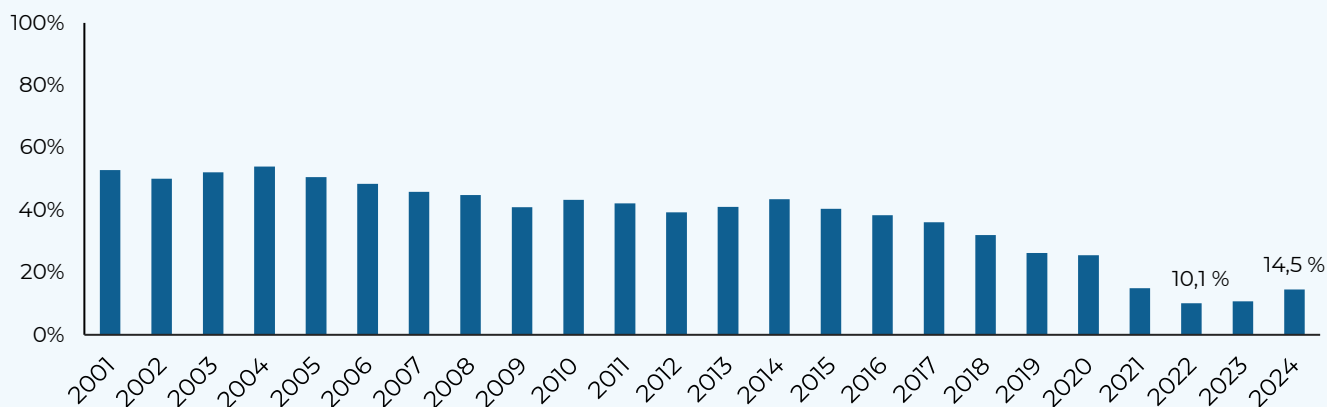
Figur 3-5: Fordeling av innbyggere etter mulighet til å bytte fastlege



Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Tall per 31/12 2001-2024.

² Leger bruker taksten 2ad for en ordinær konsultasjon, som varer opp til 20 minutter. Legen kan føre en tidstakst dersom en konsultasjon varer lengre enn 20 minutter og taksten føres per påbegynte 15 minutter. 2cd benyttes for konsultasjoner på dagtid og 2ck benyttes for konsultasjoner utover ordinær arbeidstid.

Figur 3-6: Andel fastleger med åpen liste fjerde kvartal 2001-2024



Kilde: KUHR. Analyse av Universitet i Oslo og Oslo Economics.

Mangel på åpne lister begrenser valgmuligheten og gjør det utfordrende for innbyggere å bytte fastlege. Vår vurdering er at innbyggere har en reell valgmulighet dersom kommunen har lister med ledig kapasitet, besatt av både mannlige og kvinnelige fastleger, fordi noen kan ha spesifikke ønsker knyttet til sin fastleges kjønn.

Funn basert på registerdata i årets evalueringsrapport tyder på at innbyggere i dag har en manglende mulighet til å bytte fastlege i sin kommune. Dette understøttes også i intervjuer med kommunerepresentanter, hvor enkelte påpeker at det fortsatt ikke er nok kapasitet i fastlegeordningen til at innbyggerne kan bytte fastlege.

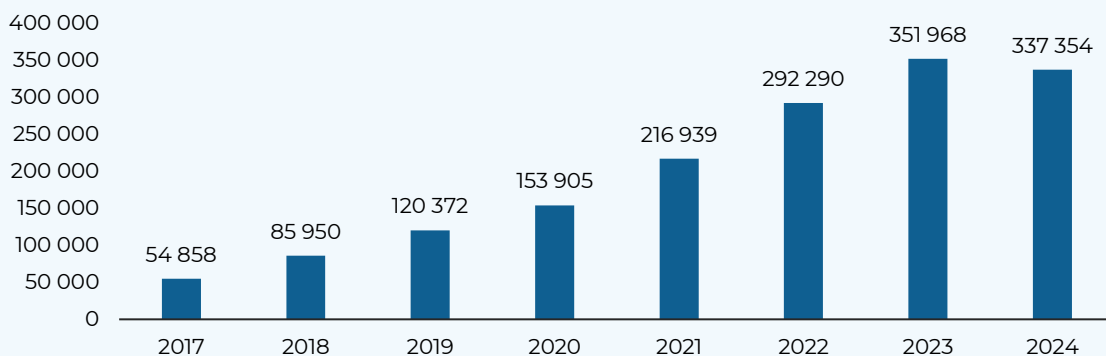
Andelen innbyggere bosatt i en kommune der leger av begge kjønn har åpne lister, har holdt seg stabilt på rundt 70 prosent i perioden 2001 til 2020. Etter 2020 falt andelen til 41 prosent i 2021 og 29 prosent i 2022. I 2023 økte den til 36 prosent, og videre til 43 prosent i 2024. Dette tyder på en bedring i byttemulighetene for innbyggerne sammenlignet med de to foregående årene, samtidig bodde en av fire (25 prosent) innbyggere i kommuner uten reelle byttemuligheter i 2024 (Figur 3-5).

Totalt sett blant alle fastleger, har andelen lister med ledig kapasitet (åpne lister der listetaket er høyere enn listelengde) har falt over tid, fra 50 prosent i 2001 til 10 prosent i 2022 (Figur 3-6). I 2024 har andelen lister med ledig kapasitet økt til 14,5 prosent.

Tegn til reduserte ventelister i 2024

Fra 2017 til 2023 har antallet personer på venteliste hos fastlege steget, fra under 50 000 i 2017 til en topp på nesten 350 000 i 2023 (Figur 3-7). Tallene for 2024 viser imidlertid en nedgang for første gang siden målingene startet, med en reduksjon til omtrent 330 000 personer på venteliste. Denne nedgangen representerer en vending i utviklingen av fastlegeordningen, selv om det totale antallet på venteliste fortsatt er betraktelig høyere enn nivåene observert bare få år tilbake. Ventelister fordelt på kommunenes sentralitet og gjennomsnittsutdanning beskrives i kapittel 7.

Figur 3-7: Antall innbyggere på venteliste for å komme inn på liste hos ny fastlege. Nasjonale nivå tall per 31. desember 2017-2024



Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Ventelistene er ulikt fordelt slik at det for noen fastlegelister er mange innbyggere som står på venteliste for å komme inn på listen, mens det for andre fastlegelister er mange innbyggere som ønsker å bytte vekk fra listen.

Hos fastleger der ingen av listeinnbyggerne ønsker å forlate listen, ville et teoretisk inntak av alle på venteliste medføre en økning i listelengden på 18 prosent. Dette tyder på at de mest populære fastlegene, der ingen ønsker å bytte, opplever betydelig interesse fra innbyggere som ønsker å komme inn på listen. Denne gruppen utgjør fastleger med særlig høy etterspørsel. Ved utgangen av 2024 finnes det 2 265 fastleger hvor flere listeinnbyggere ønsker å forlate listen enn antallet som ønsker å komme inn (illustrert med røde søyler i (Figur 3-8). For disse legene vil økt valgfrihet til å bytte liste føre til redusert listelengde. Dette mønsteret antyder at utfordringene i fastlegeordningen ikke bare handler om total kapasitetsmangel, men også om en skjevfordeling av listeinnbyggere. Enkelte fastleger har betydelig overretterspørsel, mens andre opplever at listeinnbyggere ønsker å forlate deres lister.

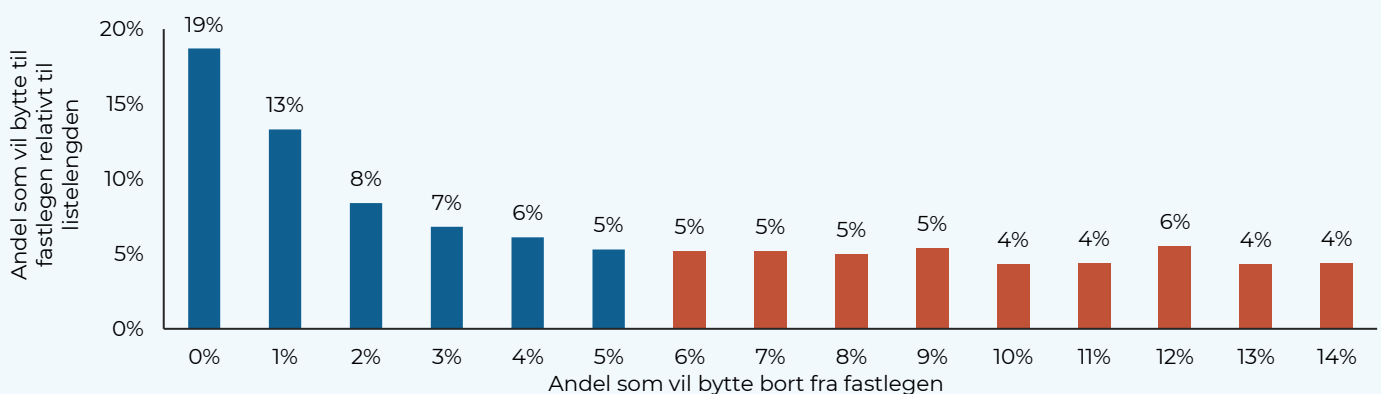
Med det høye antallet innbyggere på venteliste som har vært de siste årene, vil det antageligvis være flere tilfeller hvor det finnes personer som ønsker å bytte fra lege A til lege B samtidig som andre personer ønsker å bytte fra lege B til lege A. Når både lege A og lege B har fulle lister, vil systemet ikke åpne for å realisere innbyrdes bytter ved at to personer byttet plass mellom fastlegelistene. Dette ville medført at listelengden til fastlegene forble uendret, men innbyggerens preferanser ble bedre ivaretatt.

Det er tidligere vist at tillatelse av slike innbyrdes bytter mellom lister i sum vil kunne gi reduserte ventelister og økt nytte for innbyggerne. Samtidig finner man negative konsekvenser for innbyggere som står på mindre attraktive lister, ettersom de kan havne lenger bak i køen og stå lenger på venteliste enn de ville gjort i dagens system (Huitfeldt, Marone, & Waldinger, 2024). Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten diskuterte også denne problemstillingen og viste til at når stadig flere står uten fast lege, og rettigheten til å kunne velge eller bytte fastlege er utfordret, bør det vurderes å justere algoritmen, slik at to personer som flytter motsatt vei av hverandre kan bytte fastlege uten at den ene først må si opp sin eksisterende fastlege (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023). Etter ekspertutvalgets rapport har Helsedirektoratet undersøkt muligheten for slike gjensidige bytter, men har ikke foreløpig gjort endringer i algoritmen for bytte av fastlege, blant annet på grunn av potensielle negative konsekvenser for deler av innbyggerne.

Gitt at det i flere år har vært mange innbygger som har ønsket å bytte fastlege, men ikke har hatt mulighet til det, mener vi allikevel det er grunn til å videre vurdere endringer i algoritmen for bytte av fastlege. Det bør undersøkes om det er mulig å gjøre endringer som gjør at flere av de på venteliste får byttet fastlege, samtidig som man minimerer de mulige negative konsekvensene.

I mars 2025 innførte Helfo ny praksis for låsing av lister ettersom mange fastleger har låst listen sin uten at det er i tråd med intensjonen for ordningen med låste lister (Helfo, 2025). I mai 2025 vil lister som ikke oppfyller kriteriene for låsing bli låst opp. Dette vil åpne opp kapasitet på dagens fastlegelister og vil antagelig bidra til reduksjon i ventelistene.

Figur 3-8: Andel innbyggere på venteliste for å komme inn på liste hos ny fastlege gruppert etter andelen som vil ut av listen de står på



Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Nasjonale nivå tall per 31. desember 2017-2024.

4. Rekruttering og stabilitet

I årene 2023 og 2024 var netto tilvekst av fastleger den største siden oppstarten av fastlegeordningen i 2001. I intervjuer forteller også kommunerepresentanter om vesentlig bedre rekrutteringssituasjon de siste to årene enn i årene før. Økt rekruttering synes å skyldes nasjonale og kommunale tiltak, mulig kombinert med en trangere økonomisk situasjon på sykehusene. Medisinstudentene og LIS1 har også et bedre inntrykk av fastlegeordningen generelt, sammenlignet med ved starten av evalueringsperioden, og det er flere blant dem enn tidligere som ønsker å jobbe som fastlege både rett etter LIS1 og om 10-15 år. Gjennom evalueringsperioden har det vært betydelig økning i andelen av fastlegene som sier at det er sannsynlig at de er fastlege om fem år, og andelen som svarer «svært sannsynlig» har økt fra 22 prosent i 2022 til 51 prosent i 2025.

4.1 Rekruttering

Mellom 1 500 og 2 000 personer får autorisasjon som lege i Norge hvert år (Helsedirektoratet, 2025), og de fleste av disse begynner å jobbe i spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten i Norge. Antall fastleger har vokst hvert år siden fastlegeordningen ble innført, både i absolutte tall og relativt til befolkningen. Rekrutteringsbehovet for fastleger avhenger av en rekke faktorer, som antall leger som går ut av ordningen, befolkningsvekst og listelengden per fastlege.

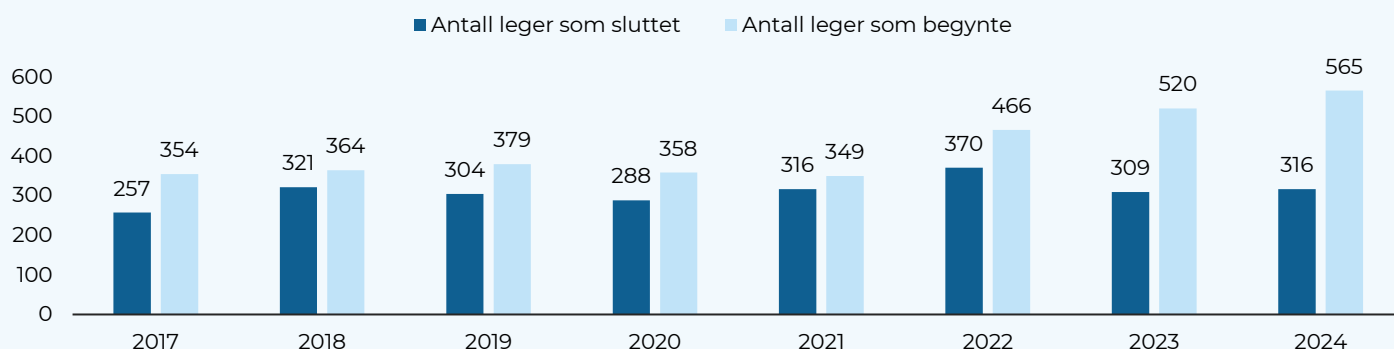
Det har vært sterk rekruttering til fastlegeordningen i 2023 og 2024

I årene 2022-2024 har det vært historisk høy rekruttering til fastlegeordningen med henholdsvis 466, 520 og 565 nye fastleger (Figur 4-1). I perioden 2017-2021 var det til sammenligning om lag 350 nye fastleger per år. Antallet som sluttet som fastlege har ligget på rundt 300 per år, tilsvarende om lag 6 prosent frafall, med noe høyere frafall i 2022. Høy rekruttering og noe lavere frafall førte til at 2023 og 2024 hadde den største netto tilveksten av fastleger (både i antall og prosent) siden oppstarten av fastlegeordningen i 2001.

Når vi ser på antall nye fastleger fordelt på sentralitetsklassen til kommunene, så ser vi at de fleste nye legene som startet i 2023 og 2024 startet i kommuner med sentralitetsklasse 2 til 4 (Figur 4-2). I 2024 var det flere mindre sentrale kommuner (sentralitetsklasse 5 og 6) som tiltrakk en større andel av nye fastleger sammenlignet med tidligere år (henholdsvis 30 og 16 prosent av nye fastleger).

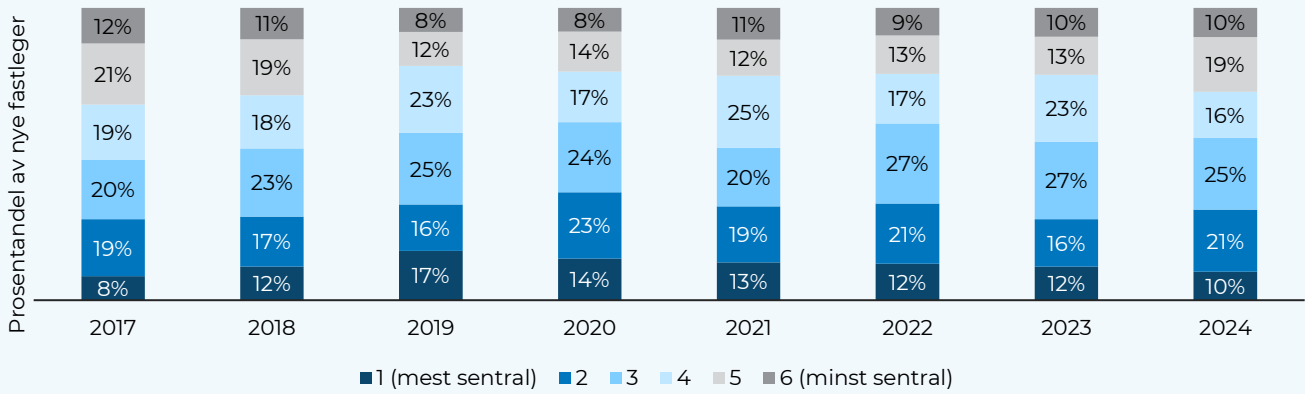
I intervjuer forteller kommunerepresentanter om en vesentlig bedre rekrutteringssituasjon de siste to årene enn i årene før. I starten av denne følgeevalueringen (2020-2022) rapporterte flere om at det var få eller ingen kvalifiserte søkere til utlyste stillinger. I 2024 har flere kommuner imidlertid opplevd at de får flere søkere til utlyste stillinger, at flere av søkerne er kvalifiserte og at det er lettere å få tak i vikar enn tidligere.

Figur 4-1: Antall som startet og sluttet som fastlege per år (2017-2024)



Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Figur 4-2: Andel nye fastleger fordelt på sentralitetsklasse per år (2017-2024)



Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Økt rekruttering synes å skyldes nasjonale og kommunale tiltak, mulig kombinert med trangere økonomisk situasjon på sykehusene

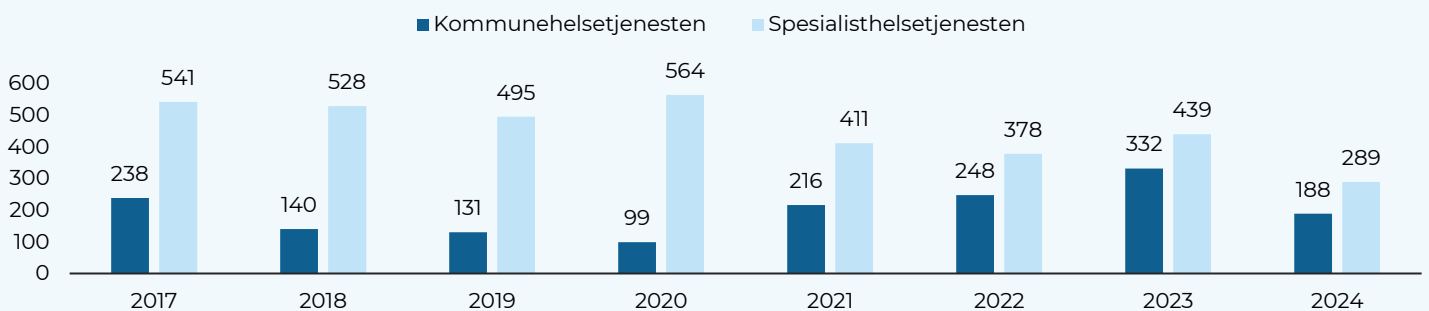
Det er en rekke forhold som påvirker rekrutteringen til fastlegeordningen. Både fastleger og kommunerepresentanter peker på at nasjonale og kommunale rekrutteringstiltak har bidratt positivt.

Av nasjonale tiltak pekes særlig nasjonal ALIS-ordning på som et viktig rekrutteringstiltak som har gjort det mer attraktivt å starte som fastlege og som gir økt trygghet som ny fastlege. Det er også mange fastleger og kommunerepresentanter som trekker frem at økt basistilskudd de siste årene har bedret de økonomiske rammebetingelsene og har bidratt til bedre rekruttering og stabilitet. I første intervjurunde i følgeevalueringen i 2021/2022 trakk både fastleger og kommunerepresentanter frem økt basistilskudd som det viktigste tiltaket for å øke rekrutteringen av fastleger (Pedersen, et al., 2022). Siden den gang har gjennomsnittlig basistilskudd per innbygger (inflasjonsjustert) økt fra 557 kroner til 665, noe som tilsvarer en økning på 19 prosent.

Kommunene har de siste årene brukt betydelige midler på økonomiske tiltak for fastlegeordningen, som tilbud om fast ansettelse, 8.2-avtaler, lokal økning i basistilskudd, og gjenkjøpsgaranti. Både fastleger og kommunerepresentanter trekker frem de kommunale tiltakene som viktige for bedret rekruttering. I spørreundersøkelse oppga flertallet av de ansatte i kommunene at de er enig i at de kommunale tiltakene har bidratt til bedre rekruttering og stabilitet (Tyrihjel, et al., 2024). Det er estimert at kommunene brukte 1,2 milliarder kroner på kommunale tiltak i fastlegeordningen i 2023, noe som innebærer en dobling siden 2020 (Wold, Iversen, & Kalseth, 2024). Flere kommunerepresentanter oppgir også i intervjuer at de bruker mer tid og ressurser på oppfølging av fastlegeordningen, samtidig som mange fastleger i intervju trekker frem at kommunen har fått økt forståelse for den utfordrende situasjonen i ordningen.

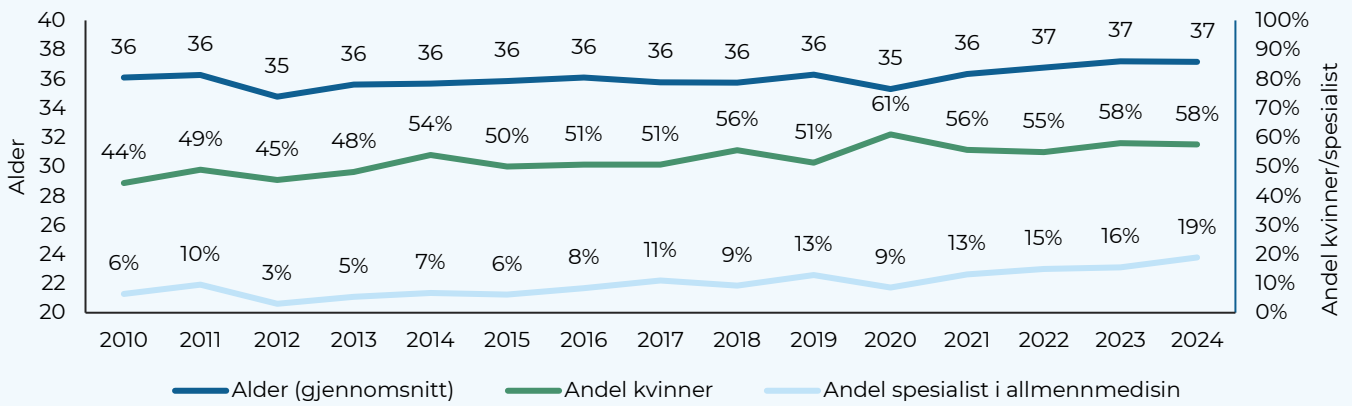
Flere andre forhold påvirker rekruttering til fastlegeordningen. De fleste legene i Norge jobber i spesialisthelsetjenesten, og arbeidsmarkedet i spesialisthelsetjenesten påvirker attraktiviteten til fastlegeyrket. Siden 2001 har antall legeårsværk vokst raskere i spesialisthelsetjenesten enn i kommunehelsetjenesten. Antall legeårsværk i spesialisthelsetjenesten har økt med 109 prosent, mens legeårsværk i kommunehelsetjenesten har økt 80

Figur 4-3: Netto endring i avtalte legeårsværk i kommune- og spesialisthelsetjenesten årlig



Kilde: SSB, tabell 11996 og 13953. *Legeårsværk i kommunehelsetjenesten inkluderer hele primærhelsetjenesten.

Figur 4-4: Gjennomsnittlig alder, andel kvinner og andel spesialister i allmennmedisin blant nye fastleger (2010-2024)



Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

prosent (SSB, 2025b). De siste par årene har dette imidlertid snudd, og det har blitt færre nye legeårverk enn tidligere i spesialisthelsetjenesten og flere i kommunehelsetjenesten. I perioden 2017-2021 var antall nye legeårverk i spesialisthelsetjenesten 2-4 ganger høyere enn kommunehelsetjenesten (Figur 4-3). I perioden 2022-2024 var antallet nyansatte leger i spesialisthelsetjenesten derimot 1,3-1,5 ganger så høyt som i kommunehelsetjenesten. I intervjuer er det også flere av kommunerepresentantene og fastlegene som peker på at utfordrende økonomisk situasjon på sykehusene har økt rekrutteringen til fastlegeordningen.

Alders- og kjønnsfordelingen blant nye fastleger har vært stabil de siste 15 årene, med noen variasjoner. Med økt rekruttering de siste tre årene har både gjennomsnittsalderen og kvinneandelen vært noe høyere enn tidligere. Dette kan også ha sammenheng med at kvinneandelen blant medisinstudenter har økt over tid, i tillegg til at rekrutteringstiltak som gir mer forutsigbar arbeidstid og tryggere økonomiske rammer kan ha gjort allmennlegetjenesten mer attraktiv for kvinner de senere årene. I tillegg har andelen av de nye fastlegene som er spesialister i allmennmedisin ligget på 15-20 prosent, mot i gjennomsnitt 8 prosent i de ti foregående årene (Figur 4-4). Dette kan tyde på at deler av den økte rekrutteringen er etablerte leger som tidligere har jobbet som fastlege eller fastlegevikar. Økt gjennomsnittsalder kan også skyldes at flere av de nye legene er etablerte leger fra andre deler av helsetjenesten. I spørreundersøkelsen finner vi ikke forskjell i andel som oppgir spesialisthelsetjenesten som forrige arbeidssted mellom fastlegene som har jobbet i mindre enn ett år og de som har jobbet i 3-5 år (Vedlegg D). Det er imidlertid få av de nyeste fastlegene som har svart på undersøkelsen, så resultatene derfra gir ikke et fullstendig bilde av tidligere arbeidssted.

4.2 Unge legers preferanser for karrierevei

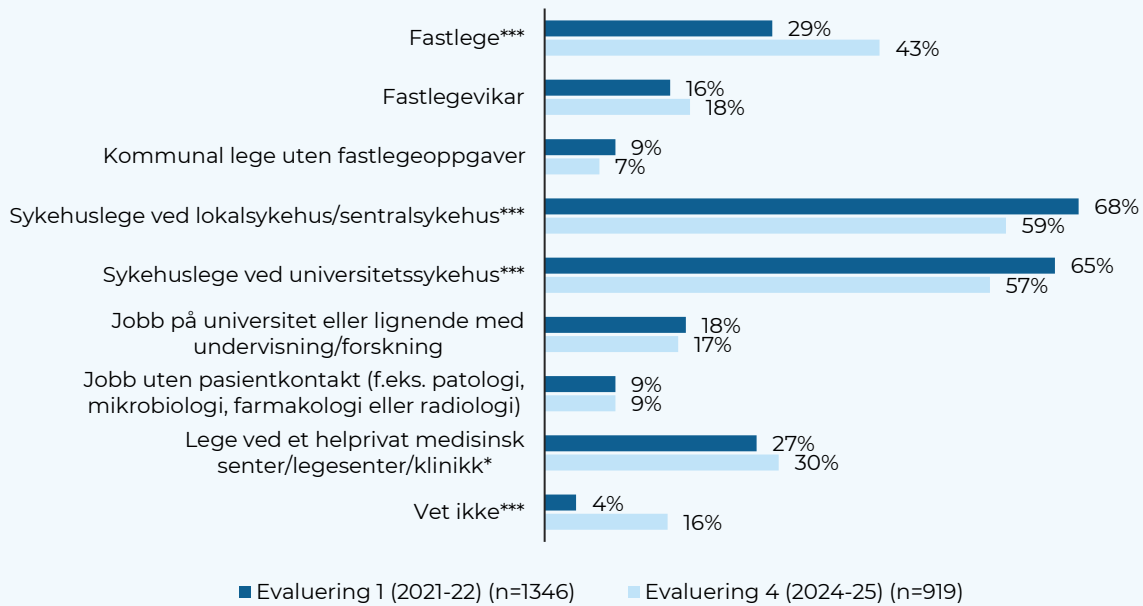
For å sikre rekruttering til fastlegetjenesten er det avgjørende at fremtidens leger ønsker å bli fastleger. Vi har gjennomført spørreundersøkelser til LIS1 og medisinstudenter det første og siste året av evalueringsperioden, henholdsvis i 2022 og 2025, for å kartlegge preferanser for ulike karriereveier. Utvalgene i de to årene er sammenlignbare, selv om antallet respondenter var høyere i 2022 enn i 2025. Se vedlegg A for en mer detaljert sammenligning av utvalgene.

4.2.1 Preferanser for karrierevei etter fullført LIS1

Sykehuslege er den foretrukne karriereveien etter fullført LIS1, men andelen som ønsker å arbeide som fastlege har økt (Figur 4-5). Både i 2022 og 2025 ønsket de fleste respondentene seg jobb som sykehuslege rett etter fullført LIS1-tjeneste. Derimot har det vært en signifikant nedgang i andelen som oppgir at de ønsker seg jobb som sykehuslege ved lokalsykehus/sentralsykehus fra 68 prosent i 2022 til 59 prosent i 2025. For sykehuslege ved universitetssykehus har andelen sunket signifikant fra 65 prosent til 57 prosent. Det har samtidig vært en signifikant økning i antall respondenter som ønsker å være fastlege, fra 29 prosent til 43 prosent. Endringen i de andre jobbene har ikke vært like stor. Dette kan tyde på at medisinstudentene og LIS1 i 2025 har et bedre inntrykk av fastlegejobben eller et verre inntrykk av sykehusjobben, sammenlignet med medisinstudentene og LIS1 i 2022.

Både i 2022 og i 2025 er det en høyere andel respondenter som ønsker seg jobb som fastlege fremfor alternativene fastlegevikar, universitetsstilling med undervisning/forskning, kommunal lege uten fastlegeoppgaver og arbeid uten pasientkontakt. Sammenlignet med 2022, hvor omtrent like mange ønsket seg jobb

Figur 4-5: Hvilken jobb ønsker du deg rett etter fullført LIS1? (kort sikt)



Kilde: Spørreundersøkelse blant medisinstudenter og LIS1, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo våren 2022 (rapport I) og vinteren 2025 (rapport IV). Respondentene hadde mulighet til å velge flere jobber (flervalgsspørsmål). Merknad: Stjernene indikerer signifikansnivå for endringen mellom 2022 og 2025, hvor (***) $p < 0,01$, (**) $p < 0,05$ og (*) $p < 0,10$.

som fastlege (29 prosent) og som helprivat lege (27 prosent), viser resultatene fra 2025 en tydeligere preferanse for fastlegestillingen (43 prosent ønsker fastlege mot 30 prosent for helprivat praksis). En større andel av respondentene i 2025 oppgir at de er usikre på hvilken jobb de ønsker seg etter fullført LIS1, sammenlignet med respondentene i 2022. I 2022 svarte 4 prosent «vet ikke», mens tilsvarende andel i 2025 var 16 prosent.

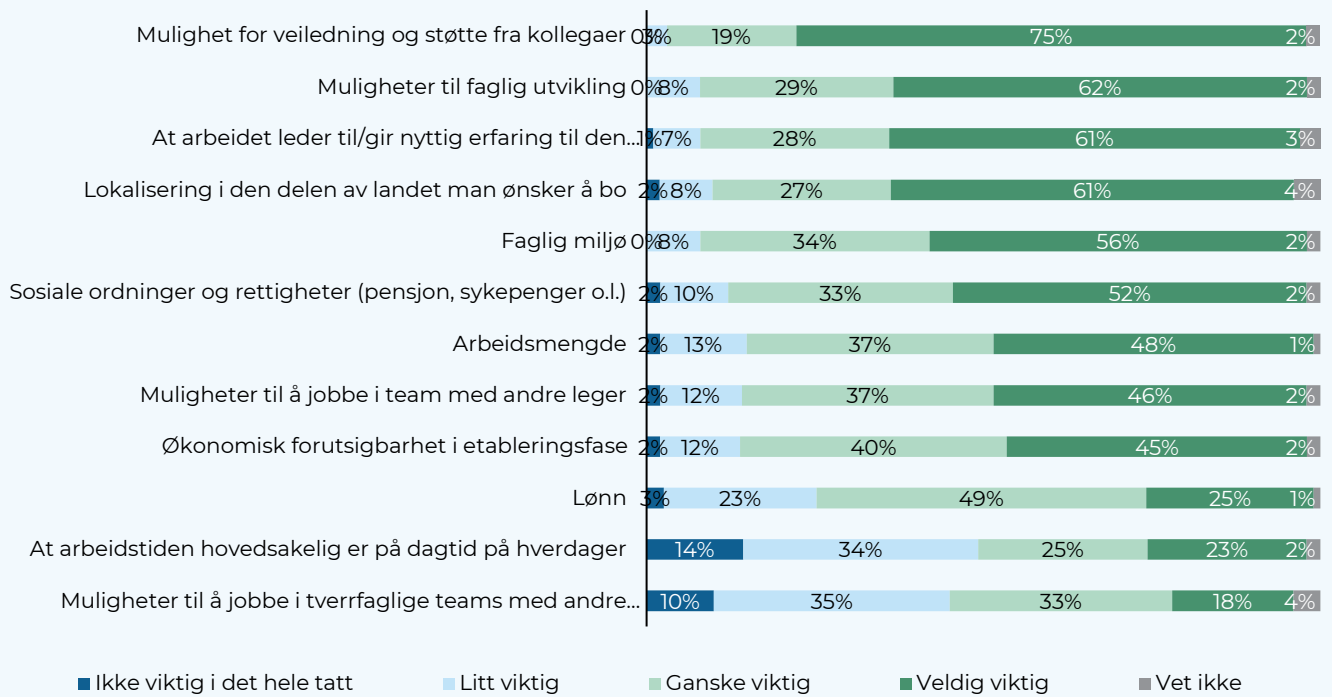
Ved å bryte ned svarene etter ulike deler av studieforløpet, 1.-5. års medisinstudenter, 6. års medisinstudenter og LIS1, får vi et mer nyansert bilde av hvordan preferanser varierer basert på hvor langt man er kommet i studieløpet. I begge spørreundersøkelsene synes preferansene for både fastlege- og sykehuslege ved universitetssykehus å være svakere blant respondenter på senere stadier i utdanningen. I 2022 gikk ønsket om å arbeide som sykehuslege ved lokalsykehus/sentralsykehus ned utover i studieforløpet. Dette er motsatt av hva man ser i 2025, hvor andelen som ønsker å få jobb ved lokalsykehus/sentralsykehus øker utover i studieforløpet. Preferansene for fastlegevikariat øker noe utover i studieforløpet i 2022, mens det i 2025 er lavere for LIS1 enn for 6. års medisinstudenter. Forskjellene i preferanser mellom respondenter ved ulike deler av studieforløpet virker å være mindre i 2025 sammenlignet med 2022 (Vedlegg D).

Økningen i ønsket om å jobbe som fastlege ser i hovedsak ut til å være drevet av endringer medisinstudentenes preferanser. I 2022 oppga 31 prosent av 1.-5. års medisinstudenter at de ønsket å jobbe som fastlege etter endt LIS1, mens tilsvarende andel i 2025 er 45 prosent. Blant 6.års medisinstudenter var andelen 32 prosent i 2022 og 43 prosent i 2025. For LIS1 var endringen mellom de to spørreundersøkelsene mer moderat, hvor andelen var 20 prosent i 2022 og 24 prosent i 2025 (Vedlegg D).

Økningen i andelen som ønsker å jobbe som lege ved helprivat medisinsk senter/legesenter/klinikk (27 prosent i 2022 og 30 prosent i 2025) drives i stor grad av endringer i LIS1 sine preferanser. I 2022 var andelen som ønsket å jobbe helprivat 14 prosent blant LIS1 mens av respondentene i 2025 er andelen som ønsker dette 26 prosent. For 1.-5. års medisinstudenter var andelen som ønsket å jobbe som helprivat lege 32 prosent i 2022 og 33 prosent i 2025. For 6. års medisinstudenter var andelen like mellom spørreundersøkelsene (Vedlegg D).

Studenter som utdannes i utlandet, har litt andre preferanser for hvilken jobb de ønsker seg rett etter endt LIS1 sammenlignet med studenter ved norske utdanningsinstitusjoner. Sammenligner vi innad i samme år, er andelen som ønsker å jobbe som fastlege 47 prosent blant medisinstudenter og LIS1 som utdannet ved norske utdanningsinstitusjoner mens tilsvarende andel er 28 prosent for de utdannet ved utenlandske utdanningsinstitusjoner. Sammenligner vi på tvers av år, var det i 2022, 32 prosent av respondentene som studerte ved en norsk utdanningsinstitusjon som oppga at de ønsket å være fastlege, i 2025 var det 47 prosent av respondentene som oppga det samme. Den samme økningen finner vi ikke for studenter ved utenlandske utdanningsinstitusjoner hvor 24 prosent i 2022 oppga at de ønsket å være fastlege mens andelen av

Figur 4-6: Hvor viktig er følgende forhold for hvilken jobb du ønsker deg rett etter fullført LIS1?



Kilde: Spørreundersøkelse blant medisinstudenter og LIS1, utført av Oslo Economics vinteren 2025. n=935-940 på tvers av påstandene.

respondentene er 28 prosent i 2025. Dette tyder på at interessen for fastlegeyrket har økt blant studenter utdannet i Norge, mens preferansene blant utenlandsstudenter i større grad har vært stabil mellom de to undersøkelsene. Det er imidlertid en høyere andel LIS1 blant de som oppgir å ha studert i utlandet (20 prosent) sammenlignet med de som har studert i Norge (8 prosent), noe som kan forklare deler av den moderate økningen (Vedlegg D).

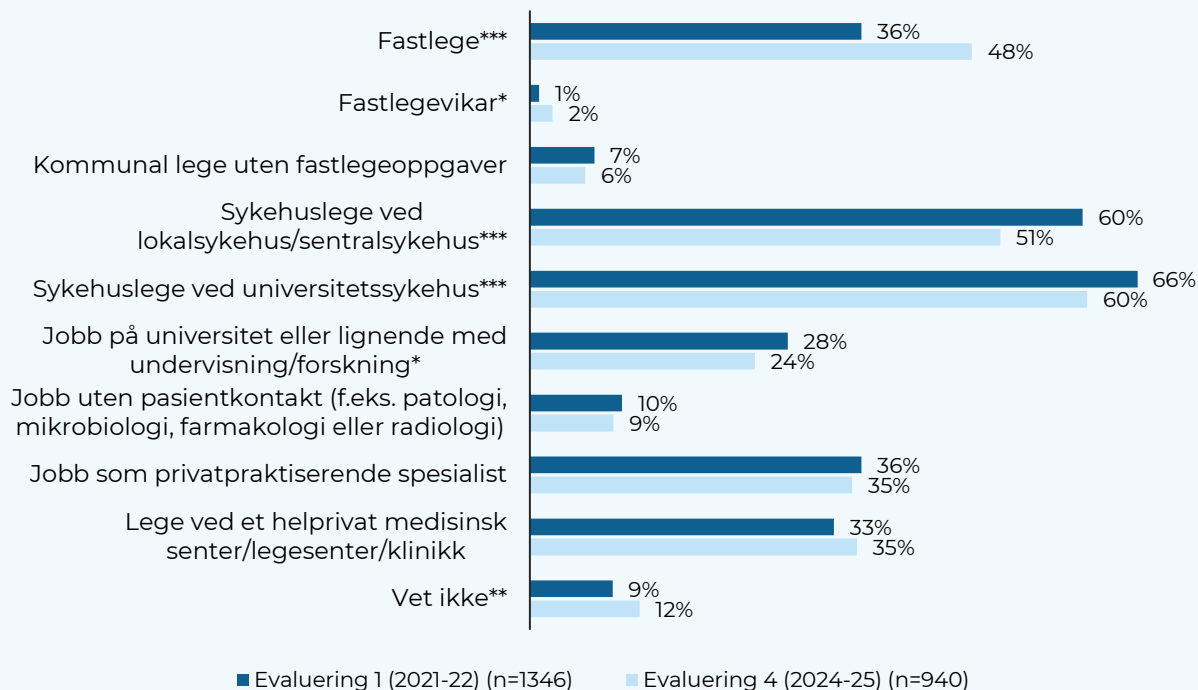
For å få innsikt i hva som kan påvirke valg av jobb etter fullført LIS1, ble respondentene bedt om å vurdere hvor viktige ulike forhold er for hvilken jobb de ønsker seg (Figur 4-6). Overordnet ble alle faktorene utenom to vurdert som ganske viktig eller svært viktig. Blant faktorene vurderte flest respondenter mulighet for veiledning og støtte fra kollegaer (75 prosent) samt muligheter for faglig utvikling (62 prosent) som veldig viktige. Dette samsvarer med funnene fra 2022, hvor de samme faktorene ble ansett som de viktigste (Pedersen, et al., 2022). Arbeidsmengde ble også trukket frem som betydningsfullt, der 48 prosent vurderte den som svært viktig og 37 prosent som ganske viktig for jobbvalget etter LIS1. Av faktorer som ble vurdert som lite viktig eller ikke viktig i det hele tatt, var å jobbe hovedsakelig på dagtid i hverdager og mulighet til å jobbe i tverrfaglige team. I tillegg fremhevet flere respondenter i fritekstsvar at fleksibilitet og tilrettelegging for familieliv spiller en viktig rolle i valget av jobb etter LIS1.

4.2.2 Preferanser for karrierevei på lengre sikt

På lengre sikt (10–15 år) er sykehuslege fortsatt det mest ønskede yrket, men andelen som oppgir dette har falt signifikant fra 2022 til 2025. I 2022 ønsket mellom 60 og 66 prosent å bli sykehuslege, mens andelen i 2025 har sunket til mellom 51 og 60 prosent (Figur 4-7). Samtidig er det signifikant høyere andel som oppgir at de ønsker å være fastlege om 10 til 15 år (36 prosent i 2022 og 48 prosent i 2025) sammenlignet med rett etter fullført LIS1 (29 prosent i 2022 og 43 prosent i 2025). Endringen i andelen som ønsker å bli fastlege drives også på lang sikt av endringer i preferansene til medisinstudentene, hvor andelen 1.-5. års studenter som ønsker å jobbe som fastlege har økt fra 34 prosent i 2022 til 49 prosent i 2025, for 6. års studenter har andelen økt fra 43 prosent til 53 prosent, mens det ikke er en endring i andelen blant LIS1 mellom 2022 og 2025 (36 prosent i 2022 og 2025) (Vedlegg D).

Kun to prosent oppgir at de ønsker å jobbe som fastlegevikar om 10-15 år, sammenlignet med 18 prosent som ønsker seg dette rett etter fullført LIS1-tjeneste. Denne nedgangen så man også i spørreundersøkelsen i 2022 hvor andelen som ønsket å være fastlegevikar gikk fra 16 prosent til 1 prosent ().

Figur 4-7: Hvilken jobb ønsker du at du har om 10-15 år?



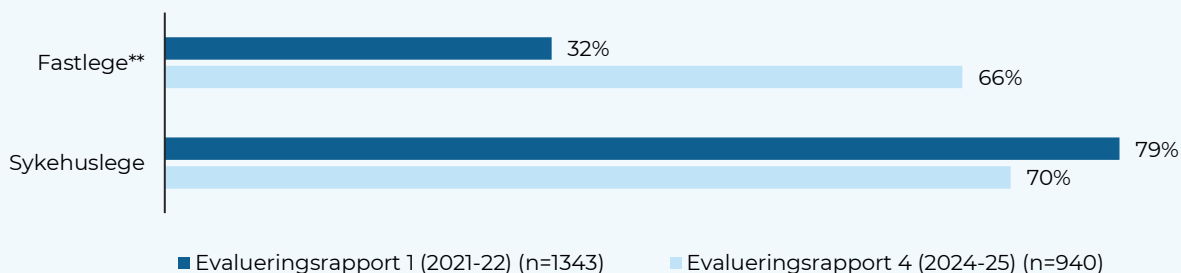
Kilde: Spørreundersøkelse blant medisinstudenter og LIS1, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo våren 2022 (rapport I) og vinteren 2025 (rapport IV). Respondentene hadde mulighet til å velge flere jobber (flervalgsspørsmål). Merknad: Stjernene indikerer signifikansnivå for

4.3 Fastlegejobbens attraktivitet

Målområde 1 i handlingsplanen for allmennlegetjenesten gjelder sikring av en attraktiv og trygg karrierevei. I vår spørreundersøkelse til medisinstudenter og LIS1 kartla vi hvordan respondentene vurderer attraktiviteten ved fastlegeyrket gjennom å vurdere utvalgte utsagn om yrket, og hvordan de vurderer tilsvarende utsagn for jobben som sykehuslege. Svarene fra studenter tidlig i studieløpet vil i større grad være basert på inntrykk og antakelser, mens studenter lengre ut i utdanningen har et bedre erfaringsgrunnlag å vurdere ut fra.

I 2022 var medisinstudentene og LIS1 delt i oppfattelsen av om fastlegearbeid er en trygg og attraktiv karrierevei hvor 32 prosent var helt eller litt enig i utsagnet, mens 43 prosent var helt eller litt uenig. I årets spørreundersøkelser er flertallet, 66 prosent, helt eller litt enig i at fastlegearbeid er en trygg og attraktiv karrierevei, mens 14 prosent er litt eller helt uenig. Dette er en signifikant økning. Når det gjelder jobben som sykehuslege, var 79 prosent av studentene og LIS1 i 2022 helt eller litt enig i at det var en trygg og attraktiv karrierevei, mens i 2025 har dette falt til 70 prosent. Endringen er ikke signifikant. Samlet sett er altså en signifikant høyere andel som oppfatter fastlegearbeid som en trygg og attraktiv karrierevei i 2025 sammenlignet med 2022, og færre som gjør det samme for jobben som sykehuslege (Figur 4-8).

Figur 4-8: Andel som oppgir og være litt eller helt enig i at "yrket er en trygg og attraktiv karrierevei"



Kilde: Spørreundersøkelse blant medisinstudenter og LIS1, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo våren 2022 (rapport I) og vinteren 2025 (rapport IV). Merknad: Stjernene indikerer signifikansnivå for endringen mellom 2022 og 2025, hvor (***) p < 0,01, (**) p < 0,05 og (*) p < 0,10.

4.3.1 Vurderinger av forhold ved jobben som fastlege og sykehuslege

I vurderingen av ulike utsagn om fastlegejobben og jobben som sykehuslege, er det flere forhold med sammenfallende vurdering (Figur 4-9). Vurderingene av de to jobbene er nokså like mellom spørreundersøkelsen gjennomført i 2022 og 2025, men det er også noen forskjeller som gjør at det virker som om inntrykket av fastlegeordningen er bedret blant medisinstudentene og LISI.

I 2025 er 57 prosent av respondentene helt eller litt uenige i at jobbene har en passende arbeidsmengde for fastlegejobben og 74 prosent for sykehuslege (Figur 4-9). For begge typer arbeid var samtidig over 65 prosent helt eller litt enige i at det er mange spennende arbeidsoppgaver. Samtidig vurderer medisinstudentene og LISI at fastlegearbeid skiller seg fra sykehuslegearbeid på flere måter. Mens 91 prosent er helt eller litt enige i at det er gode muligheter for faglig utvikling med sykehuslegearbeid oppgir 44 prosent det samme for fastlegearbeid. Imidlertid er det flere som er helt eller litt enige i at det er mulig å få jobb på det stedet de ønsker å bo som fastlege (79 prosent) enn som sykehuslege (57 prosent).

Figur 4-9: Basert på ditt inntrykk av: (a) fastlegejobben og (b) jobben som sykehuslege, hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn?

a) Fastlegejobben



b) Jobben som sykehuslege



Kilde: Spørreundersøkelse blant medisinstudenter og LISI, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo vinteren 2025. n=935-942 på tvers av påstandene.

Både i 2022 og i 2025 mener respondentene at fastleger har betydelig mer administrativt arbeid enn sykehusleger, men i 2025 oppfattes skillet mellom jobbene litt mindre. Mange respondenter i spørreundersøkelsen gjennomført i 2025, oppgir i fritekstsvar at det er ikke ønskelig med det administrative ansvaret som følger med det å være selvstendig næringsdrivende, og at mindre administrativt arbeid ville ha gjort det mer attraktivt å velge fastlegeyrket. En av respondentene oppsummerer det slik:

Jeg kunne godt tenkte meg å bli fastlege, men ønsker ikke være selvstendig næringsdrivende, ønsker ikke måtte ta opp lån for å kjøpe pasientliste, ønsker ikke personalansvar etc.

Sitat fra en medisinstudent, oppgitt i spørreundersøkelsen 2025

Det er også flere som vurderer i 2025 at, sammenlignet med fastlegearbeid, har sykehuslegearbeid høy status blant andre leger og i samfunnet. 78 prosent oppgir at de er helt eller litt enig i at jobben som sykehuslege har høy status blant andre leger, mens 9 prosent oppgir det samme for jobben som fastlege. I fritekstsvar om oppfatningen av jobben som fastlege kommer denne oppfatningen også frem:

Har personlig godt inntrykk av [fastlege]jobben, men har ikke inntrykk av at yrket blir sett på som likeverdig med andre spesialistretninger.

Sitat fra en medisinstudent, oppgitt i spørreundersøkelsen 2025

Dette tyder på at fremtidens leger vurderer at jobben som fastlege har lav status i fagmiljøet, noe som trolig virker negativt på rekruttering til yrket.

Lønnsforholdene i fastlegetjenesten blir vurdert som bedre, og lønnsforholdene som sykehuslege blir vurdert som dårligere i 2025 sammenlignet med 2022. I 2022 svarte 49 prosent at de var litt eller helt enig i at lønnsforholdene er gode som fastlege og 39 prosent det samme for sykehusleger mot henholdsvis 69 prosent og 29 prosent i 2025.

Inntrykket av arbeidsbelastningen i de to jobbene har endret seg over evalueringsperioden. I 2022 var flestparten av medisinstudentene og LIS1 litt eller helt uenige i at det er passende arbeidsmengde og gode muligheter for god balanse mellom jobb og fritid/familieliv i begge jobber, men flere som vurderte at dette gjelder for fastlegearbeid (henholdsvis 84 og 60 prosent er uenige) enn sykehuslegearbeid (henholdsvis 53 og 48 prosent er uenige). I 2025 har dette snudd, og det er nå flere som er uenige i at det er passende arbeidsmengde og gode muligheter for god balanse mellom jobb og fritid/familieliv som sykehuslege (henholdsvis 74 prosent og 69 prosent) enn som fastlege (57 prosent og 29 prosent). Vurderingen av samsvar mellom lønn og arbeidsmengde har også endret seg. I 2022 vurderte 26 prosent at det var et godt samsvar mellom lønn og arbeidsmengde i jobben som sykehuslege mot 14 prosent i fastlegejobben. I 2025 var det derimot 15 prosent som var litt eller helt enig i dette for sykehusleger og 34 prosent for fastlegejobben. Svaret henger trolig sammen med det endrede inntrykket av arbeidsbelastningen mellom de to jobbene.

Samlet sett virker det som om fastlegeyrket blir vurdert som en mer attraktiv karrierevei i 2025 sammenlignet med slik det ble vurdert i 2022. Motsatt virker det som om jobben som sykehuslege blir vurdert som mindre attraktiv. En respondent i årets spørreundersøkelse peker derimot på et viktig aspekt:

Mitt inntrykk er at fastlegekrisen til en viss grad redde av sykehuskrisen (leger flykter til fastlegestillinger grunnet manglende tilrettelegging og overbelastende vaktarbeid på sykehusene). Dersom jeg velger fastlegeyrket så håper jeg det er fordi jeg trekkes mot allmenntjeneste, ikke fordi jeg frastøter vaktarbeid på sykehus.

Sitat fra en medisinstudent, oppgitt i spørreundersøkelsen 2025

4.3.2 Ønske om å velge fastlegeyrket

EY og Vista Analyse gjennomførte en spørreundersøkelse blant medisinstudenter og LISI i 2019 hvor de stilte spørsmål om hvordan de vurderte sannsynligheten for å jobbe som fastlege i fremtiden (EY og Vista Analyse, 2019). Vi stilte det samme spørsmålet i våre spørreundersøkelser i 2022 og 2025. EY og Vista har færre respondenter, så det er knyttet noe mer usikkerhet til tallene, men utvalgsstørrelsen er tilstrekkelig til å sammenligne på tvers av undersøkelsene.

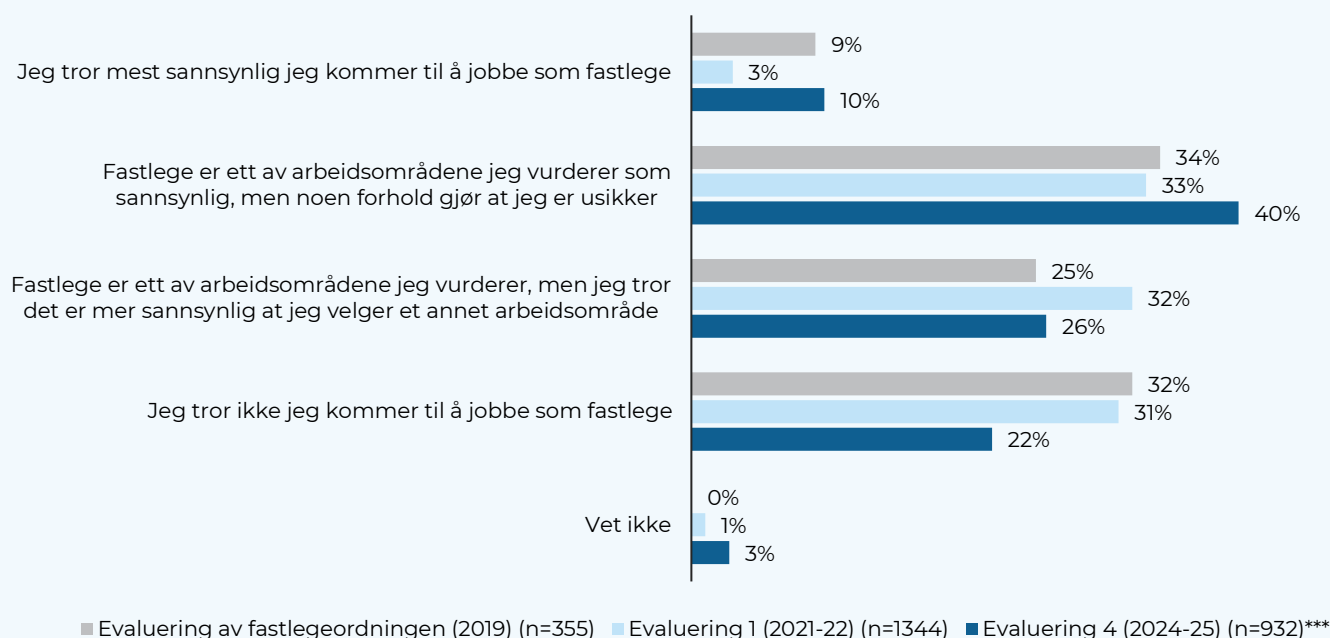
Blant medisinstudenter og LISI var det, i 2019, 9 prosent som oppga at de mest sannsynlig kommer til å jobbe som fastlege, mens andelen gikk ned til bare 3 prosent i 2022. Blant medisinstudentene og LISI som fikk spørsmålet i 2025 var det 10 prosent som oppga at de mest sannsynlig kommer til å jobbe som fastlege. Over evaluingsperioden er det flere som tror at de mest sannsynlig kommer til å jobbe som fastlege, noe som tyder på at attraktiviteten til yrket har økt (Figur 4-10).

Det er omtrentlig lik andel i de tre spørreundersøkelsene som oppgir at fastlege er ett av arbeidsområdene de vurderer (59 prosent i 2019, 65 prosent i 2022 og 66 prosent i 2025). Det har imidlertid vært en nedgang i andelen som tror at de ikke kommer til å jobbe som fastlege, fra 32 prosent i 2019 til 26 prosent i 2025.

Blant dem som enten vurderer eller har bestemt seg for ikke å bli fastlege, fremheves særlig mengden administrativt arbeid som en begrunnelse for dette. Flere påpeker også at yrket oppleves som for bredt, og at de heller ønsker en mer spesialisert hverdag. I tillegg trekkes det frem som en ulempe at fastleger jobber mye alene med pasienter og i mindre grad i team med annet helsepersonell.

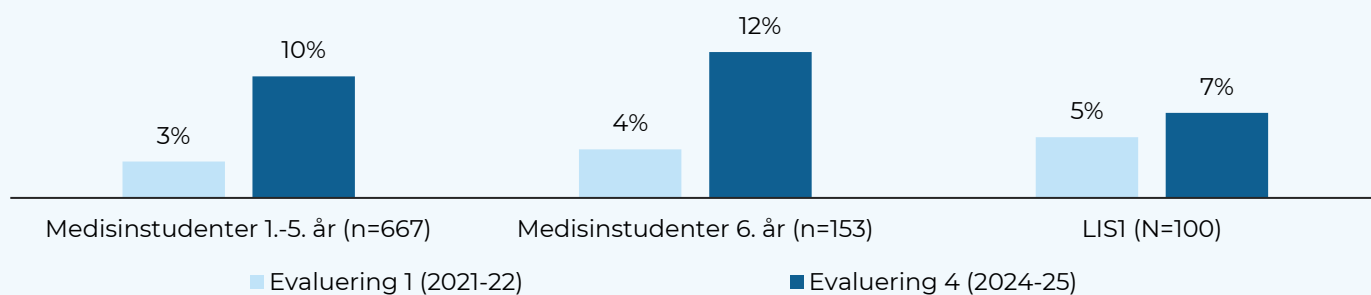
Endringen i andelen som tror at de mest sannsynlig kommer til å jobbe som fastlege drives i hovedsak av medisinstudentene (Figur 4-11). Her er ikke EY og Vista sin analyse med i sammenligningen ettersom antall respondenter i hver gruppe blir veldig få. Blant medisinstudenter på 1.-5. året var det, i 2022, 3 prosent som oppga at de mest sannsynlig kom til å jobbe som fastlege, mens i undersøkelsen i 2025 er det 10 prosent som oppgir det samme. For 6. års medisinstudenter var andelen 4 prosent i 2022 og 12 prosent i 2025. Andelen LISI og LISI-ventere som oppgir «Jeg tror mest sannsynlig at jeg kommer til å jobbe som fastlege» har ikke økt like mye fra 2022 til 2025 som de har for medisinstudentene, henholdsvis 5 prosent til 7 prosent.

Figur 4-10: Hvordan vurderer du sannsynligheten for at du vil jobbe som fastlege i fremtiden?



Kilde: Spørreundersøkelse blant medisinstudenter og LISI, utført av EY og Vista Analyse 2019. Spørreundersøkelse blant medisinstudenter og LISI, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo våren 2022 (rapport I) og vinteren 2025 (rapport IV). Merknad: Stjernene angir signifikansnivå for endringen i fordelingen, hvor hver av de påfølgende rapportene (Evaluering 2, 3 og 4) er testet opp mot Evalueringsrapport 1. Signifikansnivå: (***) $p < 0,01$, (**) $p < 0,05$ og (*) $p < 0,10$. Vi har ikke testet signifikans opp mot EY og Vistas evaluering fra 2019, grunnet lite utvalg og usikkerhet knyttet til sammenlignbarheten mellom utvalgene.

Figur 4-11: Andel som svarer «Jeg tror mest sannsynlig jeg kommer til å jobbe som fastlege», fordelt etter del av studieforløpet



Kilde: Spørreundersøkelse til medisinstudentene og LIS1 våren 2022 og vinteren 2025, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Basert på fritekstsvar virker det som om at det generelt negative inntrykket blant studentene rundt fastlegejobben har dempet seg. I 2022 var det flere respondenter i spørreundersøkelsen som beskrev at fastlegekrisen og negativ medieomtale påvirket inntrykket av fastlegeyrket og var en medvirkende årsak til at de ikke ønsket å bli fastlege. Flere respondenter forklarte at allerede etablerte fastleger anbefalte dem om ikke å bli fastlege. Dette samsvarer med funn fra intervjuer med kommunerepresentanter der flere opplevde at LIS1 stort sett søkte seg til sykehus, og at de var bekymret for hvordan negativ omtale av fastlegearbeid kan påvirke preferansene til de unge legene. Disse funnene var i tråd med funn fra evalueringen av fastlegeordningen, som viste at flere ble frarådet å velge fastlegeyrket gitt nåværende situasjon og at negativ belysning i media er med å påvirke yngre legers oppfatning (EY og Vista Analyse, 2019). Den samme oppfatningen finner vi ikke igjen i fritekstsvar oppgitt i spørreundersøkelsen gjennomført i 2025.

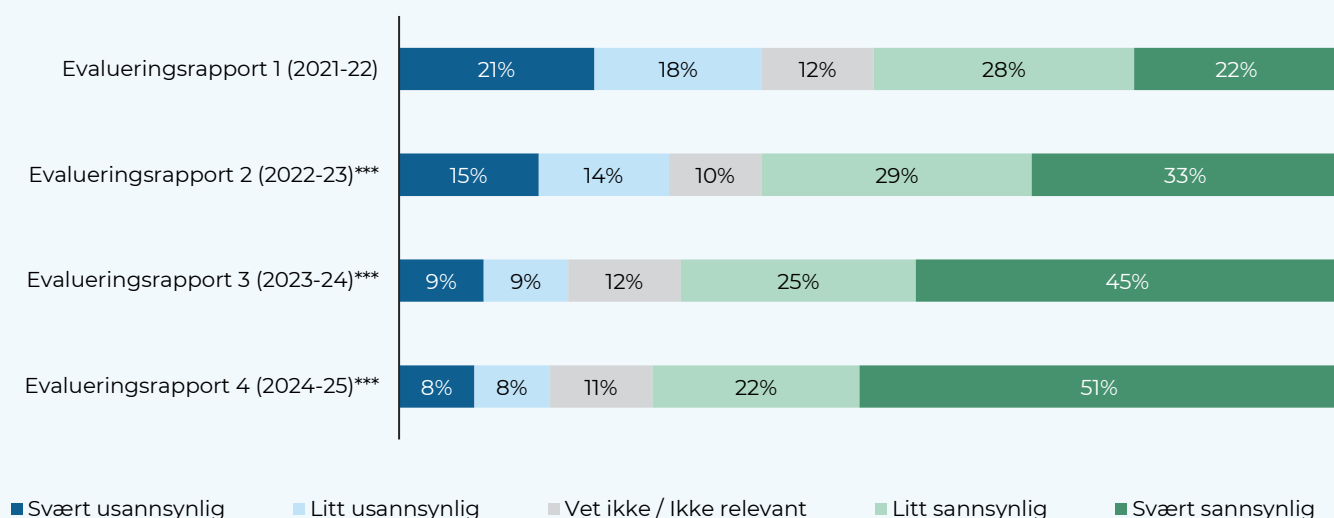
4.4 Stabilitet

For å sikre stabil legedekning er det sentralt å både rekruttere nok nye leger og beholde legene i ordningen.

Stadig flere fastleger forventer å bli i yrket fremover

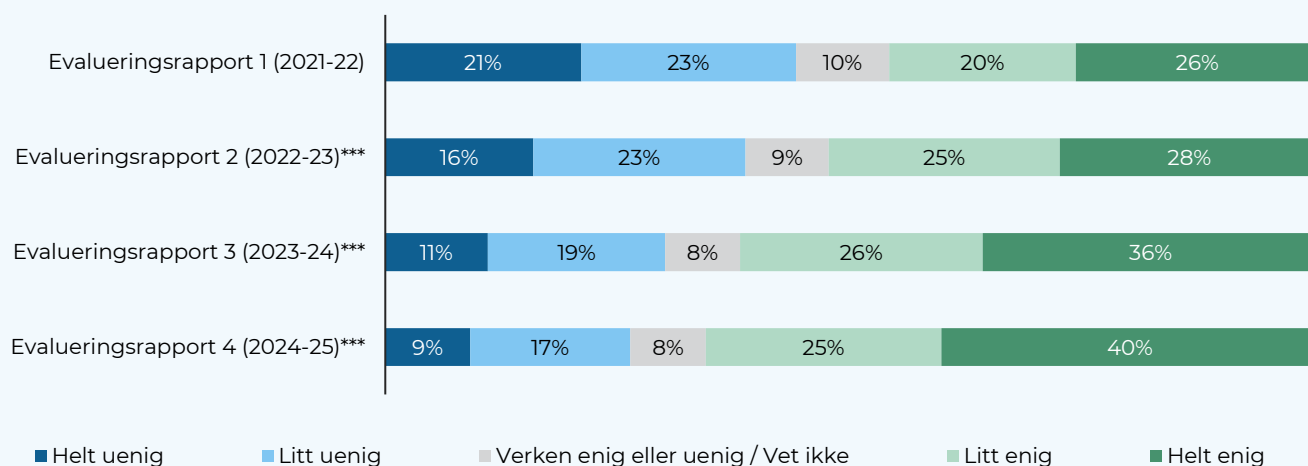
Gjennom evalueringsperioden har det vært betydelig økning i andelen av fastlegene som i vår spørreundersøkelse svarer at det er sannsynlig at de vil være fastlege om fem år og økningen er statistisk signifikant (Figur 4-12). I første evalueringsrapport (2021-2022) var det omtrent like mange som svarte at det var svært sannsynlig (22 %) å være fastlege om fem år, som de som svarte at det var svært usannsynlig (21 %). Andelen som

Figur 4-12: Fastlegenes svar på: «Hvor sannsynlig er det at du er fastlege om 5 år?»



Kilde: Spørreundersøkelser blant fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo i januar 2022 (rapport I), desember 2022 (rapport II), desember 2023 (rapport III) og desember 2024 (rapport IV). Merknad: Stjernene angir signifikansnivå for endringen i fordelingen, hvor hver av de påfølgende rapportene (Evaluering 2, 3 og 4) er testet opp mot Evalueringsrapport 1. Signifikansnivå: (***) p < 0,01, (**) p < 0,05 og (*) p < 0,10.

Figur 4-13: Fastlegenes vurdering av påstanden: «Jeg opplever å ha økonomisk trygghet i min arbeidssituasjon»



Kilde: Spørreundersøkelser blant fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo i januar 2022 (rapport I), desember 2022 (rapport II), desember 2023 (rapport III) og desember 2024 (rapport IV). Merknad: Stjernene angir signifikansnivå for endringen i fordelingen, hvor hver av de påfølgende rapportene (Evaluering 2, 3 og 4) er testet opp mot Evalueringsrapport 1. Signifikansnivå: (***) $p < 0,01$, (**) $p < 0,05$ og (*) $p < 0,10$.

svarer svært sannsynlig har økt hvert år, og i 2024-2025 hadde andelen som svarte svært sannsynlig økt til 51 prosent, mens kun 8 prosent svarte svært usannsynlig (Figur 4-12). Endringen er størst blant de næringsdrivende fastlegene, men også blant de kommunalt ansatte er det betydelig flere som svarer at det er svært sannsynlig at de er fastlege om fem år (Vedlegg D). Andelen som svarer «svært sannsynlig» har økt for alle fastlegene uavhengig av alder og hvor lang erfaring de har, men det har vært størst endring blant leger med 3-5 års erfaring. Blant leger med 3-5 års erfaring har andelen som svarer «svært sannsynlig» økt fra henholdsvis 16 prosent i 2021/22 til 54 prosent i 2024/25. For fastleger mellom 30 og 39 år har andelen som svarer svært sannsynlig økt fra 22 prosent i 2021/22 til 54 prosent i 2024/25, tilsvarende har andelen for de mellom 40 og 54 år økt fra 23 prosent i 2021/22 til 55 prosent 2024/25. For fastleger under 30 år har andelen som svarer svært sannsynlig økt fra 20 prosent i 2021/22 til 62 prosent i 2024/25, men denne endringen må tolkes med varsomhet grunnet lavt antall respondenter i denne gruppen (Vedlegg D).

Økonomisk trygghet og bedret rekruttering har bidratt til bedret stabilitet

Det er flere faktorer som påvirker hvorvidt fastlegene ønsker å bli værende i fastlegeordningen. I løpet av evalueringsperioden har andelen fastleger som oppgir å være litt eller helt enig i at de har økonomisk trygghet i sin arbeidssituasjon økt signifikant fra 46 til 65 prosent (Figur 4-13). Det er også flere som er fornøyde med sin arbeidsbelastning nå enn i starten evalueringsperioden (Figur 6-4). Økt rekruttering gir også en bedre arbeids-hverdag ved at presset på fastlegeordningen reduseres og det blir færre ledige hjemler. Økte økonomiske utfordringer på sykehusene de siste årene kan også påvirke stabiliteten dersom færre ønsker å gå over til å bli sykehuslege.

5. Spesialistutdanning i allmennmedisin

Antall og andel fastleger som er spesialist i allmennmedisin, har økt gradvis over tid. Antall LIS1-stillinger har økt med 28 prosent siden 2019, men er fortsatt vesentlig lavere enn antall søkere. Mer enn halvparten av LIS1 er fornøyd med oppholdet sitt på fastlegekontor. Når det gjelder spesialistutdanningen i allmennmedisin, oppgir mer enn halvparten av ALIS-ene at de er litt eller helt fornøyd med veiledning, gruppeveiledning og supervisjon. Samtidig svarer 90 prosent av veilederne at de trives i rollen som veileder. I evalueringsperioden har det blitt innført en nasjonal ALIS-ordning, som medfører at alle leger under spesialisering i allmennmedisin kan få tilbud om en ALIS-avtale. ALIS-avtaler ser ut til å bidra til økt trygghet i spesialistutdanningen og til å øke sannsynligheten for at leger fullfører spesialistutdanningen.

5.1 LIS1

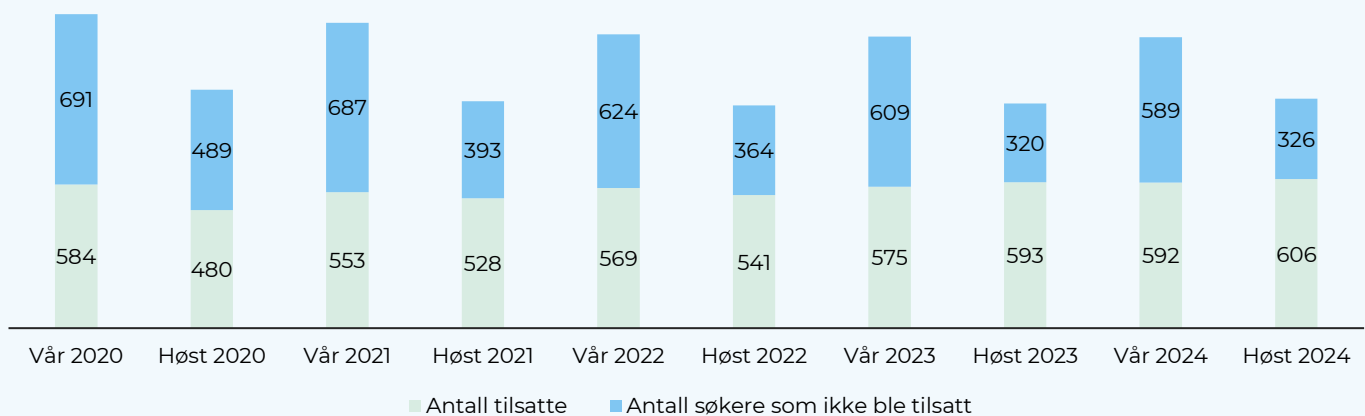
LIS1 er den første delen av legenes spesialistutdanning etter medisinstudiet og omfatter 12 måneder praksis på sykehus etterfulgt av 6 måneder i kommunehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2024a; Tyrihjel, et al., 2024). Et av tiltakene i handlingsplanen for allmennlegetjenesten er å tilrettelegge for et hensiktsmessig antall LIS1-stillinger. Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten anbefalte også en økning i antall LIS1-stillinger og pekte på at det er et paradoks at nyutdannede leger må stå i kø for å få LIS1-tjeneste samtidig som allmennmedisin og andre fagfelt mangler leger (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023).

Antall LIS1-stillinger

Antall LIS1-stillinger har vokst over tid. I 2024 var antallet LIS1-stillinger økt til 1 185, tilsvarende en 28 prosent økning siden 2019 (Figur 5-1). Med dette er Helsedirektoratets tidligere mål om 1 150 ordinære LIS1-stillinger per år nådd (Helsedirektoratet, 2019). Samtidig er det fortsatt betydelig flere søkere enn tilsatte til LIS1-stillinger og etterspørselen etter helsepersonell er ventet å stige ytterligere i årene fremover.

Et av forslagene til Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten var at kommuner og sykehus selv skal kunne opprette LIS1-stillinger etter behov, innenfor egne budsjetter. Dette forslaget ble innført fra 1. januar 2025. Til forskjell fra forslaget til Ekspertutvalget og Helsedirektoratet, må kommuner, helseforetak eller sykehus samarbeide om å opprette et fullt 18. måneders LIS1-løp. I spørreundersøkelse blant ansatte i kommunene i evalueringsrapport III var det delte meninger blant kommunerepresentantene om det er positivt å kunne opprette egne LIS1-stillinger for LIS1-ventere. Mange kommuner oppga at de ikke hadde økonomiske ressurser til å opprette egne LIS1-stillinger (Tyrihjel, et al., 2024).

Figur 5-1: Antall søkere og antall tilsatte i LIS1-stillinger 2013-2024



Kilde: Helsedirektoratet.

LIS1 har gode erfaringer fra tiden i kommunehelsetjenesten

LIS1 gjennomfører praksis i kommunehelsetjenesten i hovedsak på fastlegekontor, og gir de nyutdannede legene et innblikk i hverdagen som fastlege.

Vi har gjennomført en undersøkelse rettet mot LIS1 og medisinstudenter. I undersøkelsen stilte vi spørsmål til LIS1 som er eller har gjennomført kommunehelsedelen av LIS1-løpet (Figur 5-2). Av respondentene er 89 prosent helt eller litt enige i at de samlet sett er fornøyd med oppholdet som LIS1 på fastlegekontor. I en tilsvarende undersøkelse vi gjennomført i 2022 var andelen 82 prosent. Imidlertid har andelen som oppgir å være litt eller helt enig i at oppholdet som LIS1 ved fastlegekontoret har gjort det mer sannsynlig at de velger å bli fastlege falt (henholdsvis 56 prosent i 2022 og 45 prosent i 2025). I 2025, har 86 og 85 prosent var helt eller litt enig i at det er godt sosialt og faglig miljø på legekantoret, i 2022 var det henholdsvis 89 og 88 prosent som var helt eller litt enige i dette. Mange er også helt eller litt enige i at de har fått god oppfølging fra veileder (81 prosent) og supervisor (85 prosent), og andelen som oppgir dette har økt sammenlignet med en tilsvarende undersøkelse gjennomført i forbindelse med første evalueringsrapport i 2022. Samtidig er det over to tredjedeler som er helt eller litt enig i dette i begge årene.

I fritekstsvar om hva som var særlig lærerikt og vellykket ved oppholdet som LIS1 ved legekantoret, er det flest som trekker fram tett oppfølging fra kollegaer, veileder og supervisor.

«Veldig god oppfølging. Lav terskel for å be om hjelp, noe som skaper trygghet for meg og gjør at jeg føler jeg kan gjøre en mer forsvarlig jobb. Også tilpasset arbeidsmengde. De tilpasser etter hvor godt de og jeg synes det går.»

Sitat fra en lege som har fullført/eller er i kommunehelsedelen av LIS1, oppgitt i spørreundersøkelsen

Når det gjelder negative opplevelser under LIS1-oppholdet, trekker flere frem at dette er knyttet til manglende oppfølging, ofte på grunn av mangel på tid blant kollegaer, høy arbeidsbelastning og en følelse av å stå alene med mye ansvar for pasienter og drift.

«Lite kontor med få leger med store lister. Dermed lite tid til veiledning og fokus på produksjon/få unna pasienten. Lite hensiktsmessig i en læresituasjon.»

Sitat fra en lege som har fullført/eller er i kommunehelsedelen av LIS1, oppgitt i spørreundersøkelsen

Figur 5-2: Andel respondenter som svarte litt eller helt enig på følgende utsagn om tiden som LIS1 ved et legekantoret



Kilde: Spørreundersøkelse blant medisinstudenter og LIS1, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo 2022 og 2025. N= 42 i 2022 og N=52 i 2025.

Ventetid fra fullført medisinstudiet til man starter som LIS1 virker å være redusert. I 2022 oppga 60 prosent av respondentene at de ikke måtte vente (utover 1-2 måneder vanlig ventetid) fra de fullførte medisinstudiet til de startet som LIS1. I 2025 er det 80 prosent som oppgir det samme. Nedgangen i ventetid kan skyldes økningen i LIS1-stillinger i den samme perioden. Blant de som måtte vente (utover 1-2 måneder vanlig ventetid) var det vanligst å jobbe som sykehuslege i lokalsykehus eller sentralsykehus i ventetiden både i 2022 og 2025.

5.2 Allmennleger i spesialisering (ALIS)

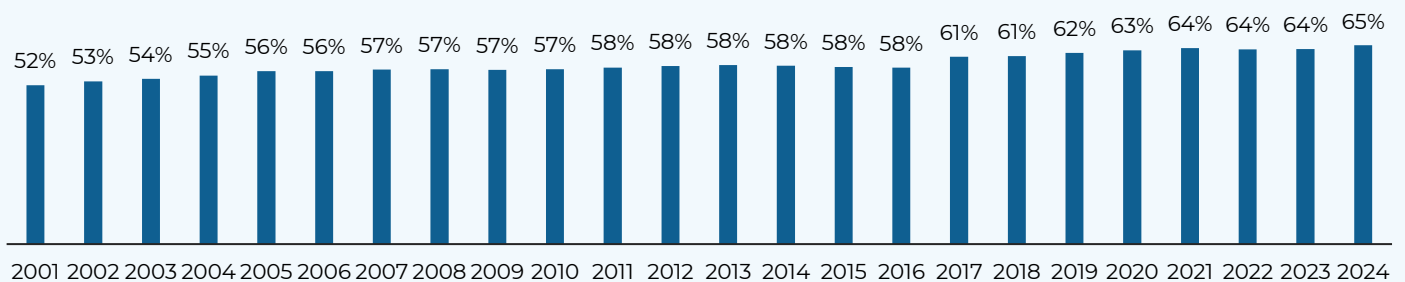
I 2017 kom ny kompetanseforskrift for leger i kommunal helsetjeneste som medførte at det ble obligatorisk å enten være spesialist i allmennmedisin eller under slik spesialisering for å kunne jobbe som fastlege i Norge. Dette medfører at nye fastleger må bruke vesentlig tid og ressurser på kurs, læringsaktiviteter, og obligatorisk veiledning, o.l. i løpet av de første årene som fastlege. Spesialistutdanningen er derfor viktig for nye fastleger og forhold ved spesialistutdanningen påvirker rekrutteringen til allmennlegetjenesten.

5.2.1 Allmennleger i spesialisering (ALIS)

Antallet og andelen fastleger som er spesialist i allmennmedisin har økt gradvis over tid. Andelen lå lenge på mellom 50 og 60 prosent. Med innføring av krav om spesialisering i 2017 ble det en noe større økning i antall spesialister (Figur 5-3). Siden 2017 har det blitt mange nye fastleger som har startet et spesialiseringsløp. Spesialisingsløpet er ikke tidsbestemt, men fullføres når legen har oppnådd spesifiserte læringsmål.

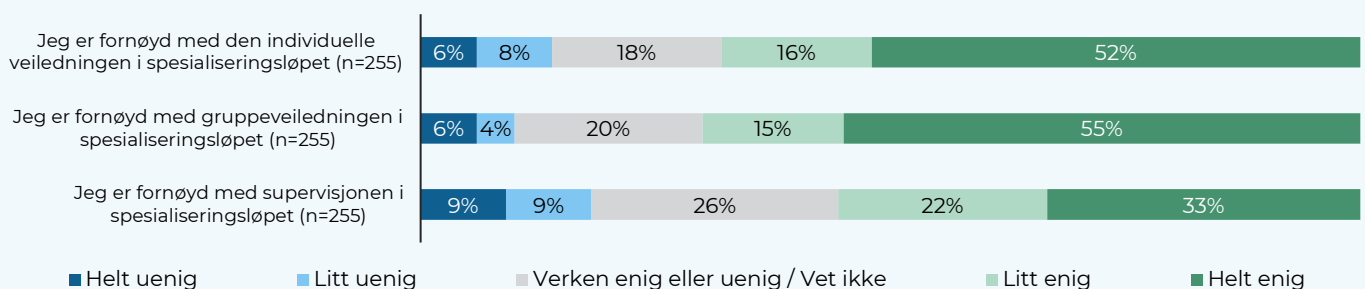
I 2023 og 2024 var det en stor økning i antall spesialister i allmennmedisin. I løpet av 2023 og 2024 ble det henholdsvis 227 og 139 flere fastleger som er spesialist i allmennmedisin, sammenlignet med 40-83 i årene 2020-2022. Antagelig er det mange av de som startet et spesialiseringsløp med nytt krav til spesialisering i 2017 som

Figur 5-3: Andel fastleger som er spesialist i allmennmedisin



Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Figur 5-4: Fastlegenes vurdering av veiledning og supervisjonen i spesialistutdanningen



Kilde: Spørreundersøkelse blant fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo i desember 2024.

Tabell 5-1: Midler bevilget til ALIS-kontorene

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Bevilgede midler (mill. kr.)	10	20	40	40	40	41

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet, Prop. 1 S (2019-2024).

ble ferdige disse årene. Samtidig har det blitt rekruttert mange nye fastleger i 2023 og 2024, slik at andelen som er spesialister ligger nokså stabilt (Figur).

5.2.2 Veiledning og supervisjon av ALIS

Veiledning og supervisjon³ med erfarne allmennleger er viktig for læringen for allmennleger i spesialisering (ALIS). Vår spørreundersøkelse viser at ALIS-ene er i stor grad fornøyd med både den individuelle veiledningen og gruppeveiledningen de får i spesialiseringssløpet. Over halvparten er helt enig i at de er fornøyd med veiledning. Flertallet er også fornøyd med supervisjonen, men andelen fornøyd er lavere enn for veiledningen (Figur 5-4). Både blant ALIS-er og veiledere opplever flertallet at omfanget av veiledning er på et passe nivå (Tyrihjel, et al., 2024).

Med stor rekruttering av fastleger og krav om spesialisering i allmennmedisin har en del kommuner, særlig i Nord-Norge, hatt utfordringer med å få tak i nok veiledere (Tyrihjel, et al., 2024). Bedret rekruttering og lavere arbeidsbelastning kan ha bidratt til økt tilgjengelighet til veiledere. I spørreundersøkelsen svarte 71 prosent av de som er veiledere at de har deltatt på veilederkurs for ALIS. Blant respondentene i spørreundersøkelsen som var veileder for ALIS svarte 90 prosent at de trives godt eller svært godt i rollen (Vedlegg B).

5.2.3 Arbeid med å forbedre spesialistutdanningen

Nasjonal ALIS og veiledning

Det har gjennom handlingsplanen for allmennlegetjenesten blitt iverksatt flere tiltak for å tilrettelegge for gjennomføring av spesialistutdanningen i allmennmedisin. Et viktig tiltak har vært innføring av nasjonal ALIS-ordning som medfører at alle leger under spesialisering i allmennmedisin kan få tilbud om en ALIS-avtale. Ved innføringen av handlingsplanen for allmennlegetjenesten var ALIS-tilskudd kun tilgjengelig for usentrale kommuner, men i 2022 ble ordningen utvidet til å gjelde alle kommuner. ALIS-avtaler inngås mellom den enkelte ALIS og kommunen, og inneholder flere særskilte lokalt tilpassede tiltak som skal bidra til at spesialistutdanningen i allmennmedisin oppleves som forutsigbar og trygg for ALIS. Disse tiltakene kommer i tillegg til det ALIS har krav på som følge av spesialistforskriften. Kommuner kan årlig søke om tilskudd for å få dekket sine merkostnader ved ALIS-avtaler gjennom tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning (Helsedirektoratet, 2024c). ALIS-tilskuddet skal dekke kostnadene knyttet til utdanningsløpet til ALIS. I tillegg kan kommunen bruke inntil 5 prosent av tilskuddet til å tilrettelegge for gode utdanningsløp (ALIS rådgivningskontorene, 2025). Fra og med april 2024 har ikke kommunen anledning til å søke om tilskudd for en allmennlege i spesialisering, dersom legen er ansatt eller tilknyttet et vikarbyrå eller en annen kommersiell aktør (Helsedirektoratet, 2024c).

Bevilgning til ALIS-ordningen har økt fra 242 millioner kroner i 2022 til 565 millioner kroner i 2025 (Tabell 5-2). I denne perioden har antall kommuner og antall leger som er del av ordningen økt gradvis. Ved utgangen av 2024 virker ALIS-ordningen å være godt utbredt. 71 prosent av kommunene i Norge har søkt om tilskudd og i årets spørreundersøkelse til fastleger var det kun 1 prosent av legene under spesialisering som svarte at de ikke har ALIS-avtale med kommunen (Vedlegg B).

Fra våre spørreundersøkelser finner vi at det vanligste er at en ALIS-avtalen med kommunen dekket utgifter ved gjennomføring av læringsaktiviteter (88 prosent) og praksiskompensasjon for fravær fra praksis knyttet til gjennomføring av læringsaktiviteter og veiledning (79 prosent), mens en noe lavere andel svarte at den ga økonomisk kompensasjon for kort liste/lavere produktivitet (Tyrihjel, et al., 2024).

Det store flertallet av legene under spesialisering er enige i at ALIS-avtaler gjør allmennlegetyrket mer attraktivt (92 prosent), at det gir økt trygghet i spesialistutdanningen (88 prosent), og/eller at det øker sannsynligheten for at vedkommende fullfører spesialistutdanningen (83 prosent) (Tyrihjel, et al., 2024). I intervjuer er også ALIS-ene positive til ordningen og trekker særlig frem kompensasjon for fravær fra praksis ved kursdeltakelse som viktig (Pedersen, et al., 2023). I spørreundersøkelsen svarer 58 prosent av legene under spesialisering at de ikke ville startet som fastlege uten ALIS-avtalen (Vedlegg B).

³ Individuell veiledning innebærer planlagte og regelmessige samtaler mellom veileder og LIS1 eller ALIS. I samtalen inngår refleksjon, rådgivning, og oppfølging av faglig progresjon i vurderingen av legen i spesialisering (LIS). Supervisjon innebærer at en mer erfaren lege eller annet kompetent personell bistår, gir råd og vurderer LIS i konkrete arbeidssituasjoner.

ALIS-kontor

Det er opprettet seks regionale ALIS-kontor som blant annet skal støtte og gi råd til kommunene i deres arbeid med å tilby helhetlige utdanningsløp i allmennmedisin og samfunnsmedisin, bistå kommunene ved inngåelse av ALIS-avtaler og gi råd til kommunene om tilskuddet Nasjonal ALIS og veiledning (Helsedirektoratet, 2024c).

Bevilgningene til ALIS-kontorene har økt igjennom handlingsplanperioden fra 10 millioner kroner i 2020 til 41 millioner kroner i 2025 (Tabell 5-1). I denne perioden har også ALIS-kontorenes arbeidsoppgaver blitt utvidet ved at mandatet deres omfatter flere oppgaver knyttet til den første delen av spesialistutdanningen i allmennmedisin, samt at de har fått ansvar for å også gi kommunene råd om spesialistutdanningen i samfunnsmedisin.

Det første året brukte ALIS-kontorene mest tid og ressurser på å bistå, veilede og følge opp kommuner og deres søknad om å bli registrert som utdanningsvirksomhet. De senere årene har de fått flere henvendelser om bistand og rådgivning ved inngåelse av ALIS-avtaler og søknad om Nasjonal ALIS. Det har også vært flere henvendelser fra ALIS som forhører seg om sine rettigheter og muligheter i en ALIS-ordning. Kommunerrepresentanter opplever at ALIS-kontorene gjør verdifullt arbeid særlig knyttet til å gjøre kommunene kjent med tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning og i utformingen av ALIS-avtaler. ALIS-kontorene oppleves som lett tilgjengelige og at de gir gode og konkrete råd (Tyrihjel, et al., 2024).

5.2.4 Kommunens ansvar for spesialistutdanningen

Med endring av spesialistforskriften i 2019 fikk kommunene et pålagt ansvar for planlegging og tilrettelegging av utdanningsløpet for ALIS. Før 2019 hadde ikke kommunene ansvar for spesialistutdanningen i allmennmedisin. Endringen i 2019 medførte derfor en stor endring for kommunene ved at de måtte bli registrert som utdanningsvirksomhet og sørge for oppfølging av hver enkelte ALIS i kommunen. Sistnevnte innebar å følge opp at ALIS har individuell utdanningsplan, får tildelt veileder og mottar nødvendig veiledning og supervisjon, samt at læringsmål blir vurdert og dokumentert, og at det blir utstedt bekreftelse på gjennomført tjeneste.

Holte mfl. (2023) fant at overgangen til ny ordning for allmennleger i spesialisering medførte merarbeid og økte administrative kostnader for kommunene, da kommunene fikk økt ansvar for å følge opp fastlegene. I intervjuer trekker kommunerepresentanter frem at ansvaret for spesialistutdanningen krever mye tid og ressurser, og at omfanget av kommunens arbeid med dette har vokst over tid med utvidelser av ansvarsområdet og mange nye fastleger inn i ordningen. Det var særlig flere som trakk frem at administrasjon av ALIS-tilskuddet er krevende.

I ALIS-avtalen er det spesifisert at kommunene kan bruke inntil 5 prosent av ALIS-tilskuddet til å tilrettelegge for gode utdanningsløp. ALIS-kontorene har pekt på at en suksessfaktor for gode utdanningsløp er at det er satt av egne midler i kommunen til å jobbe med spesialistutdanningen (Pedersen, et al., 2023). Mange kommuner har satt av en egen ressurs til oppfølging av spesialistutdanningen i allmennmedisin i form av en ALIS-koordinator. I intervjuer forteller mange kommunerepresentanter at deres merkostnader er vesentlig større enn de 5 prosentene de får av ALIS-tilskuddet. Samtidig er det flere som peker på positive sider ved kommunenes ansvar for spesialistutdanningen. Kommunene opplever at ALIS-ordningen er et viktig verktøy for å skape god dialog mellom kommunene og de yngre legene i kommunen, i tillegg til at det bedrer kontakten mellom kommunen og fastlegevikarene i kommunen.

Tabell 5-2: Samlet budsjett og antall kommuner og leger med tilskudd, Nasjonal ALIS og veiledning

	2022	2023	2024	2025
Samlet budsjett for ordningen	242 mill. kr.	461 mill. kr.	552 mill. kr.	565 mill. kr.
Antall kommuner som har søkt om tilskudd	187	228	254	*
Antall leger med ALIS-avtale	1 239	1 813	2 321	*
Antall leger med kun veiledning	355	88	105	*

Kilde: Helsedirektoratet og Prop. 1 S (2024-2025). * Tallene for 2025 var ikke tilgjengelige på tidspunktet rapporten ble utarbeidet.

6. Bemanning og arbeidsbelastning

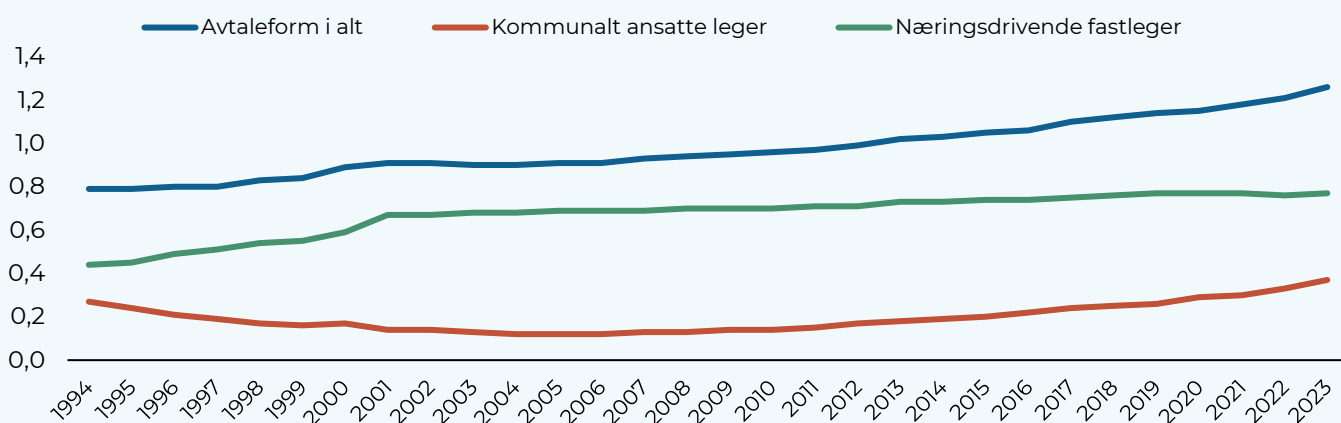
Bemannings situasjonen i allmennlegetjenesten har bedret seg de siste fire årene. Gjennom evalueringsperioden har det vært en statistisk signifikant økning i andelen fastleger som er fornøyd med sin arbeidsbelastning og selvrapportert arbeidstid per uke blant fastleger har gått fra 57 timer i 2022 til 52 timer i 2025. Gjennomsnittlig listelengde redusert fra 1 066 i 2021 til 983 i 2024. Organisering og bemanning av legevakt varierer på tvers av kommuner. I sentrale kommuner finnes egne legevaksleger, mens flere usentrale kommuner oftere samarbeider med nabokommuner om legevakt og benytter fastleger i Nordsjø-turnus. Utprøving av satellittlegevakter har gitt positive erfaringer, med overføringsverdi til andre deler av legevaktstjenesten i Norge.

6.1 Bemanning i allmennlegetjenesten

Norge har en av de høyeste lege- og sykepleierdekningene i verden, og ligger også et stykke over de andre nordiske landene (OECD, 2023). Norge har også en relativt høy andel allmennleger, men her er sammenligning på tvers av land mer utfordrende. Av sammenlignbare europeiske land har Norge og Skottland et høyt antall allmennleger per innbygger, mens Danmark, England og Nederland ligger lavere (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023). Samtidig har både Norge og Skottland trolig flere innbyggere som bor i usentrale strøk, noe som kan påvirke antallet allmennleger.

Legebemanningen i kommunehelsetjenesten har økt over tid, og antall legeårsverk per 1 000 innbygger har økt med 15 prosent i perioden 2017 til 2023, og 27 prosent i perioden 2012 til 2022 (Figur 6-1). Størsteparten av veksten i bemanning har vært i form av kommunalt ansatte leger. Det har vært en betydelig økning av kommunehelsetjenestens leger som ikke er fastleger, men økningen har vært fra et relativt lavt nivå (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023). Kommunalt ansatte leger, som ikke er fastleger, kan for eksempel være legevaksleger eller sykehjemsleger. I evalueringsrapport III, oppga omtrent halvparten av kommunene i vår spørreundersøkelse at de har allmennleger ansatt i kommunen som ikke jobber som fastleger. Dette er mest utbredt i sentrale kommuner (sentralitetsklasse 1-2) (Tyrihjell, et al., 2024).

Figur 6-1: Antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten per 1 000 innbygger totalt (avtaleform i alt) og fordelt etter kommunalt ansatte leger og næringsdrivende fastleger



Kilde: SSB tabell 09750 og 11996. Merk: Det er kun avtalt arbeid som registreres, og overtid er ikke inkludert. Leger uten avtale; fra 2021 er det kun helprivate leger uten avtale som blir finansiert av kommunen som er inkludert i statistikken. Før 2021 ble helprivate leger uten avtale som kommunen ikke finansierte også inkludert. Det er ikke tilgjengelig statistikk for leger uten avtale i 2020. Illustrasjon: Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Tabell 6-1: Antall leger med allmennlegekonsultasjoner.

År		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Antall leger m/allmennlegekonsultasjon eks. legevakt	Nivå	7 379	7 575	7 681	7 850	8 035	8 198	8 687	8 889	9 184
	Endring	159	196	106	169	185	163	465	232	295
Antall leger m/legevakt-konsultasjon	Nivå	5 355	5 504	5 600	5 591	5 962	6 031	6 334	6 343	6 513
	Endring	490	149	96	-9	371	69	302	9	170

Kilder: SSB, KUHR og FLO. Analyse: Oslo Economics og Universitetet i Oslo. *. Allmennlegekonsultasjon er definert ved bruk av normaltariff takstene 2ad, 2ae, 2af, 2ak, 2aek, og primærhelseteamtakstene 074a, 074ae, 074b, 074be.

Legeveksten i kommunehelsetjenesten kan ses i sammenheng med at oppgaveoverføring og demografisk utvikling har gjort at flere pasienter med store og sammensatte behov behandles i primærhelsetjenesten, blant annet som følge av Samhandlingsreformen iverksatt fra 2012. I tillegg til legene, er det en rekke annet helsepersonell som jobber i kommunehelsetjenesten, men datagrunnlaget på disse er noe mer mangelfullt. I 2020 var det omkring 200 000 årsverk i kommunehelsetjenesten. Disse omfattet foruten leger, blant annet sykepleiere, helsesykepleiere, og helsesekretærer (Helsedirektoratet, 2021).

I løpet av 2024 utløste 9 184 allmennleger takstinntekter fra allmennlegekonsultasjon (ekskludert legevakt), og 6 513 allmennleger utløste takstinntekter fra legevaktkonsultasjon (Tabell 6-1). Antall leger registrert med en allmennlegekonsultasjon er dermed høyere enn antallet leger med en fastlegeavtale i 2025 (5 573 fastleger per mars 2025). Eksempler på leger uten fastlegeavtaler som fortsatt kan takste, er vikarleger eller kommunalt ansatte i andre stillinger.

Fastlegene som har svart på vår spørreundersøkelse, rapporterer om mindre grad av bemanningsutfordringer i kommunen nå enn tidligere. I evalueringsrapport I og evalueringsrapport II oppga om lag halvparten av fastlegene (henholdsvis 51 og 48 prosent) at egen kommune i stor grad har bemanningsutfordringer, mens andelen var 34 prosent i evalueringsrapport III (Pedersen, et al., 2022; Pedersen, et al., 2023; Tyrihjell, et al., 2024). Nedgangen fortsetter i årets spørreundersøkelse og nå oppgir 22 prosent av fastlegene at kommunen i stor grad har bemanningsutfordringer. Blant dem som oppgir at kommunen har utfordringer knyttet til bemanning i allmennlegetjenesten, oppgir nesten alle fastlegene (91 prosent) utfordringer innen fastlegeordningen og omkring halvparten (52 prosent) utfordringer innen legevakt. Færre oppgir at det er utfordringer innen bemanning av sykehjem (35 prosent) og helsestasjon (19 prosent).

Inntrykket av at bemanningsutfordringene er redusert reflekteres også i intervjuer med kommunalt ansatte, hvor flere trekker frem at rekrutteringssituasjonen har bedret seg sammenlignet med situasjonen for noen år siden. Dette gjelder både for rekruttering av fastleger og fastlegevikarer. Flere kommunerepresentanter påpeker i intervjuene, at den forbedrede rekrutteringssituasjonen kan skyldes at arbeidsbelastningen og arbeidstiden på sykehusene oppfattes som mindre attraktiv sammenlignet med fastlegejobben.

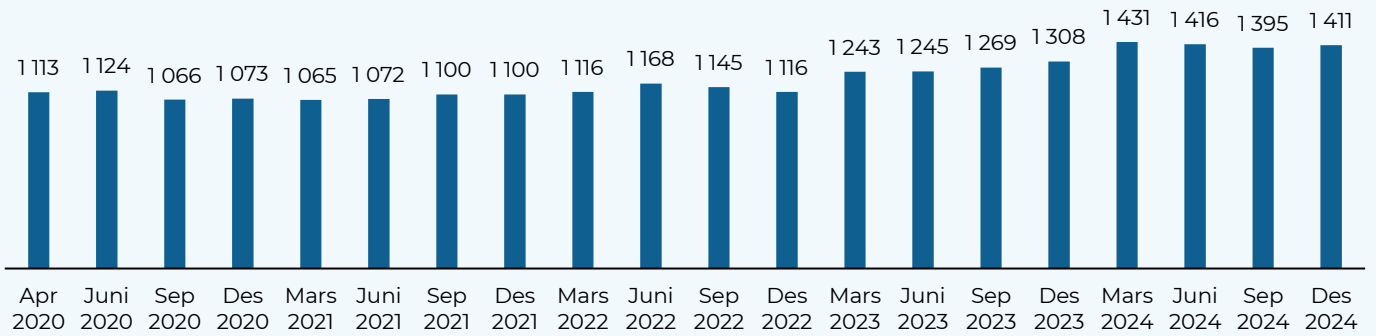
6.1.1 Bruk av vikarer i allmennlegetjenesten

Når fastleger har fravær eller når pasientlister står uten en fast lege, er det behov for vikarleger. Antall fastleger med vikar har økt med 32 prosent i perioden 2020 til 2024, fra 1 073 ved utgangen av 2020, til 1 411 ved utgangen av 2024 (Figur 6-2). Økt bruk av vikar kan skyldes den store økningen i antall nye fastleger, og at mange av de nye fastlegene er unge leger som benytter vikar i forbindelse med gjennomføring av spesialistutdanningen i allmennmedisin.

Siden 2019 har omtrent 10 prosent av aktiviteten i allmennlegetjenesten kommet fra vikarleger (Tyrihjell, et al., 2024). Vikarbruken er høyest, og har økt mest, i mindre sentrale kommuner. I kommuner med sentralitetsklasse 5 og 6 er det vanligere med heltidsvikarer og kortere varighet på vikariatene sammenlignet med kommuner med sentralitetsklasse 1 og 2, hvor deltidstillinger med lengre varighet er mer vanlig (Rydningen, Fosse, Abelsen, & Harbitz, 2024). I vår spørreundersøkelse blant fastlegene, oppgir 6,5 prosent at de er fastlegevikarer (tilsvarende 75 leger). 45 prosent av vikarlegene i utvalget jobber som vikar for selvstendig næringsdrivende lege, 42 prosent har en avtale med kommunen og 10 prosent jobber for et vikarbyrå.

Flertallet av fastlegevikarene (61 prosent) oppgir at de ønsker å bli fastlege, mens 17 prosent foretrekker å være vikar og 9 prosent ønsker å jobbe med noe annet. Erfaringen blant fastlegevikarene i utvalget varierer, hvor 20 prosent har jobbet som fastlege eller fastlegevikar i under ett år, 15 prosent mellom 1 og 2 år, 16 prosent mellom 3 og 5 år, 10 prosent mellom 6 og 10 år og 12 prosent har jobbet i mer enn 10 år. De som oppga at de foretrekker å

Figur 6-2 Antall fastleger med vikar i løpet av måneden



Kilde: Helsedirektoratet

være fastlegevikar, trekker i hovedsak frem lønnsforholdene og fleksibilitet som årsaker til dette. Det er også flere fastlegevikarer som er pensjonerte fastleger som ønsker å ha en liten stilling.

I våre tidligere undersøkelser uttrykte representanter fra kommunene at de er enige i at bruk av vikarbyrå er negativt for kvaliteten på legetjenestetilbudet til innbyggerne (Tyrihjøll, et al., 2024). En annen undersøkelse finner at hovedbekymringen er knyttet til den hyppige utskiftningen av leger, ikke kvaliteten på den enkelte vikarlege (Brækhus & Kalveland, 2023). Mindre kjennskap til listeinnbyggerne og øvrige tjenester i kommunen vanskeliggjør oppfølging av pasienter som trenger langvarig oppfølging. I intervjuer gjennomført høsten 2024 trakk representanter fra en kommune frem at vikarlegebruk også gjør det mer utfordrende for kommunen å følge opp kvaliteten i tjenesten.

Det er også betydelige utgifter knyttet til vikarbruk i kommunene. I Helsedirektoratets spørreundersøkelse til kommuner oppga 70 prosent av respondentene at kostnaden knyttet til å leie inn en vikarlege gjennom vikarbyrå er høyere enn å leie inn lege uten vikarbyrå (Helsedirektoratet, 2023a). I intervjuer gjennomført høsten 2024 trekker flere av kommunerepresentantene frem at det er høye kostnader knyttet til bruk av vikarbyråer. I kommunene med rekrutteringsproblemer er vikarlegebruken høyere enn i kommuner med mindre eller ingen rekrutteringsproblemer.

6.1.2 Bruk av leger uten LIS1

I 2012 ble turnusordningen lagt om til dagens søknadsbaserte ordning med LIS1-stillinger. Dette innebærer at legen får full autorisasjon etter fullført grunnutdanning i medisin, istedenfor tidligere ordning hvor autorisasjon ble gitt etter fullført turnustjeneste. Det ble ikke gjort endringer i innholdet i grunnutdanningen som kompenserte for at man får autorisasjon uten turnustjeneste.

Leger som ikke har gjennomført LIS1 kan jobbe som vikar i inntil ett år.⁴ Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten anbefalte at LIS1-ventere ikke lenger skal kunne praktisere selvstendig, og at kommunene må tilby leger uten LIS1 formell veiledning og supervisjon, som vil være tellende for LIS1-tjenesten (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023). I vår kartlegging i 2024 var det delte meninger rundt hvordan dette forslaget vil påvirke kommunes tilgang på legeressurser (Tyrihjøll, et al., 2024). En større andel (42 prosent) oppga at de er helt eller litt enig i at forslaget vil begrense kommunens tilgang på legeressurser, mens en mindre andel (26 prosent) var helt eller litt uenig i påstanden. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring forslag til endringer i kompetansekravene, som følger opp flere av Ekspertutvalgets anbefalinger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2024).

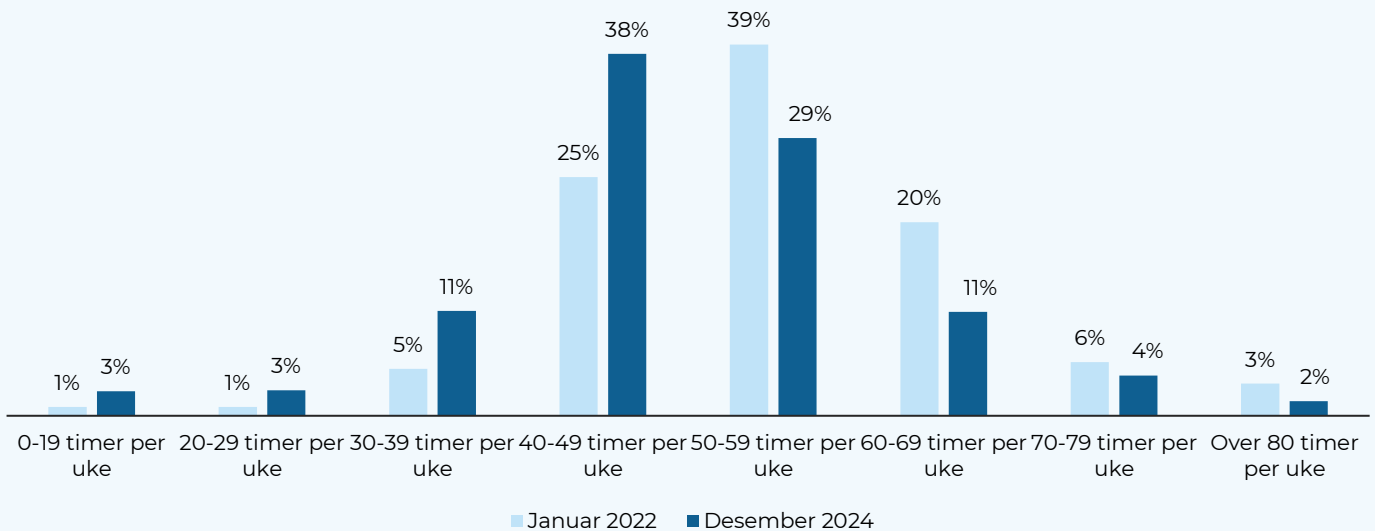
6.2 Opplevd arbeidsbelastning

Sammenlignet med 2022 oppgir fastlegene å jobbe færre arbeidstimer i uken total sett, og det har vært et tydelig skift i fordelingen av fastlegenes selvrapportert arbeidstid (Figur 6-3). Det presiseres at arbeidstiden er basert på fastlegenes egne anslag, men tid brukt på «legevakt – bakvakt» og «legevakt – hjemmevakt» er vektet lavere enn ordinær arbeidstid, og inngår derfor med redusert verdi i beregningen av total arbeidstid⁵. I januar

⁴ Alle leger som skal yte helsehjelp i kommunal helse- og omsorgssektor skal være spesialist i allmennmedisin eller være under spesialisering i allmennmedisin (Kompetanseforskriften, 2017). Det gis unntak fra dette kravet dersom legen skal tiltre i et vikariat i inntil ett års varighet. Det stilles ikke formelle krav til veiledning og supervisjon, som for en lege i spesialisering. Kommunen har likevel plikt til å gi uformell veiledning og supervisjon, og tilse at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011)

⁵ Vi har vektet bakvakt som 1/7 dels arbeidstime og hjemmevakt som 1/4 arbeidstime basert på kilder fra Arbeidstilsynet (2025) og Spekter (2024). Uten vektingen av timer oppga fastlegene en gjennomsnittlig arbeidstid på 57 timer i januar 2022 og 52 timer i desember 2024.

Figur 6-3: Vektet gjennomsnitt av fastlegenes egne anslag for total arbeidstid per uke*



Kilde: Spørreundersøkelser blant fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo i januar 2022 (rapport I), desember 2022 (rapport II), desember 2023 (rapport III) og desember 2024 (rapport IV). * Vi har vektet bakvakt som 1/7 dels arbeidstime og hjemmevakt som 1/4 arbeidstime.

2022 fant vi at fastlegene oppga å jobbe 54 timer i gjennomsnitt, sammenlignet med 48 timer per arbeidsuke i desember 2024. Det har i perioden vært nedgang i andelen som oppgir å jobbe mellom 50 og 59 timer i uken, samtidig som andelene som oppgir å jobbe mellom 30-39 og mellom 40-49 timer har økt. Målt ved gjennomsnittlig totalt antall timer per uke jobber næringsdrivende både med og uten kommunal leieavtale flest timer (henholdsvis 49 og 50), etterfulgt av kommunalt ansatte med fast lønn og bonus og kun fast lønn (henholdsvis 47 og 45), forutsatt ulik vekting av bakvakt og hjemmevakt sammenlignet med andre arbeidsformer⁶. Forskjellene forklares i stor grad av ulik legevaktsbelastning, hvor de kommunalt ansatte arbeider mer legevakt enn de næringsdrivende.

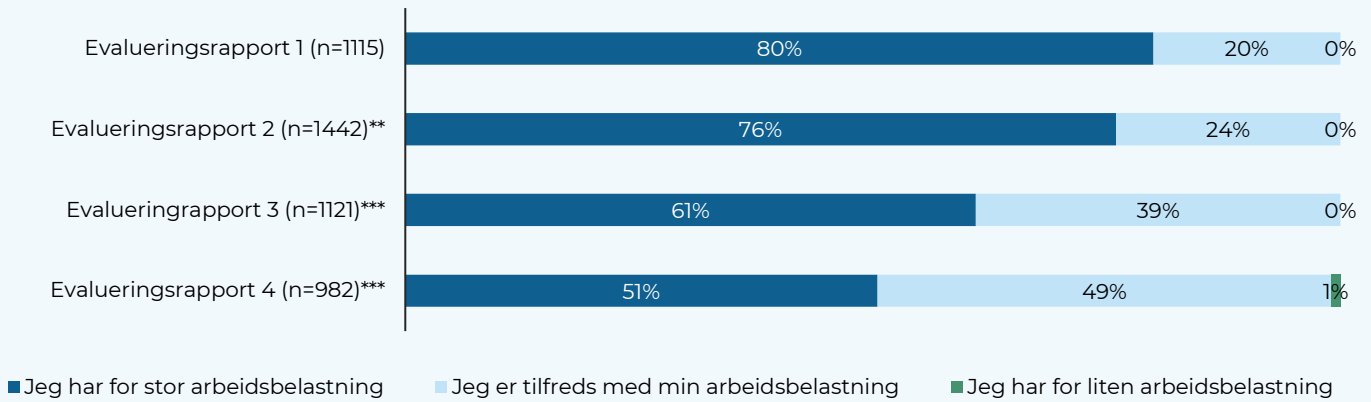
Fastlegenes disponering av arbeidstiden på ulike arbeidsoppgaver varierer betydelig etter driftsform, kommune-størrelse og listelengde (vedlegg D). Fastleger i mindre folkerike kommuner oppga generelt flere arbeidstimer i uken, med et høyere antall timer brukt på ulike former av legevakt og andre allmenntilleggsoppgaver. Fastleger i mer folkerike kommuner og med lange lister bruker en større andel av arbeidstiden på eget legekontor. Tilsvarende har næringsdrivende leger mer av arbeidstiden på legekontor og mindre tid på legevakt, sammenlignet med fast ansatte leger. I det videre går vi nærmere inn på de ulike arbeidsoppgavene til fastlegene. Vi analyserer i hovedsak tidsbruk etter driftsform, fordi driftsform i stor grad henger sammen med kommune-størrelse og listelengde, som beskrevet i kapittel A.6 i vedlegg A.

Andelen fastleger som oppgir å være tilfreds med arbeidsbelastningen sin har økt signifikant fra 2022 til 2025 (Figur 6-4). I 2024-25 oppgir næringsdrivende uten kommunal leieavtale i størst grad å ha for stor arbeidsbelastning (56 prosent), etterfulgt av næringsdrivende med 8.2 avtale (48 prosent), kommunalt ansatte med fast lønn (41 prosent) og kommunalt ansatte (38 prosent) (Vedlegg B). I tidligere evalueringer har det ikke vært noen fastleger som har oppgitt at de har hatt for liten arbeidsbelastning, men i årets evaluering er det 1 prosent (tilsvarende fem fastleger) som oppgir dette. Det har vært nedgang i opplevd arbeidsbelastning blant fastleger i alle driftsformene fra 2022 til 2025. I intervjuer med kommunerepresentanter kommer det samme inntrykket frem, ettersom flere informerer om en nedgang i arbeidsbelastningen blant fastlegene. Enkelte kommunerepresentanter trekker frem at etablering av flere hjemler har vært et viktig tiltak for å redusere arbeidsbelastningen til fastlegene.

I intervjuer med fastleger forteller flere at arbeidsbelastningen har holdt seg stabil de siste årene. Noen trekker frem at belastningen har økt, og peker på oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten og økt tilgjengelighet via e-konsultasjoner og PLO-meldinger som årsaker til dette. For å redusere arbeidsbelastningen har flere fastleger redusert listelengden sin eller valgt å fjerne e-konsultasjon som en tilgjengelig konsultasjonsform.

⁶ Uten vektingen av bakvakt og hjemmevakt er gjennomsnittlig timeantall per uke 50 for næringsdrivende, 56 for næringsdrivende med 8.2-avtale, 57 for kommunalt ansatte og 56 for kommunalt ansatte med fast lønn og bonus. Her er ikke timer brukt på «forskning og undervisning» med i utregningen.

Figur 6-4: Fastlegenes svar på: "Hvordan opplever du din nåværende arbeidsbelastning?"



Kilde: Spørreundersøkelser blant fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo i januar 2022 (rapport I), desember 2022 (rapport II), desember 2023 (rapport III) og desember 2024 (rapport IV). Merknad: Stjernene angir signifikansnivå for endringen i fordelingen, hvor hver av de påfølgende rapportene (Evaluering 2, 3 og 4) er testet opp mot Evalueringsrapport 1. Signifikansnivå: (***) $p < 0,01$, (**) $p < 0,05$ og (*) $p < 0,10$.

Fastlegene som opplever for stor arbeidsbelastning bruker i hovedsak en større andel av arbeidstiden sin på eget legekontor, men oppga ikke flere arbeidstimer på øvrige aktiviteter, sammenlignet med fastlegene som oppga å være fornøyd med egen arbeidsbelastning. Eldre leger rapporterer i større grad at de opplever en for høy arbeidsbelastning, sammenlignet med yngre leger (Vedlegg D).

6.2.1 Arbeid på legekontor

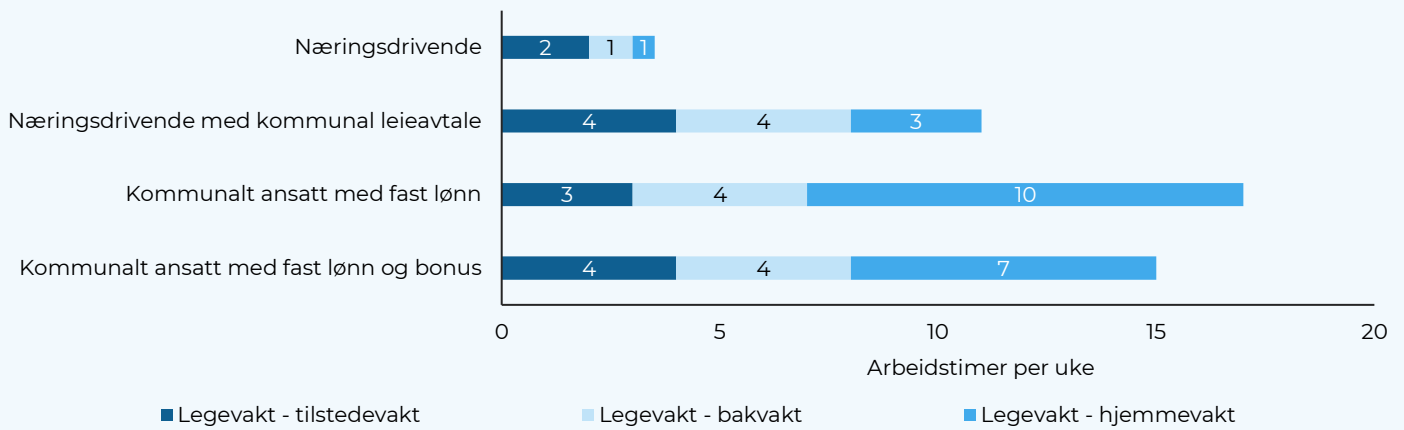
Arbeid på legekontor utgjør den største andelen av legenes arbeidstid, i gjennomsnitt 75 prosent av arbeidstiden på tvers av driftsformer. For næringsdrivende utgjør arbeid på legekontor 84 prosent av arbeidstiden, for næringsdrivende med 8.2-avtale utgjør det 68 prosent, for kommunalt ansatte 55 prosent og for kommunalt ansatte med fastlønn og bonusavtale utgjør det 63 prosent av legens arbeidstid. Samlet sett rapporterte næringsdrivende å bruke signifikant mer tid på arbeid på legekontor enn kommunalt ansatte.

I intervjuer uttrykker de fleste fastlegene at de jobber med faglige relevante arbeidsoppgaver, men de ønsker fortsatt å redusere administrative arbeidsoppgaver. Ulike attester og legeerklæringer, særlig fraværsattester for elever i videregående skole og attester i forbindelse med private helseforsikringer, blir trukket frem som arbeidsoppgaver fastlegene bør fritas fra, både under intervjuer gjennomført høsten 2024 og i spørreundersøkelsen gjennomført desember 2023 (Tyrihjell, et al., 2024). I regjeringens forslag til ny fastlegeforskrift, sendt på høring i mars 2025, er det foreslått å tydeliggjøre at fastlegen kun plikter til å skrive attester til det som følger av lov og forskrift. Dermed vil det være opp til hver enkelt fastlege å bestemme om de vil bruke tid på å skrive helseattester som går utover dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2025). Det er også innført endringer i fraværsreglene på videregående skole, som trer i kraft fra august 2025, som tillater elevene å levere egenmelding opp til fraværgrensen på ti prosent. Endringene er ment til å avlaste fastlegene, samt gjøre reglene for fravær likere reglene i arbeidslivet (Kunnskapsdepartementet, 2024).

Det er også delte meninger om fastlegens ansvar for sykemelding og hvor belastende det er. Lovendring i folketryktdloven gjeldende fra 1. juli 2023 medfører strengere vilkår knyttet til når det er lov å skrive ut sykemelding etter e-konsultasjon, noe som trekkes frem som et bidrag til høyere arbeidsbelastning (NAV, 2023). Fastlegene trakk frem under intervjuer i forbindelse med evaluering III at det varierer mellom pasienter om det er hensiktsmessig å forlenge sykemelding uten fysisk konsultasjon, men at den vurderingen kan gjøres av dem. Under intervjuer i forbindelse med årets evaluering trekker flere fastleger frem at det er tidkrevende med sykemeldingsarbeid, men at det er riktig at det ansvaret ligger hos fastleger. Andre fastleger tenker at det også kunne vært andre mer hensiktsmessige måter å organisere ansvaret for sykemeldingen på. En lege trakk også frem under intervju at henvisning til logoped har økt, etter lovendringen i 2022 som førte til at man måtte ha henvisning fra lege for å ha rett til logoped (Rundskriv til ftrl § 5-10: Logoped/Audiopedagog, 2022).

De fleste fastleger tilbyr e-konsultasjoner til sine pasienter, men de er delt i vurderingen av hvordan det påvirker arbeidsbelastningen. E-konsultasjoner består av tekst-konsultasjon, telefonkonsultasjon og videokonsultasjon. 63 prosent av fastleger opplever tekst-konsultasjoner som belastningsøkende, mens for telefonkonsultasjoner og videokonsultasjoner oppgir omtrent halvparten av legene at det øker arbeidsbelastningen (Tyrihjell, et al., 2024).

Figur 6-5: Oppgitt arbeidstid på legevakt etter driftsform*



Kilde: Spørreundersøkelse blant fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo i desember 2024. * Merknad kategorien «Legevakt – bakvakt» og «Legevakt – hjemnevakt» er ikke vektet.

6.2.2 Legevakt

I vår spørreundersøkelse gjennomført i evalueringsrapport III, oppga kommunerepresentantene at legevakt i hovedsak bemannes av næringsdrivende fastleger (74 prosent) og kommunalt ansatte fastleger (66 prosent). Svarene viste at organisering og bemanning av legevakt varierer på tvers av kommuner. Det vanligste er at legevaktene bemannes av fastlegene i kommunen, og avlønnes etter gjeldende takster. I mer sentrale kommuner finnes også egne legevaktsleger, mens usentrale kommuner oftere samarbeider med nabo-kommuner om legevakt og i større grad bemannes av kommunalt ansatte fastleger, leger i Nordsjøturnus og vikarer (Tyrihjøll, et al., 2024). KS finner tilsvarende resultater i en lignende undersøkelse (KS, 2023).

I spørreundersøkelsen i 2024 oppga de næringsdrivende fastlegene (med og uten kommunal leieavtale) å bruke signifikant mindre tid på legevaksarbeid⁷, sammenlignet med kommunalt ansatte leger (Figur 6-5). Næringsdrivende fastleger med kommunal leieavtale bruker signifikant mer tid på legevakt enn næringsdrivende fastleger uten leieavtale. Det er ikke en signifikant forskjell i omfanget av legevaksarbeid mellom kommunalt ansatte leger med fastlønn og kommunalt ansatte leger med fastlønn og bonus.

Et høyt antall timer brukt på bakvakt og hjemnevakt blant kommunalt ansatte fastleger henger trolig sammen med at disse fastlegene i større grad jobber i mindre og mer usentrale kommuner, der denne typen vakter ivaretas av fastleger. Videre ser man en reduksjon i rapportert tidsbruk på legevakt med økende kommune-størrelse og mer tid på legevakt blant fastleger med under 1 000 innbyggere på listen (Vedlegg D).

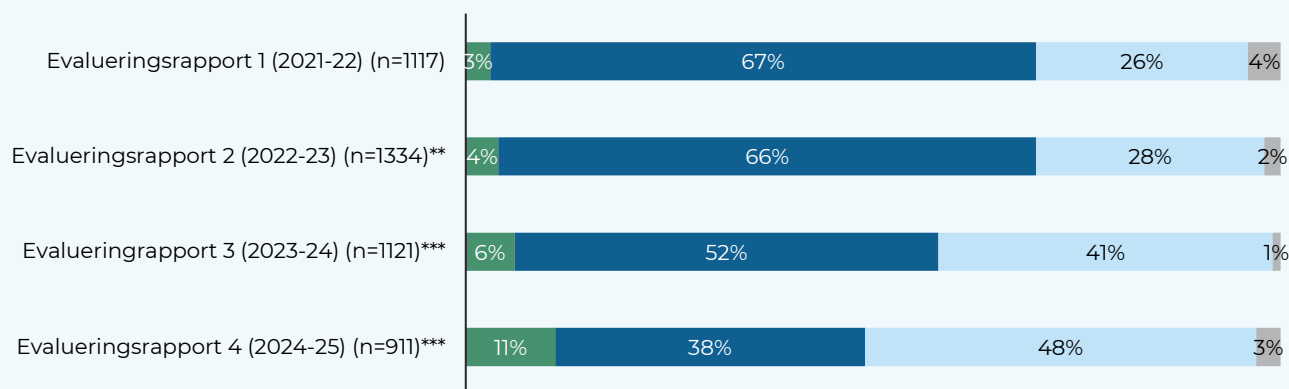
Legevaksarbeid er med på å øke arbeidsbelastningen for fastlegene. I spørreundersøkelsen gjennomført i forbindelse med evalueringsrapport III, oppga 60 prosent av fastlegene som jobber på legevakt, at de gjerne skulle vært foruten legevaksarbeid. Det er imidlertid forskjeller blant respondentene, hvor flere kommunalt ansatte oppgir at de ikke ville vært foruten legevaksarbeid sammenlignet med næringsdrivende leger. Yngre leger er også mer positive til legevaksarbeid.

Å være alene på vakt øker arbeidsbelastningen ytterligere. Fastleger intervjuet i evalueringsrapport III trekker frem at legevaksarbeid kan oppleves som mer belastende for unge leger, hvis man er alene på vakt (Tyrihjøll, et al., 2024). En fastlege vi intervjuet trakk frem at på mindre steder er det ofte mindre støttepersonell på legevakten på kveldstid, noe som fører til at belastningen av å ha legevakt øker. I forbindelse med spørreundersøkelsen gjennomført i evalueringsrapport III oppga 20 prosent av legene at de alltid er eneste lege på legevakt. Da har de ofte støttepersonell eller en lege i bakvakt som kan stille opp ved stor pågang. 20 prosent oppgir at de ofte er alene, særlig på nattevakt, mens 40 prosent aldri er alene på vakt (Tyrihjøll, et al., 2024).

Omtrent halvparten (46 prosent) av kommunerepresentantene i spørreundersøkelsen gjennomført i evalueringsrapport III oppga at de tror arbeidsbelastninger i legevaktstjenesten er for høy for fastlegene, og enkelte kommuner har iverksatt tiltak for å redusere belastningen slik som å forsøke å rekruttere flere leger (Tyrihjøll, et al., 2024). I vår spørreundersøkelse gjennomført i desember 2024, oppga omtrent halvparten (52 prosent) av fastlegene at de opplever utfordringer med bemanning av legevakten i kommunen. Andelen som

⁷ Her oppgir vi timer uten å omregne timer på bakvakt og hjemnevakt til ekvivalente arbeidstimer på tilstedevakt.

Figur 6-6: Fastlegenes svar på: «Kunne du tenke deg å endre listetaket ditt?»



■ Ja, jeg kunne tenke meg å øke listetaket ■ Ja, jeg kunne tenkte meg å redusere listetaket ■ Nei ■ Ikke relevant

Kilde: Spørreundersøkelser blant fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo i januar 2022 (rapport I), desember 2022 (rapport II), desember 2023 (rapport III) og desember 2024 (rapport IV). Merknad: Stjernene angir signifikansnivå for endringen i fordelingen, hvor hver av de påfølgende rapportene (Evaluering 2, 3 og 4) er testet opp mot Evalueringsrapport 1. Signifikansnivå: (*) $p < 0,01$, (**) $p < 0,05$ og (*) $p < 0,10$.**

oppga utfordringer knyttet til bemanning av legevakt er imidlertid redusert fra både evaluering III (62 prosent) og evaluering II (72 prosent) (Pedersen, et al., 2023; Tyrihjel, et al., 2024).

Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten foreslår at det bør etableres rammer for hvor mye legevaksarbeid fastleger kan pålegges (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023). Dette støttes av trepartssamarbeidet og Helsedirektoratet, som mener legevakt bør inngå i fastlegens allmennlegeoppgaver. En slik begrensning vil trolig føre til at flere leger må jobbe i legevakt, siden det nå er begrensninger på den enkelte lege. I KS sin spørreundersøkelse om legevakt oppga et flertall (67 prosent) av kommunene at det vil medføre at kommunen vil bli (mer) avhengig av andre leger enn fastleger, over halvparten (57 prosent) var enig i at det vil medføre høyere kostnader for kommunen. Samtidig mener om lag halvparten (47 prosent) av kommunene som har besvart undersøkelsen, i at det å innføre en maksimumsgrense for pålagt legevakt vil gjøre det lettere å rekruttere fastleger (KS, 2023).

Helsedirektoratet har utredet nye måter å organisere legevaksarbeid, for å sikre en bærekraftig og forsvarlig akuttmedisinsk beredskap i kommunene. I Pilot legevakt ble legevaktssentral og satellittlegevakt⁹ utprøvd. Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin (NKLM) gjennomførte en følgeevaluering av effektene av tiltakene, samt økonomiske konsekvenser. NKLM konkluderte med at nedleggelsen av legevakt i Romsdalsregionen og overgang til satellittlegevakt førte til økonomiske besparelser, men færre sykebesøk og utrykninger av legevakslege. Førde-området opplevde betydelige kostnader av etablering og drift av satellittlegevakten og effekten på helsetjenestebruken var liten. Pasientene som benyttet seg av videokonsultasjon var ofte fornøyde med satellittlegevakt (Zakariassen, 2022). Helsedirektoratet vurderte at modellen har overføringsverdi siden utfordringene i Romsdal kan skyldes interkommunal organisering heller enn modellen (Helsedirektoratet, 2023).

6.2.3 Andre oppgaver

I henhold til forskriften om fastlegeordningen i kommunene, samt rammeavtalen mellom KS og Den norske legeförening, kan kommunen pålegge en fastlege inntil 7,5 timer per uke med annet allmennmedisinsk arbeid. Dette kan inkludere oppgaver som arbeid ved sykehjem eller ved helsestasjoner. De næringsdrivende fastlegene oppga i spørreundersøkelsen å bruke signifikant mindre tid enn kommunalt ansatte fastleger på andre allmennmedisinske oppgaver, henholdsvis i 4 timer i gjennomsnitt for næringsdrivende både med og uten kommunal leieavtale og 7 timer i gjennomsnitt for kommunalt ansatte både med og uten fast lønn og bonus. Mengden tid brukt på denne typen legearbeid har holdt seg stabil over evalueringsperioden (Vedlegg D).

⁹ Satellittlegevakt innebærer at helsepersonell, som sykepleiere eller ambulanspersonell, kan gjøre legevaktoppgaver i samråd med lege lokalisert i en legevaktssentral. Tanken er at legen i legevaktssentralen gjennomfører en videokonsultasjon sammen med helsepersonellet på satellittlegevakten som er fysisk sammen med pasienten (Zakariassen, 2022).

I spørreundersøkelsen oppgir legene i gjennomsnitt å bruke én time per uke på forskning og undervisning, uavhengig av deres driftsform, imidlertid er det 25 prosent av fastlegene som angir at de bruker tid på slike oppgaver. Andelen av fastleger som bruker tid på forskning og undervisning er stabil på tvers av de forskjellige driftsformene.

Selvstendig næringsdrivende bruker mest tid på administrasjon av legekantoret. Mange fast ansatte leger og næringsdrivende med kommunal avtale arbeider på legekantor driftet av kommunen, noe som reduserer mengden administrativt arbeid. I evaluering III oppga 30 prosent av næringsdrivende fastleger at de brukte 3 til 5 timer i uken på denne typen arbeid mot henholdsvis 10, 13 og 8 prosent blant næringsdrivende med kommunal leieavtale, kommunalt ansatte med fast lønn og bonus (Tyrihjel, et al., 2024).

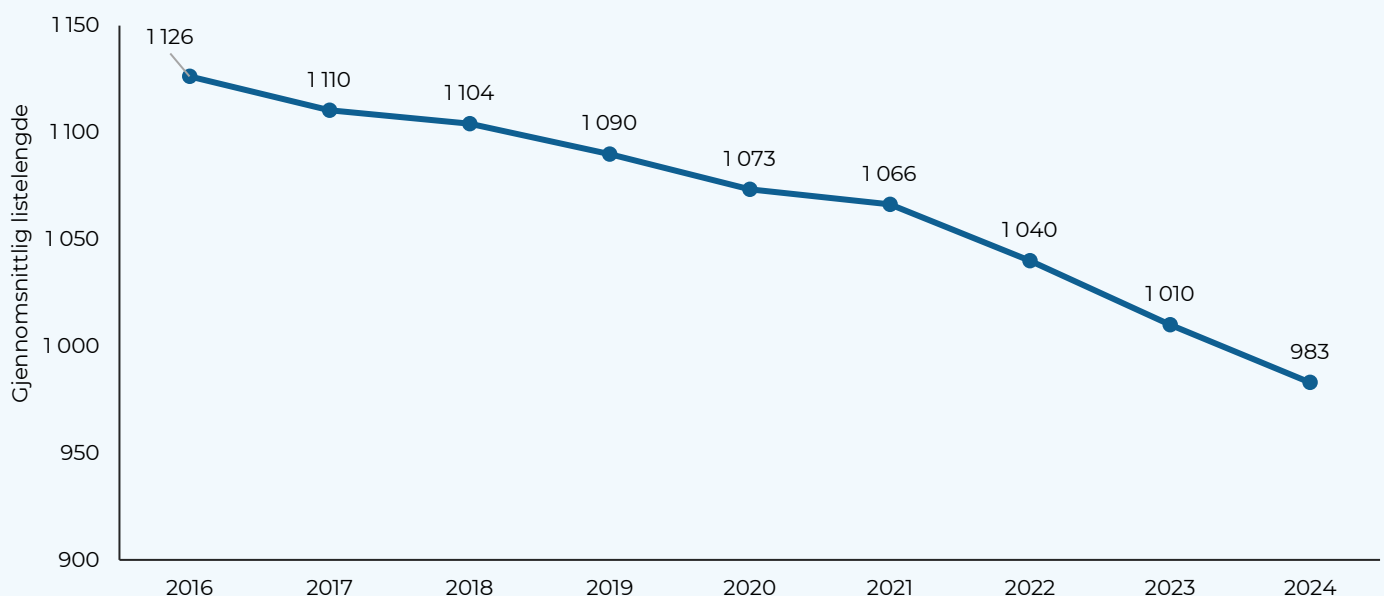
6.2.4 Listelengde og arbeidsbelastning

I 2024 var den gjennomsnittlige listelengde blant fastleger 983 innbyggere, redusert fra 1 010 året før (Figur 6-7). Endringen i fastlegenes gjennomsnittlige listelengde skyldes at både etablerte og nye leger har redusert listelengden sin i perioden 2016 til 2024. I 2024 har derimot gjennomsnittlig listelengde til nye fastleger økt fra 707 plasser til 723 plasser, mens gjennomsnittlig listelengde til etablerte fastleger har fortsatt å falle (Vedlegg D). Videre har både leger som er selvstendig næringsdrivende og leger som har fast ansatt i kommunene, valgt å redusere gjennomsnittlig listelengde i løpet av perioden. Tilsvarende har både mannlige og kvinnelige fastleger i snitt redusert sin gjennomsnittlige listelengde, hvorav menn i snitt hadde en listelengde på 1 054 plasser mens kvinner i snitt hadde en liste på 912 plasser i 2024 (Vedlegg D).

Ettersom listetaket brukes som et tiltak for å redusere arbeidsbelastning, kan ønske om å redusere listetaket gi uttrykk for at opplevd arbeidsbelastning er for høy. Andelen som oppga at de ønsket å redusere listetaket sitt har sunket signifikant fra 67 prosent i fra 2021-22 til 38 prosent 2024-25 (Figur 6-6).

Registerdata viser at flertallet (59 prosent) av de som var fastlege ved både utgangen av 2023 og 2024, har fått redusert listelengden sin i løpet av 2024. 37 prosent har fått lengre liste, og 4 prosent har like lang liste. 12 prosent av fastlegene har redusert listene sine med 50 innbyggere eller flere i løpet av 2024, mens 9 prosent har økt med 50 innbyggere eller flere. De fastlegene som reduserte listen med minst 50 innbyggere er næringsdrivende og eldre enn de som økte listen med minst 50 innbyggere.

Figur 6-7: Utvikling i fastlegers gjennomsnittlige listelengde*. Nivå tall per fjerde kvartal 2016-2024



Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics og Universitetet i Oslo. * Lister uten fast lege er ikke inkludert. Listelengde er beregnet per fastlege, slik at for fastleger som har flere lister beregnes summen per fastlege.

7. Finansiering av allmennlegetjenesten

Tiltakene i allmennlegetjenesten de siste årene har medført økte kostnader. De estimerte kostnadene av tiltakene styrket basistilskudd, Nasjonal ALIS og veiledning, og ALIS-kontorene, var på om lag 1,8 milliarder kroner i 2024. Det er også estimert at kommunenes egen finansiering av fastlegeordningen var på 1,2 milliarder kroner i 2023. Basistilskuddet har blitt styrket og endret gjennom evalueringsperioden og for en gjennomsnittlig næringsdrivende fastlege har inntekten fra basistilskuddet økt med over 50 prosent fra 2020 til 2024. Fastlegene er positive til styrket basistilskudd, og opplever at det gir økonomisk trygghet. Usentrale kommuner har hatt større utfordringer med rekruttering og stabilisering enn sentrale kommuner, og det synes positivt at basistilskuddet øker i disse kommunene. Fastlegene er derimot negative til pasienttilpasset basistilskudd og mener det verken bidrar til bedre kvalitet på legetjenestene eller mer tid til pasienter med størst behov.

7.1 Kostnader til allmennlegetjenester

7.1.1 Nasjonale utgifter

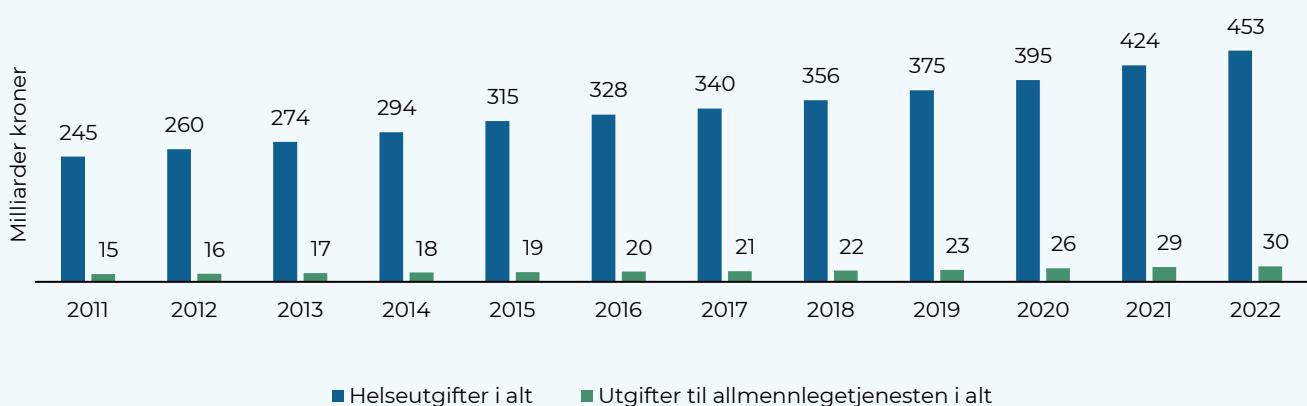
De samlede helseutgiftene i nasjonalregnskapet var i 2022 på 453 milliarder kroner. I dette inngår alle private og offentlige utgifter som går til forbruk eller investeringer i helsetjenesten, samt utgifter til pleie- og omsorgsformål (SSB, 2023). Av de totale helseutgiftene, går 30 milliarder kroner til allmennlegetjenester (Figur 7-1). Både de samlede helseutgiftene og utgiftene til allmennlegetjenester har vokst hvert år siden 2011. Utgiftene til allmennlegetjenester utgjorde 6 prosent av de samlede helseutgiftene i perioden 2011-2019, og har steget til om lag 7 prosent av samlede helseutgiftene siden 2020.

Takstbetalingene til allmennleger (refusjoner fra staten og egenandeler fra pasientene) utgjorde om lag 12 milliarder kroner i 2024, hvorav 1,2 milliarder var knyttet til legevaktarbeid. I tillegg var utgifter til basistilskuddet 4,8 milliarder kroner i (Tabell 7-1). Forskjellen mellom de 28 milliardene i Nasjonalregnskapet og 16,7 milliarder i takstbetalinger og basistilskudd består antagelig av utgifter til legevakt og andre allmenntilleggsfinansierte tjenester.

7.1.2 Kommunenes kostnader til allmennlegetjenesten

Det mangler i dag registerdata som viser en fullstendig oversikt over kommunenes samlede utgifter til allmennlegetjenester, herunder kostnader ved kommunale tiltak for å sikre rekruttering til og stabilitet blant fastleger. Flere kommuner har valgt å tilby tilleggsfinansiering til fastleger som er selvstendig næringsdrivende. Dette kan

Figur 7-1: Utgifter til helsetjenester i Nasjonalregnskapet (løpende priser)



Kilde: SSB, tabell 10811. Illustrasjon: Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Tall er inflasjonsjustert ved bruk av SSB, tabell 08981. Merknad: SSB rapporterer ikke utgifter for allmennlegetjenesten før 2011.

Tabell 7-1: Kostnader til allmennmedisinske tjenester ved takstbetalinger og basistilskudd, milliarder kroner

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Takstbetalinger allmennmedisin (ekskl. legevakt)	7,1	7,3	7,5	7,9	8,6	9,5	9,4	10,0	10,7
Takstbetalinger legevakt	0,8	0,9	0,9	1,0	1,1	1,5	1,2	1,1	1,2
Basistilskudd	2,3	2,4	2,5	2,6	2,9	3,2	3,5	4,3	4,8
Totalt	10,1	10,4	10,8	11,3	12,4	14,0	13,9	15,2	16,7

Kilde: KUHR og FLO, Helsedirektoratet og NAV.

foregå gjennom 8.2-avtaler, hvor kommunene vanligvis dekker hele eller en deler av kostnader knyttet til lokaler og/eller personell, eller andre tilleggsavtaler (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023)⁹. De siste årene har blitt gjennomført flere kartlegginger som gir økt informasjon om kommunenes kostnader.

SSB har estimert at kommunenes samlede driftskostnader til legevakt utgjorde om lag 3,6 milliarder kroner i 2023 (Thonstad & Stølan, 2024). Når det gjelder fastlegeordningen, estimerte NTNU Samfunnsforskning og SINTEF at kommunenes merkostnader var mellom 1,2 og 1,6 milliarder kroner i 2023 (NTNU samfunnsforskning og SINTEF, 2024).

Årsaken til økte kommunale utgifter til fastlegeordningen er at flere kommuner tilbyr tilleggsgoder og subsidieringsordninger for å tiltrekke og beholde fastleger. For fastleger som er kommunalt ansatte, er bonusordninger og insentivlønn de mest utbredte tiltakene. For næringsdrivende fastleger er subsidiering av lokaler, utstyr og støttepersonell de vanligste formene for støtte (NTNU samfunnsforskning og SINTEF, 2024).

I intervjuer med kommuneoverleger og enhetsledere av allmennlegetjenesten trekker noen av informantene frem at konkurranse om fastlegeressursene mellom nabokommuner påvirker kommunens kostnader. To kommuneoverleger trekker blant annet frem at nabokommuner tilbyr generøse avtaler som de ikke kan imøtekomme i sin kommune og at dette fører til misnøye blant fastlegene.

7.1.3 Kostnader ved tiltakene i allmennlegetjenesten

Siden starten av evalueringsperioden for dette prosjektet (2020), har det blitt iverksatt en rekke tiltak. Noen av tiltakene kjenner vi kostnadene av, som styrket basistilskudd, etablering av Nasjonal ALIS og veiledning, og opprettelse av ALIS-kontor. Samlet medførte disse tiltakene kostnader på rundt 1,8 milliarder kroner i 2024 (Figur 7-2). Akkumulert over evalueringsperioden (2020-2024) medførte tiltakene kostnader på 4,9 milliarder 2024-kr.

Tiltakene medfører også kostnader for andre aktører, og kartlegginger har funnet økende merkostnader i kommunene til finansiering av allmennlegetjenesten de siste årene, fra om lag 700 millioner kroner i 2020, til om lag 1,2 milliarder kroner i 2023 (inflasjonsjustert til 2024-kroner) (NTNU samfunnsforskning og SINTEF, 2024; Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse, 2022). Mye av dette er kostnader til egne rekrutteringstiltak, og ikke de nasjonale tiltakene. I intervjuer med kommunerepresentanter kommer det imidlertid frem at flere kommuner opplever at administrasjon av Nasjonal ALIS og veiledning tar opp mye tid og ressurser. Samlet sett kan innføring av Nasjonal ALIS og veiledning ha medført betydelige kostnader for kommunene. I tillegg er det også en rekke tiltak hvor vi ikke har data på kostnadene, men som medfører tids- og ressursbruk for ulike aktører. Samlet sett tyder dette på at tiltakene som har vært innført i allmennlegetjenesten de siste årene har vært kostbare.

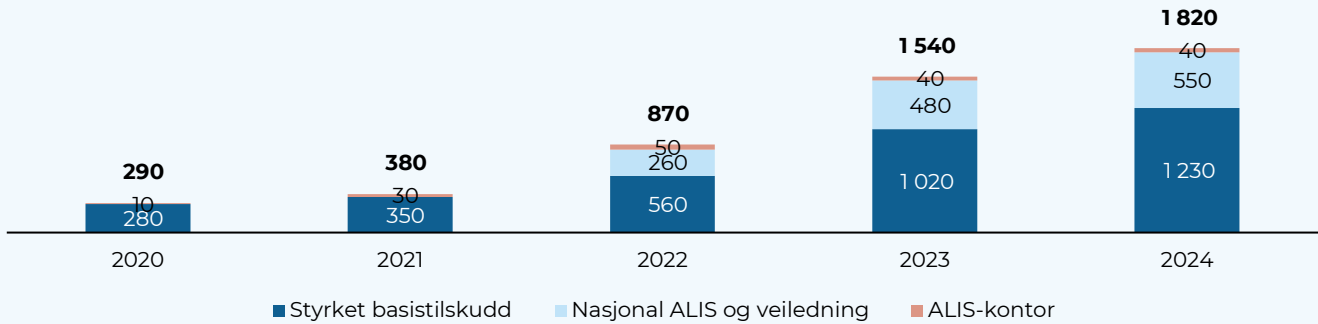
7.2 Finansiering av fastlegeordningen

7.2.1 Driftsformer i fastlegeordningen

Hovedmodellen i fastlegeordningen er at kommunene inngår en avtale med næringsdrivende fastleger om å tilby fastlegetjenester. Ved næringsdrift er det fastlegene selv som drifter legekantoret, og dekker kostnader til lokaler, utstyr og personell (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023). Mange kommuner tilbyr også tilleggsfinansiering til næringsdrivende fastleger, for eksempel i form av 8.2-avtaler. Noen steder er fastleger ansatt i kommunen. Da har kommunen ansvaret for driften av legekantoret og betaler lønn til fastlegen, mens kommunen beholder basistilskuddet og får refusjoner og egenandeler. Kommunalt ansatte fastleger har ofte fast inntekt, mens noen også har (aktivitetsbaserte) bonusordninger i tillegg.

⁹ Punkt 8.2 i ASA 4310 Rammeavtale mellom KS og Legeforeningen. 8.2-avtale er en avtale mellom fastlegen og kommunen, hvor kommunen eksempelvis bidrar med kontor, utstyr, hjelpepersonell og andre innsatsfaktorer på legekantoret.

Figur 7-2: Kostnader av utvalgte tiltak i allmennlegetjenesten, millioner 2024-kroner



Kilde: Kostnader til styrket basistilskudd er beregnet ved summerte styrkede bevilgninger til basistilskuddet. Basistilskuddet ble styrket med 233 millioner i 2020, 75 millioner i 2021, 205 millioner 2022, 480 millioner i 2023 og 250 millioner i 2024. Bevilgninger til ALIS-tilskuddet følger av Tabell 5-2 i årets evalueringsrapport. Kostnader for ALIS-kontorene er hentet fra Helseidrettsdirektoratets årsrapporter for status av tiltakene i handlingsplanen, samt planlagt bevilgning i statsbudsjettet for året 2024 (Helseidrettsdirektoratet, 2022a; 2024a; Prop. 1 S (2023-2024), 2023). Inflasjonsjustering er basert på SSB-tabell 08981.

Ved utgangen av 2024 var det totalt 5 517 fastleger i Norge, som til sammen håndterer 5 546 lister. I tillegg stod 260 fastlegelister uten fastlege. 79 prosent av fastlegelistene håndteres av en fastlege som er næringsdrivende, mens 21 prosent håndteres av en kommunalt ansatt fastlege. Basert på svarfordelingen til fastlegene som har besvart spørreundersøkelsen vår, estimerer vi at 66 prosent av fastlegene har ren næringsdrift, mens 13 prosent er næringsdrivende med 8.2.-avtale (Tabell 7-2). Av de 21 prosentene som kommunalt ansatt, estimerer vi at 11 prosent har en bonusavtale. 8.2.-avtaler og kommunal ansettelse er vanligere blant kommuner med færre innbyggere.

Flertallet av fastlegene foretrekker den driftsformen de har i dag

Blant utvalget fastleger som har svart på spørreundersøkelsen, oppga omtrent halvparten (49 prosent) at de ønsker næringsdrift, mens 26 prosent helst ønsker næringsdrift med en 8.2.-avtale. Færre ønsker seg kommunal ansettelse med bonus (19 prosent), og kun 7 prosent ønsker kommunal ansettelse uten bonusavtale (Figur 7-3). De fleste fastleger ønsker dermed en viss grad av aktivitetsbasert inntekt.

Flertallet av fastlegene foretrekker den driftsformen de allerede har. 9 prosent av de med ren næringsdrift ønsker kommunal ansettelse, mens tilsvarende tall blant de med 8.2.-avtale er 12 prosent. Blant kommunalt ansatte er det 8-9 prosent som ønsker å være næringsdrivende. Det er imidlertid en vesentlig andel av de med ren næringsdrift som ønsker 8.2.-avtale (19 prosent) og av de kommunalt ansatte uten bonus som ønsker bonusavtale (36 prosent) (Figur 7-3).

Tabell 7-2 Estimert andel fastleger med ulik driftsform fordelt på kommunestørrelse, ved utgangen av 2024

Kommunestørrelse	Næringsdrift etter hovedmodellen	Næringsdrift med 8.2.-avtale	Kommunalt ansatt med fastlønn	Kommunalt ansatt med fastlønn og bonusavtale	Antall fastlegehjemler
Under 5 000 innbyggere	7 %	25 %	37 %	31 %	574
5 000 til 10 000 innbyggere	28 %	33 %	18 %	22 %	561
10 000 til 50 000 innbyggere	65 %	14 %	9 %	13 %	1 985
50 000 til 100 000 innbyggere	80 %	11 %	5 %	4 %	827
Over 100 000 innbyggere	95 %	1 %	3 %	2 %	1 599
Totalt	3 662 (66 %)	705 (13 %)	571 (10 %)	608 (11%)	5 546 (100%)

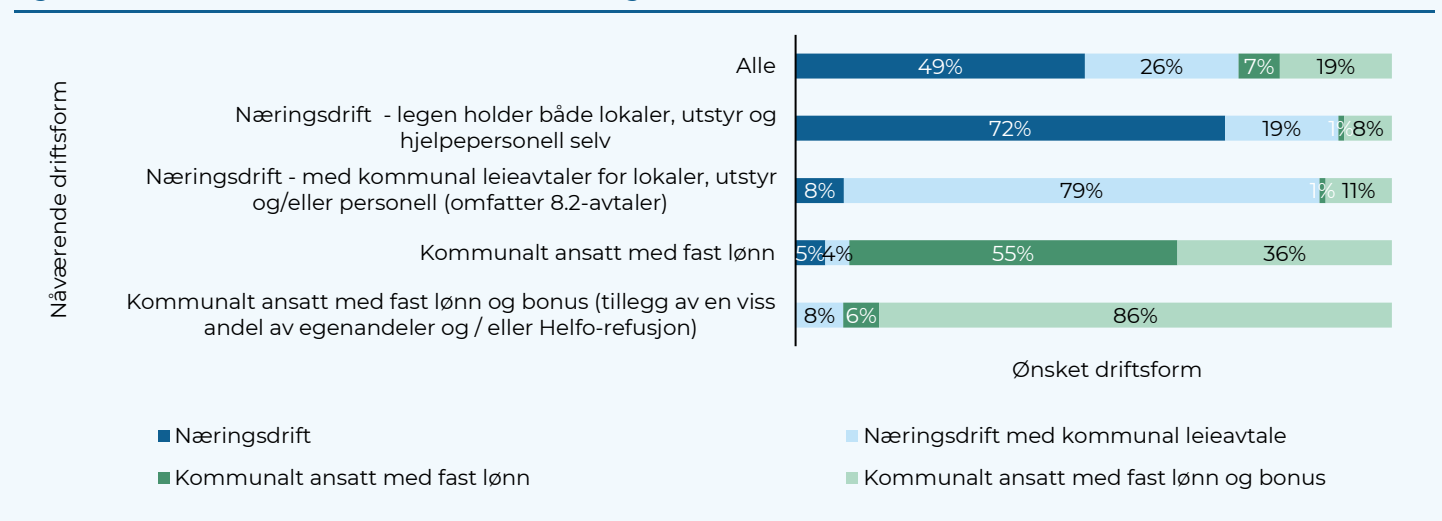
Kilde: FLO og spørreundersøkelse blant fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo i desember 2024.

I intervjuer trakk fastleger frem autonomi og full råderett over egen arbeidshverdag som de viktigste fordelene med næringsdrift. Fordeler med kommunal ansettelse er fritak fra drift av legekontor og personalansvar. Det virker som at unge leger opplever kommunal ansettelse som mer fordelaktig enn eldre leger. En begrunnelse for dette er at yngre leger har kortere lister og bruker tid på å få oversikt over alle takster som kan tas i bruk.

Noen fastleger påpekte i intervjuer at det er en fordel for yngre leger under spesialisering å ha kommunal ansettelse med fastlønn. I spørreundersøkelsen svarer imidlertid flere av de kommunalt ansatte fastlegene under spesialisering at de ønsker å bytte driftsform når de blir spesialist, enn de næringsdrivende som er under spesialisering. (Figur 7-4).

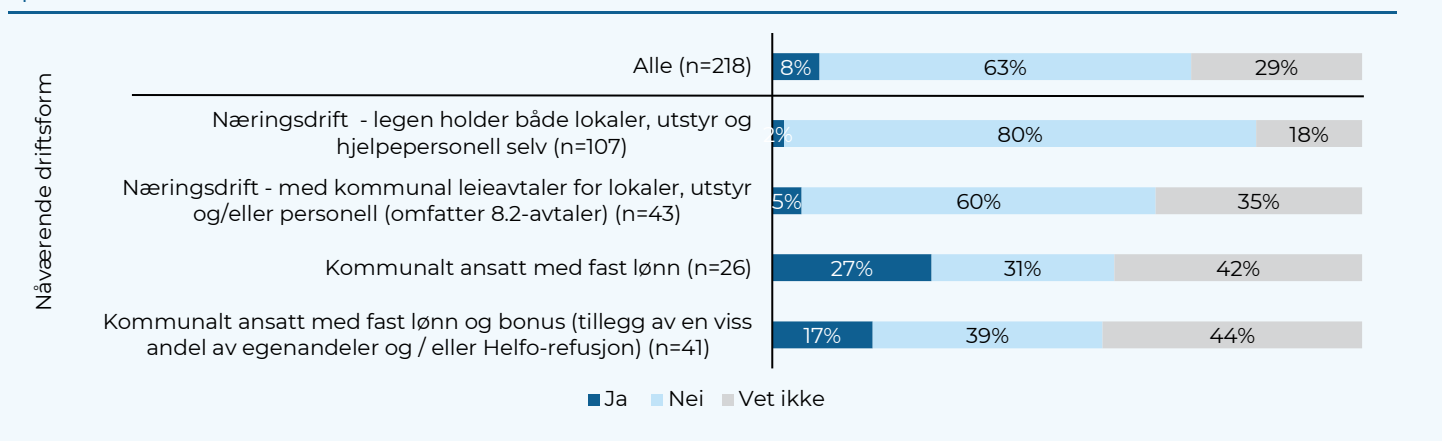
Blant medisinstuderenter og LISI er det flere som sier at de foretrekker kommunal ansettelse med fastlønn som nyutdannet lege (51 prosent) (Vedlegg C), mens flere foretrekker næringsdrift etter endt spesialisering (46 prosent næringsdrift, mot 25 prosent kommunal ansettelse med fastlønn og 29 prosent vet ikke). Blant medisinstudentene har driftsform blitt mindre viktig i vurderingen av fastlegejobben. I vår spørreundersøkelse i forbindelse med evalueringsrapport I var det 56 prosent som oppga at det å få foretrukken driftsform er viktig for om de ønsker å bli fastlege, mens 41 prosent svarer det samme i årets spørreundersøkelse.

Figur 7-3: Preferanse for driftsform blant fastleger, etter nåværende driftsform



Kilde: Spørreundersøkelse blant fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo i desember 2024.

Figur 7-4: Fastleger under spesialisering sitt svar på spørsmålet «ønsker du å bytte driftsform når du blir spesialist i allmenntjenesten?»



Kilde: Spørreundersøkelse blant fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo i desember 2024.

Valg av driftsform påvirker kommunens økonomi

Flertallet av representanter for kommunene vi har intervjuet i årets evaluering oppga at dersom de kunne valgt, ville de ikke tilbudt fastleger fast ansettelse. Rekrutteringssituasjon har imidlertid gjort det nødvendig for mange å tilby dette. Kommunene forteller at kostnadene per lege er høyere ved fast ansettelse, av flere årsaker. Fast ansatte fastleger har kortere lister, slik at basistilskuddet per lege er lavere. I tillegg generer de fast ansatte lavere takstinntekter, fordi de har kortere lister. Fastlegene har også lavere insentiver til å fullt ut føre alle takster de har krav på, dersom de er fast ansatt uten en form for bonusavtale. Dette er en ulempe for kommunen, som da får inn mindre takstinntekter for sine fastleger. Kommunene opplever at takstinntjeningen går ned, og dekker ikke inn lønnskostnader og sosiale avgifter. NTNU Samfunnsforskning og SINTEF har undersøkt variasjoner i kommunal finansiering av fastlegeordningen, og estimerer at kommuner som har leger med kommunal ansettelse har en merkostnad på 474 millioner kroner (NTNU samfunnsforskning og SINTEF, 2024).

Flere kommunerepresentantene vi intervjuet fortalte at de har tilbudt fast ansettelse for å få ansatt til ledige hjemler. De forteller videre at dersom alternativet for å få rekruttert fastleger er ulike kommunale tilskudd og gunstige 8.2-avtaler, kan fast ansettelse fremstå som et vel så gunstig alternativ for kommunen.

En nylig publisert rapport skrevet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet finner at næringsdrivende fastleger forskriver mer antibiotika og vanedannende legemidler (Mykletun, Kraft, Hoff, & Østby, 2025). I tillegg sykemelder de hyppigere pasienter, og henviser flere til MR-undersøkelser. Forfatterne av studien konkluderer med at økonomiske insentiver som gis gjennom en modell med næringsdrift kan bidra til svakere portvokting. Videre finner de en sammenheng mellom høyere inntjenning og forskrivning av antibiotika, vanedannende legemidler, sykmelding og hyppigere henvisning til MR-undersøkelser og avtalespesialister blant næringsdrivende fastleger.

7.2.2 Fastlegenes inntekter

Fastlegers inntekt består av takstinntekter i form av refusjoner fra Helfo og egenandeler som betales av pasientene, og basistilskudd fra kommunen. Refusjoner og egenandeler betales for tjenester som utføres underveis i konsultasjonen, og bestemmes utfra takstene som er fastsatt i normaltariiffen. Basistilskuddet utbetales per pasient på fastlegelisten. I 2024 utgjorde takstbetalinger 69 prosent av betalingene til fastlegekontor, ned fra 75 prosent i 2016 (Tabell 7-1).

7.2.3 Basisfinansiering

Basisfinansiering utgjør om lag 30 prosent av finansieringen av fastlegeordningen, og består i dag av tre elementer; (1) grunntilskudd, (2) utjamningstilskudd og (3) basistilskudd (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023). Basisfinansieringen er i mindre grad enn takstbetalinger avhengige av aktiviteten til fastlegen.

Basistilskuddet utgjør den største delen av basisfinansieringen, hvor fastlegen mottar et beløp per listeinnbygger. Formålet med grunntilskuddet og utjamningstilskuddet er å gi en økonomisk kompensasjon for fastleger som har ufrivillig korte lister. Grunntilskuddet gis til næringsdrivende fastleger som har inngått en fastlegeavtale i løpet av de siste to årene, og som har et listetak over 500 innbyggere, men færre enn 500 innbyggere på pasientlisten sin. Utjamningstilskuddet gis til næringsdrivende fastleger i kommuner med færre enn 5 000 innbyggere, og hvor gjennomsnittlig listelengde i kommunen er mindre enn 1 200 personer. Fastlegen vil da motta et basistilskudd som tilsvarer differansen mellom gjennomsnittlig listelengde i kommunen og referanselengden på 1 200 personer (Helsedirektoratet, 2023b; Tyrihjel, et al., 2024).

Endring og utvikling i basisfinansiering over tid

Før fastlegereformen ble innført, mottok de fleste allmennleger et fast driftstilskudd fra kommunen i kombinasjon med takstinntekter fra pasienter og Rikstrygdeverket (som senere ble Helfo). Driftstilskuddet ble erstattet av et per capita-basert basistilskudd når fastlegeordningen ble innført. I perioden 2001 til 2020 var per capita-satsen den samme for alle listeinnbyggere. Da handlingsplan for allmennlegetjenesten ble lansert i 2020, ble det innført et knekkpunkt i basistilskuddet. Fastlegene mottok da en høyere sats per listeinnbygger for de første 1 000 innbyggerne på listen, med hensikten å stimulere til kortere lister. I 2023 ble knekkpunktet fjernet, samtidig som pasienttilpasset basistilskudd ble innført.

Siden 2020 har både størrelsen og innretningen av basistilskuddet blitt endret ved flere anledninger. Ved lanseringen av handlingsplanen for allmennlegetjenesten ble basistilskuddet økt med 350 millioner kroner, før det ble økt med ytterligere med 205 millioner kroner i 2022 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Ved overgang til pasienttilpasset basistilskudd i 2023, ble basistilskuddet styrket med 480 millioner kroner i friske

midler. I 2024 ble det foreslått å øke bevilgningen til basistilskuddet ytterligere med 250 millioner kroner, slik at samlet helårseffekt av styrkingen utgjør 730 millioner kroner (Prop. 1 S (2023-2024); Helse- og omsorgsdepartementet, 2023).

Fra 2020 til 2024 (evalueringsperioden) har gjennomsnittlig basistilskudd per listeinnbygger økt med 52 prosent (28 prosent etter justering for inflasjon). De største økningene kom ved lansering av handlingsplanen i 2020 og innføring av pasienttilpasset basistilskudd i 2023 (Figur 7-5). Ved utgangen av 2020 hadde hver fastlege i gjennomsnitt 1 073 innbyggere på sin liste. En næringsdrivende fastlege med 1 073 innbyggere på listen som mottok 606 000 kr i basistilskudd i 2020 fikk (i gjennomsnitt) 920 000 kr i basistilskudd for tilsvarende liste i 2024 (tilsvarende 773 000 i 2020-kr). Fastlegene har redusert antall innbyggere på listen i perioden. En fastlegeliste med 983 innbyggere, som var gjennomsnitt per fastlege ved utgangen av 2024, mottok basistilskudd 843 000 kr i basistilskudd i 2024 (tilsvarende 708 000 i 2020-kr). Fastlegene har dermed fått en betydelig økning i utbetalt basistilskudd de siste fire årene.

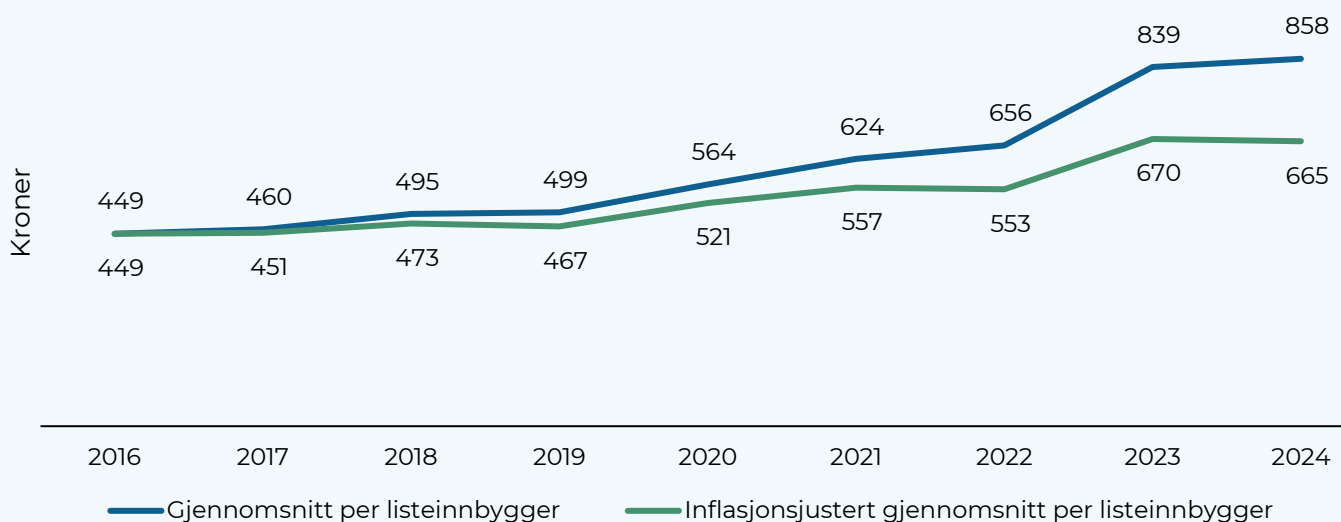
Fastlegenes opplevelse av økt basistilskudd

Styrking av basistilskuddet har vært et tiltak som er benyttet for å sikre rekruttering og stabilitet i fastlegeordningen. Både fastlegene og kommunene har gjennom evalueringsperioden trukket frem at økt basistilskudd har vært et viktig tiltak for bedre økonomiske rammebetingelser og har bidratt til å bedre rekruttering og stabilitet. Flere fastleger enn tidligere oppgir at basistilskuddet dekker de faste kostnadene (Tyrihjell, et al., 2024) og andelen fastleger som oppgir å ha økonomisk trygghet i sin arbeidssituasjon har økt signifikant fra 46 til 65 prosent (Figur 4-13).

I intervjuer trekker fastlegene frem at de har mottatt en betydelig økning i basistilskudd, og at dette har opplevdes som viktig for å forbedre fastlegenes rammevilkår. Samtidig påpeker flere at driftsutgiftene sine, i form av personell, materiell og kontorlokale, også har økt betydelig de siste årene.

I spørreundersøkelsen er om lag halvparten av de næringsdrivende fastlegene helt eller litt enig i at økt basistilskudd bidrar til mer økonomisk trygghet (58 prosent) og bedre kompensasjon for arbeidsbelastningen (48 prosent). Litt under halvparten av næringsdrivende fastleger er derimot helt uenig eller litt uenig i at økt basistilskudd bidrar til pasientbehandling av bedre kvalitet (40 prosent) og mer tid til listeinnbyggere med størst behov (48 prosent). Svarfordelingen for de ulike påstandene endrer seg ikke i betydelig grad dersom man kun ser på fastlegene som har næringsdrift uten kommunal avtale (Vedlegg B) (Figur 7-6).

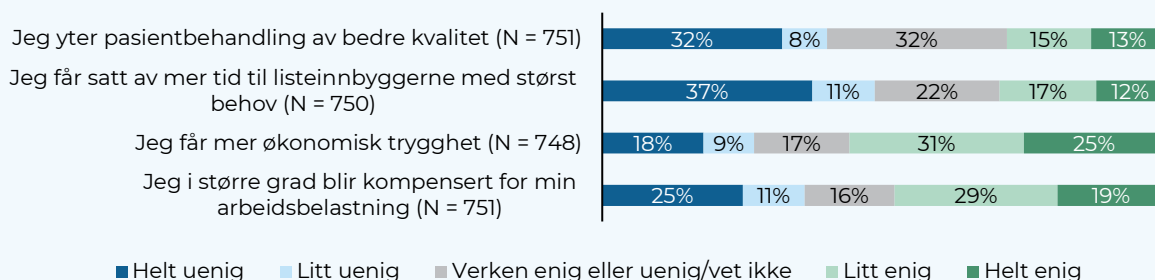
Figur 7-5: Gjennomsnittlig basistilskudd per listeinnbygger*, 2016-2024



Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics og Universitetet i Oslo. *Beregnet til årlige størrelser med utgangspunkt i basistilskudd utbetalt i desember hvert år.

Figur 7-6: Selvstendig næringsdrivende (med og uten kommunal leieavtale) fastlegers svar på «Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn om økt basistilskudd?»

Økt basistilskudd har bidratt til at ...



Kilde: Spørreundersøkelse blant fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo i desember 2024. Merknad: Svarene til kommunalt ansatte fastleger er utelatt av figuren.

Effekter av pasienttilpasset basistilskudd for mannlige og kvinnelige fastleger

I desember 2024 utgjorde det totale basistilskuddet i fastlegeordningen 391 millioner kroner. Av dette beløpet var det pasienttilpassede basistilskuddet, beregnet ut fra pasientenes kjønn, alder og bruk av fastlegen, 368 millioner kroner, som utgjør 94 prosent av det samlede basistilskuddet. Grunntilskuddet utgjorde 3 millioner kroner (1 prosent), mens tillegg for lav gjennomsnittsutdanning i kommunen var på 13 millioner kroner (3 prosent). Tillegg for usentral beliggenhet utgjorde 6 millioner kroner (2 prosent).

Vår analyse av basistilskuddet til fastleger beregnet for desember i 2024 viser at mannlige fastleger samlet sett mottar mer i basistilskudd (211 millioner kroner) enn kvinnelige fastleger (180 millioner kroner), og dette kan forklares med at mannlige fastleger har ansvar for flere pasienter (Tabell 7-3). For basistilskudd per pasient, er forskjellene relativt små: Mannlige leger mottar i gjennomsnitt 72,2 kroner per listeinnbygger, mot 71,9 kr for kvinnelige leger. Denne forskjellen i gjennomsnittsverdi er ikke statistisk signifikant¹⁰. Vi beskriver fordelingen til basistilskudd per innbygger i kapittel D i vedlegg.

Yngre kvinnelige leger (26-38 år) har det høyeste basistilskuddet per listeinnbygger med 73,4 kroner. For både kvinnelige og mannlige leger, er det de yngste legene som mottar høyest basistilskudd per listeperson. Tilskuddene varierer med legens kjønn og alder, men det ser ut til at flere yngre kvinnelige leger praktiserer i usentrale kommuner og dermed oftere får tillegg for usentral kommunebeliggenhet, sammenlignet med mannlige leger. Vi ser også at yngre kvinnelige leger har en større tendens til å motta grunntilskudd.

Effekter av pasienttilpasset basistilskudd for ulike fastleger og kommuner

Endringen fra basistilskudd med knekkpunkt til pasienttilpasset basistilskudd fra 2023 kan splittes i to:

- Økning i størrelsen på basistilskuddet
- Endring av basistilskuddets innhold

Økning i basistilskuddets størrelse

Basistilskuddet gjør at det ikke er lønnsomt for fastlegen å yte flere tjenester enn det fastlegen anser som tilstrekkelig så lenge fastlegen har ønsket listelengde. Økning i basistilskuddet medfører både en inntektseffekt (fastlegen får større inntekt for samme arbeidstid som før) og en prisvridningseffekt (det er mer lønnsomt å ha lang liste enn før). Inntektseffekten medfører et ønske om kortere liste, mindre arbeid og mer fritid, mens prisvridningseffekten medfører et ønske om lengre liste siden det økte basistilskuddet har gjort fritiden dyrere i form av tapt inntekt. Den samlede effekten av økt basistilskudd på den enkelte fastleges ønskede listelengde er dermed ubestemt fra teorien.

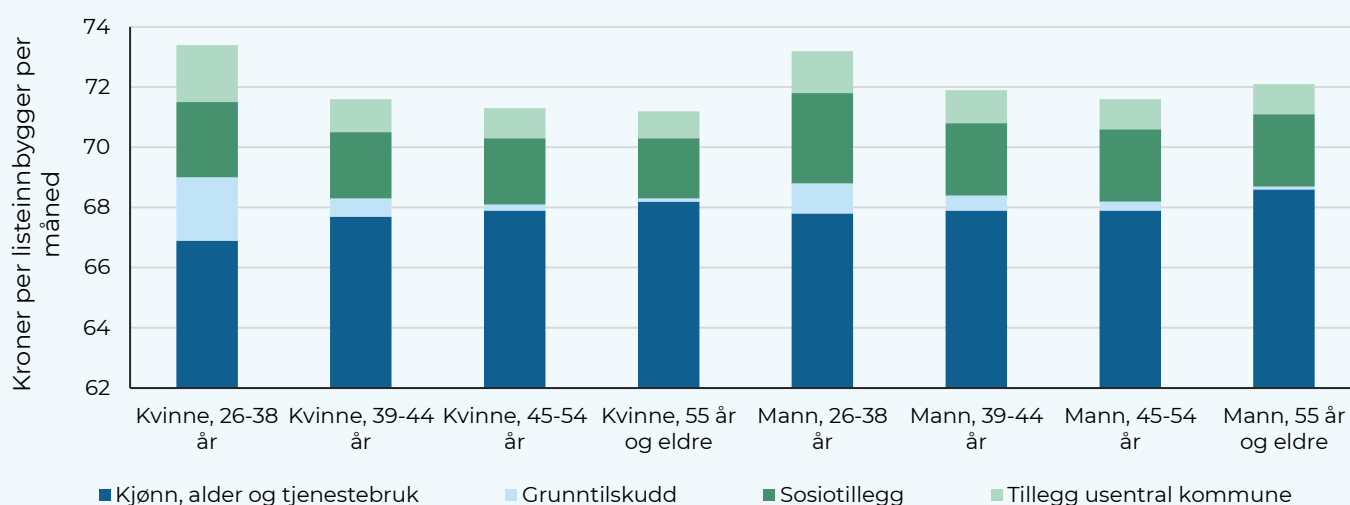
¹⁰ Mann-Whitney test gir en p-verdi = 0,1399.

Tabell 7-3: Basistilskudd per innbygger fordelt på fastlegens kjønn

Kategori	Kvinne (N=2744)	Mann (N=2773)
Basistilskudd i alt (mill. kr.)	180	211
Antall listepersoner	2 502 702	2 922 841
Basistilskudd i alt (kroner per listeinnbygger)	71,9	72,2
Basistilskudd pasientens kjønn, alder og bruk (kroner per listeinnbygger)	67,6	68,1
Sosiotillegg (kroner per listeinnbygger)	2,3	2,5
Sentralitetstillegg (kroner per listeinnbygger)	1,2	1,1
Grunntilskudd (kroner per listeinnbygger)	0,8	0,4

Kilde: FLO. Analyser basert på Universitetet i Oslo og Oslo Economics.

Figur 7-7: Komponenter i basistilskudd per listeinnbygger for ulike fastlegegrupper og basistilskuddets komponenter, desember 2024



Kilde: FLO. Analyser basert på Universitetet i Oslo og Oslo Economics.

Endring av basistilskuddets innhold

Denne systemendringen innebærer at basistilskuddets innhold endres uten at basistilskuddets størrelse endrer seg for den representative fastlegen. Øker man listen med en tilfeldig valgt pasient, blir økningen i basistilskudd og takster den samme som før systemendringen. Med optimal tilpasning i utgangspunktet gir systemendringen ingen oppmuntring til å endre listelengden.

Endring av basistilskuddets innhold kan oppmuntre til endring av sammensetning og omfang av tjenestene fastlegene yter. Til forskjell fra tidligere gir tjenester som medfører egenbetaling i tillegg til umiddelbare inntekter også muligheter til større basistilskudd neste år. Innenfor hver kjønns- og aldersgruppe fastsettes behovet for tjenester etter utløste egenandelstakster fordelt på fire grupper: lav (0-50 prosent), middels (50-80 prosent), høy (80-90 prosent) og høy pluss (90-100 prosent), der prosenttallet refererer til fordelingen av utløste egenandelsrefusjoner i hver av kjønns- og aldersgruppene. Beløpsgrensene som bestemmer prosentilene, endres fra måned til måned, mens vektene per alders- og kjønnskategori (og satser for sentralitet og sosio-økonomi) samt beløpene ligger fast gjennom et helt avtaleår (fra 1.7.-30.6.).

Dersom en fastlege kjenner grensene som skiller de fem gruppene fra hverandre, kan det lønne seg å øke antallet helsetjenester til pasienter som ligger akkurat under grensen til neste gruppe og eventuelt redusere antallet helsetjenester noe til pasienter som ligger godt over denne grensen. Dersom alle fastlegene tenker på samme måte, vil det samlede tjenestevolumet øke og beløpene som markerer grensene mellom gruppene, må også øke for at fordelingen skal være uforandret. For den enkelte fastlege er det derfor ikke noe å tjene i form av større basistilskudd. Det er likevel foretrukket handling, siden en fastlege vil tape hvis fastlegen ikke justerer

helsetjenestene samtidig som de andre gjør det. Dette resultatet tilsvarer det velkjente fangenes dilemma-spillet.

Det er to motforestillinger mot resonnementet over. Kronebeløpene som er tilknyttet grensene, er ikke åpen informasjon. Det er informasjon man må be Helsedirektoratet om, og det er trolig ikke mange som gjør det. Vi er heller ikke kjent med at dette er en tjeneste journalleverandørene tilbyr. Den andre motforestillingen er at fastlegene kan avtale seg imellom at de ikke skal justere antallet tjenester som et resultat av pasienttilpasset basistilskudd. Vi er ikke kjent med at det er formelle avtaler, men det kan jo likevel være at det oppleves som den anerkjente måten å opptre på.

Konklusjonen blir dermed at det ikke er noen entydig hypotese om volumet av fastlegetjenester vil øke som et resultat av pasienttilpasset basistilskudd.

Det andre spørsmålet er om sammensetningen av tjenestene fastlegen yter, vil endre seg ved innføring av pasienttilpasset basistilskudd. Dette spørsmålet samsvarer med om sammensetningen av takstene vil endre seg. Overgang til pasienttilpasset basistilskudd oppmuntrer til å bruke flere takster som inngår i beregningsgrunnlaget for pasienttilpasset basistilskudd og færre takster som ikke inngår i beregningsgrunnlaget for pasienttilpasset basistilskudd. Utfra en slik tankegang skal den valgte sammensetningen av takstene bidra til at samlet pasienttilpasset basistilskudd blir størst mulig. For eksempel oppmuntrer beregningsgrunnlaget til flere konsultasjonstakster og færre av takstene 1f (telefon samtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter), 14 (Møtegodtgjørelse med reisetid når legen deltar i planlagt flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient), 6a (Systematisk risikokartlegging av fastlegens listeinnbyggere for å identifisere pasienter med kronisk sykdom) og 660 (Merarbeid ved årlig, fullstendig undersøkelse av utviklingshemmede, personer med demens mv.).

Ekstra tilskudd for usentrale kommuner og lav utdanning

Beløp tilsvarende samlet basistilskudd blir fordelt fra staten til kommunene ifølge delkostnadsnøkkelen for helse i inntektssystemet for kommunene. Kriteriene for fordeling mellom kommunene er aldersfordeling og reiseavstander innenfor kommunen. Det er dermed ikke noen direkte kobling mellom økningen i tilskuddet til en kommune og hvordan kommunen skårer på kriteriene sentralitet og sosioøkonomi. Næringsdrivende leger med listeinnbyggere i usentrale kommuner og/eller kommuner som har innbyggere med lav utdanning, får basistilskudd fra kommunen i henhold til de aktuelle kriteriene. For kommunalt ansatte leger med fast lønn er det ingen slike føringer. Siden over halvparten av fastlegene i usentrale kommuner er kommunalt ansatt, er det ingen direkte forbindelse mellom basistilskudd og disse fastlegenes inntekter. Det kan imidlertid være en smitteeffekt fra inntektsøkning for de næringsdrivende til resultat av lønnsforhandlingene for de ansatte. Som for de andre komponentene i pasienttilpasset basistilskudd, vil økt inntekt både ha en inntektseffekt og en prisvridningseffekt. Inntektseffekten trekker i retning av et ønske om kortere pasientlister, mens prisvridningseffekten trekker i motsatt retning. Siden det har skjedd en inntektsøkning for næringsdrivende fastleger med listeinnbyggere i usentrale kommuner med lav utdanning, har det blitt mer attraktivt å etablere seg som næringsdrivende i disse kommunene enn hva det var før. At andelen næringsdrivende leger er liten i disse kommunene, trekker i retning av at denne effekten ikke kan forventes å være stor.

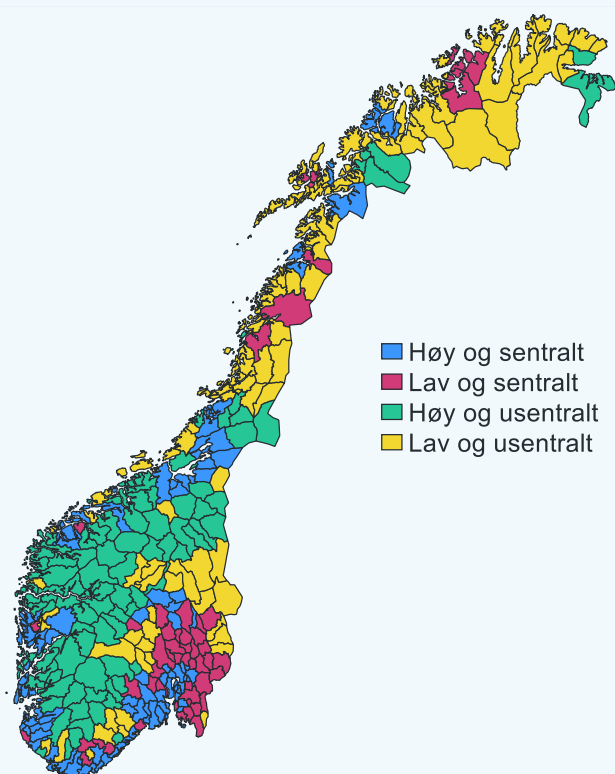
Utvalg og metode

Analysen bygger på data fra FLO-databasen med informasjon om alle fastlegelister i Norge, i tillegg til at vi har koblet på informasjon om sosioøkonomisk nivå, sentralitet og befolkning for kommunen listen tilhører. Fastlegelistene deles inn i fire grupper basert på kommunens sosioøkonomiske nivå og sentralitet: *høy og sentralt*, *lav og sentralt*, *høy og usentralt* og *lav og usentralt*. Inndelingen gjenspeiler hvor mye basistilskuddet økte etter innføringen av pasienttilpasset basistilskudd – fra minst økning i gruppen «høy og sentralt» til størst økning i gruppen «lav og usentralt».

Hoveddelen av kommuner med lav gjennomsnittsutdanning og sentral beliggenhet befinner seg på Østlandet, nær Oslo. Hoveddelen av kommuner med usentral beliggenhet er innlandskommuner, og hoveddelen av kommuner i kategorien *høy og usentralt*, befinner seg sør for Trøndelag. Hoveddelen av kommuner med høy gjennomsnittsutdanning og sentral beliggenhet befinner nær sjø eller fjord (Figur 7-8).

Størstedelen av befolkningen (68 prosent) bor i sentrale kommuner med høyt gjennomsnittlig utdanningsnivå, og det er også i disse kommunene det er flest fastleger (64 prosent). 30 prosent av kommunene er i kategorien lav (sosioøkonomi) og usentralt, men disse kommunene har kun 6 prosent av befolkningen og 9 prosent av fastlegene. I disse kommunene er 63 prosent av fastlegene kommunalt ansatt, mot 12 prosent i kommunene som er i kategorien høy og sentralt (Tabell 7-4, se vedlegg D for tilsvarende tall for 2020).

Figur 7-8: Geografisk beliggenhet til de fire ulike kommunetypene som brukes i beregning av pasienttilpasset basistilskudd.



Høy og sentralt: Kommuner med høy utdanning og sentral beliggenhet. For listepersoner i disse kommunene utbetales ikke tillegg for lav gjennomsnittsutdanning og usentral beliggenhet.

Lav og sentralt: Kommuner med lav utdanning og sentral beliggenhet. For listepersoner i disse kommunene har basistilskuddet tillegg for lav gjennomsnittsutdanning.

Høy og usentralt: Kommuner med høy utdanning og usentral beliggenhet. For listepersoner i disse kommunene har basistilskuddet tillegg for usentral beliggenhet.

Lav og usentralt: Kommuner med lav utdanning og usentral beliggenhet. For listepersoner i disse kommunene har basistilskuddet tillegg for både lav utdanning og usentral beliggenhet.

Kilde: FLO. Analyser basert på Universitetet i Oslo og Oslo Economics.

Tabell 7-4: Antall kommuner, fastleger og innbyggere etter kommunegrupper (2024)

2024K1	Antall kommuner	Antall leger med næringsdrift	Antall leger med fastlønn	Antall listeinnbyggere
Høy og sentralt	96	3140	434	3 785 947
Lav og sentralt	49	794	163	990 082
Høy og usentralt	99	257	279	414 361
Lav og usentralt	107	177	305	352 538
Totalt	351	4368	1181	5 542 928

Kilde: FLO. Analyse av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

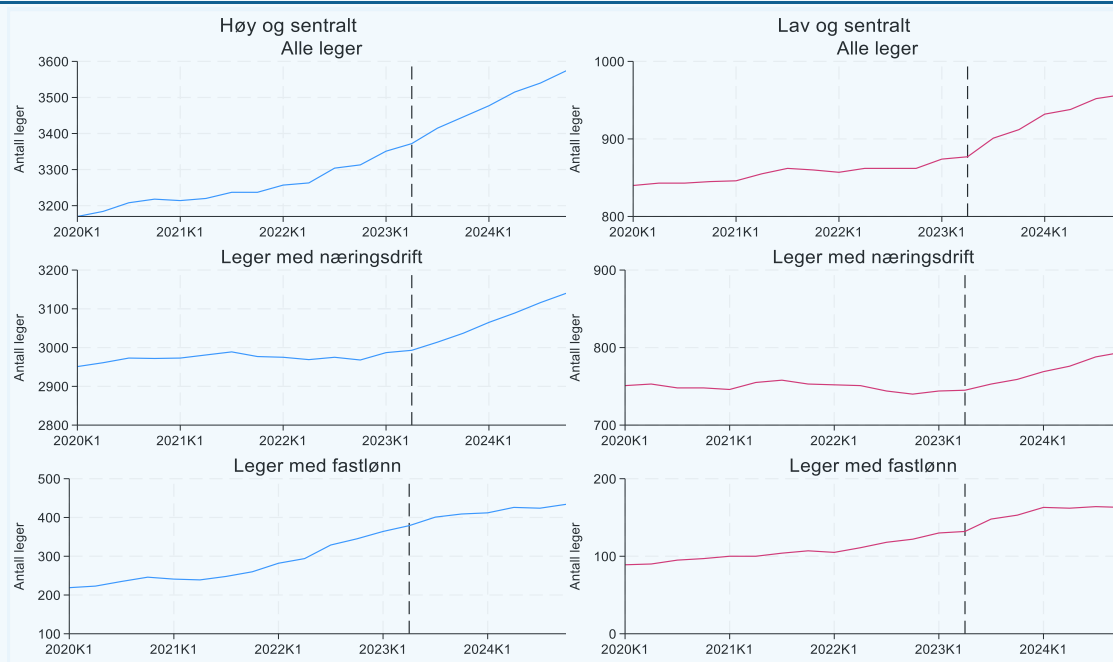
Utvikling i kapasitet

Vi undersøker utviklingen i kapasitet i de fire PTB-gruppene, målt ved antall fastleger, gjennomsnittlig listetak per lege og samlet listetak per innbygger i kommunen. Vi skiller mellom alle fastleger, næringsdrivende fastleger og kommunalt ansatte fastleger, ettersom PTB kun direkte påvirker inntekten til næringsdrivende fastleger.

Antall fastleger

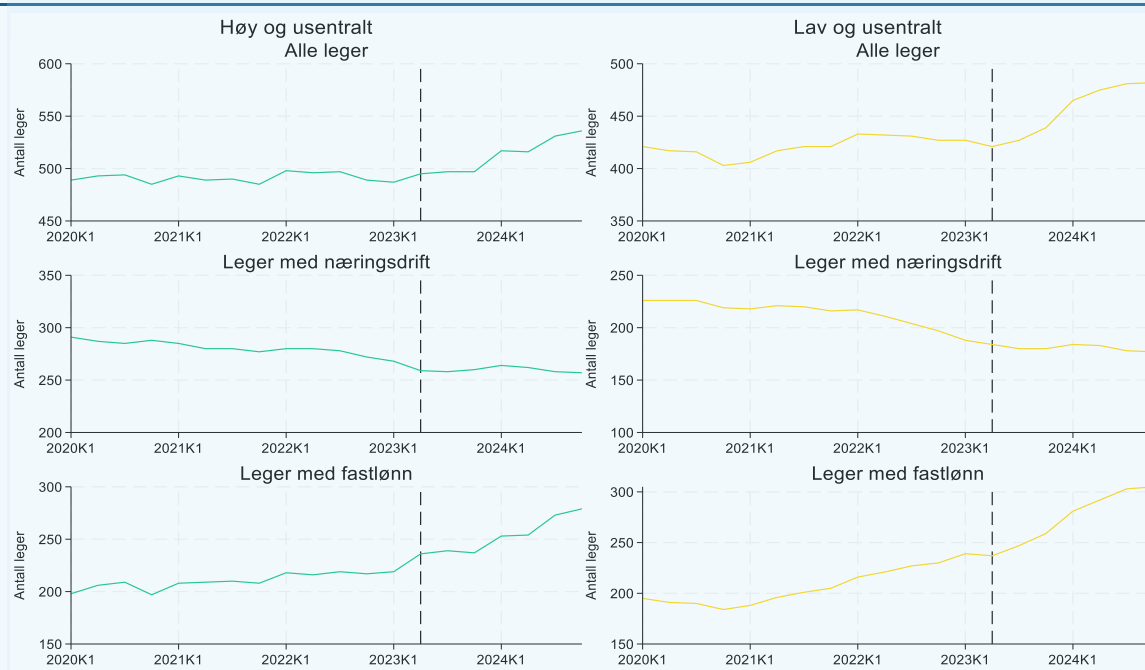
Antall fastleger har økt over tid i sentrale kommuner, både i områder med høy og lav sosioøkonomi (Figur 7-9). Økningen gjelder særlig næringsdrivende fastleger i kommuner med høy sosioøkonomi. Antall fastleger har også økt i usentrale kommuner, drevet av kommunal ansatte fastleger, uavhengig av sosioøkonomisk nivå (Figur 7-10).

Figur 7-9: Utvikling i antall fastleger i perioden 2020 til 2024 i sentrale kommuner



Kilde: FLO. Analyse av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Merknad: Stiplet linje viser innføring av pasienttilpasset basistilskudd.

Figur 7-10: Utvikling i antall fastleger i perioden 2020 til 2024 i usentrale kommuner

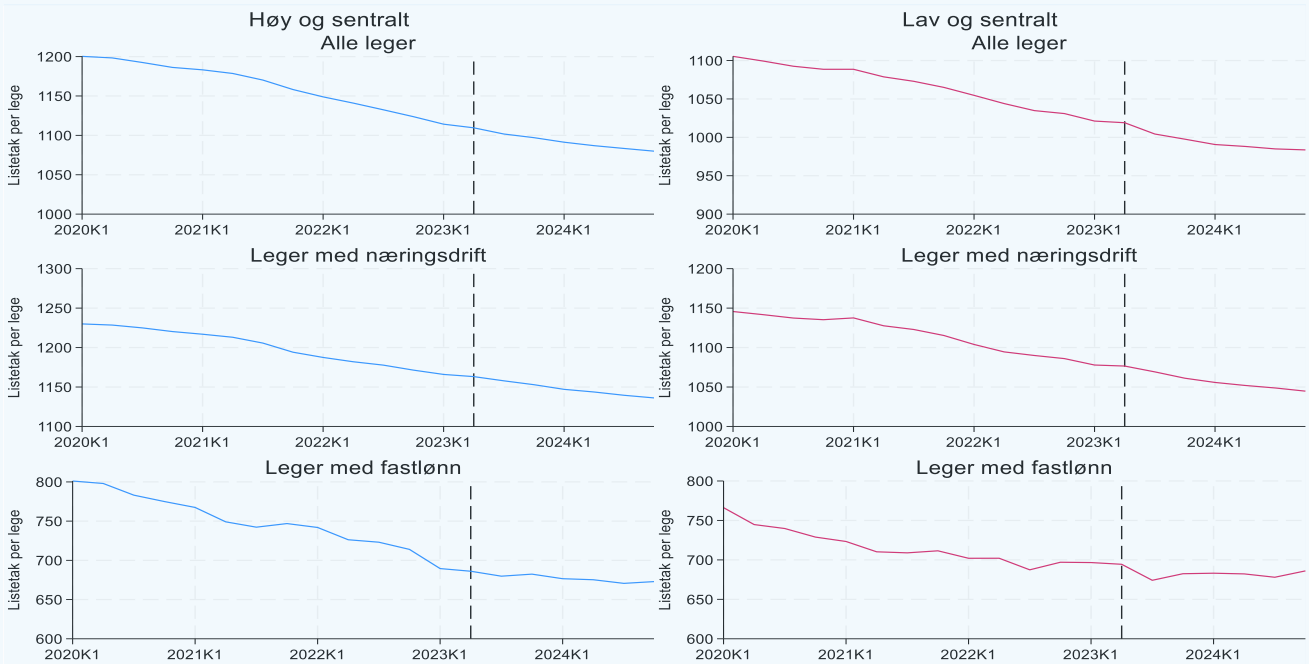


Kilde: FLO. Analyse av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Merknad: Stiplet linje viser innføring av pasienttilpasset basistilskudd.

Listetak per fastlege

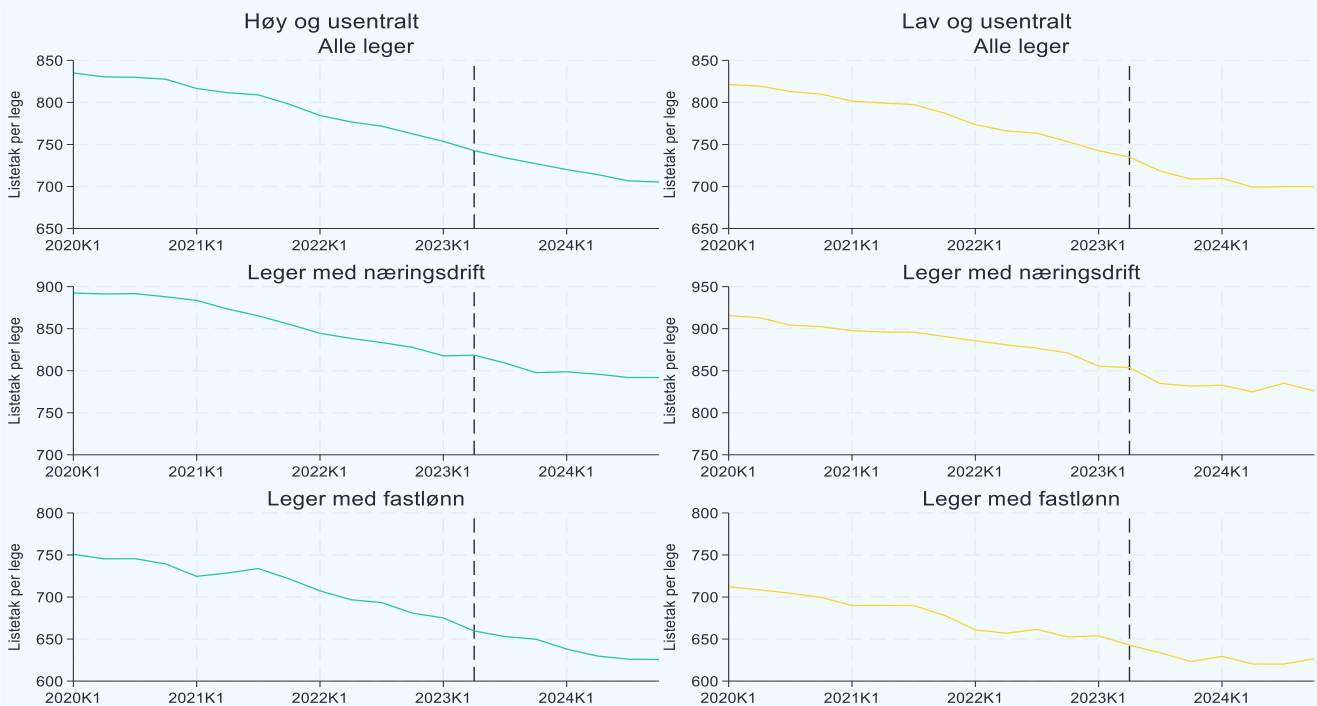
I sentrale kommuner har listetak per fastlege gått ned over tid i kommuner med både høy og lav sosioøkonomi (Figur 7-11). Nedgangen er tydeligst blant næringsdrivende fastleger, som i utgangspunktet hadde høyere listetak enn fastlønnede leger. Usentrale kommuner har hatt samme utvikling (Figur 7-12). Også her er nedgangen størst blant næringsdrivende fastleger.

Figur 7-11: Utvikling i listetak per fastlege i perioden 2020 til 2024 i sentrale kommuner



Kilde: FLO.

Figur 7-12: Utvikling i listetak per fastlege i perioden 2020 til 2024 i usentrale kommuner



Kilde: FLO. Analyse av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Merknad: Stiplet linje viser innføring av pasienttilpasset basistilskudd.

Listetak per innbygger i kommunen

I sentrale kommuner var det en tydelig nedgang i listetak hos næringsdrivende fastleger per innbygger i kommunen blant i kommuner med både høy og lav sosioøkonomi. Deretter ser det ut til å være en svak økning. Det har vært en svakt økende utvikling i listetak hos fastlønnede fastleger per innbygger over tid, særlig etter 2023 (Vedlegg D).

I usentrale kommuner er det også en nedgang i listetak hos næringsdrivende fastleger per innbygger i kommunen, men etter 2023 flater nedgangen noe mer ut. For listetak hos fastlønnede leger per innbygger ser vi en svak økning over tid i kommuner med høy sosioøkonomi, mens det i kommuner med lav sosioøkonomi er en markant økning, spesielt etter 2023.

Oppsummert om kapasitet

Antall leger med næringsdrift har økt i sentrale kommuner siden innføringen av PTB, mens antallet har gått ned i mindre sentrale kommuner gjennom hele perioden. Samtidig har gjennomsnittlig listetak per lege blitt redusert i alle kommunetyper. I sentrale kommuner har økningen i antall leger vært stor nok til å veie opp for det lavere listetaket per lege, slik at den samlede kapasiteten per innbygger enten har økt eller holdt seg stabil. I usentrale kommuner har færre næringsdrivende leger og lavere listetak per lege ført til redusert kapasitet blant næringsdrivende leger. Samtidig har økningen i fastlønnede leger bidratt til å dempe nedgangen i total kapasitet.

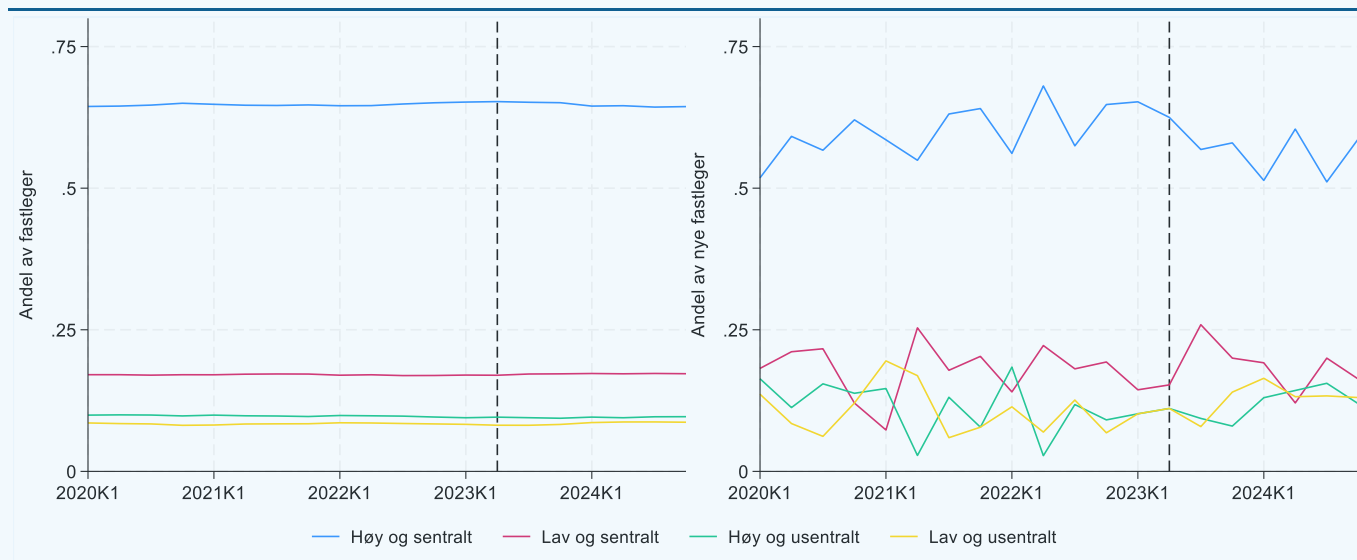
Oppsummert har kapasiteten i næringsdrift økt i sentrale kommuner, mens den har gått ned i mindre sentrale kommuner. Økt bruk av fastlønn har imidlertid bidratt til å opprettholde samlet kapasitet. Det er viktig å understreke at disse utviklingstrekkene ikke nødvendigvis skyldes PTB, men kan være del av en bredere utvikling i fastlegeordningen.

Fordeling av fastleger på de fire kommunetyperne

Figur 7-13 viser andelen fastleger (venstre panel) og andelen nye fastleger (høyre panel) fordelt på de fire kommunetyperne i perioden 2020 til 2024. Andelen summerer til 1 i hvert kvartal. I venstre panel ser vi at kommuner med høy sosioøkonomi og sentral beliggenhet har hatt den klart største andelen fastleger gjennom hele perioden.

De andre kommunetyperne har betydelig lavere andeler, og utviklingen er relativt stabil over tid. Høyre panel viser hvordan nye fastleger har fordelt seg på de fire kommunetyperne. Også her har kommuner med høy sosioøkonomi og sentral beliggenhet hatt størst andel gjennom hele perioden. Etter 2023 kan det likevel se ut som en større andel av nye fastleger velger kommuner med lavere sosioøkonomi eller mindre sentral beliggenhet.

Figur 7-13: Utvikling i andelen fastleger og andelen nye fastleger fordelt på de fire kommunetyperne i perioden 2020 til 2024



Kilde: FLO. Analyse av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Merknad: Stiplet linje viser innføring av pasienttilpasset basistilskudd.

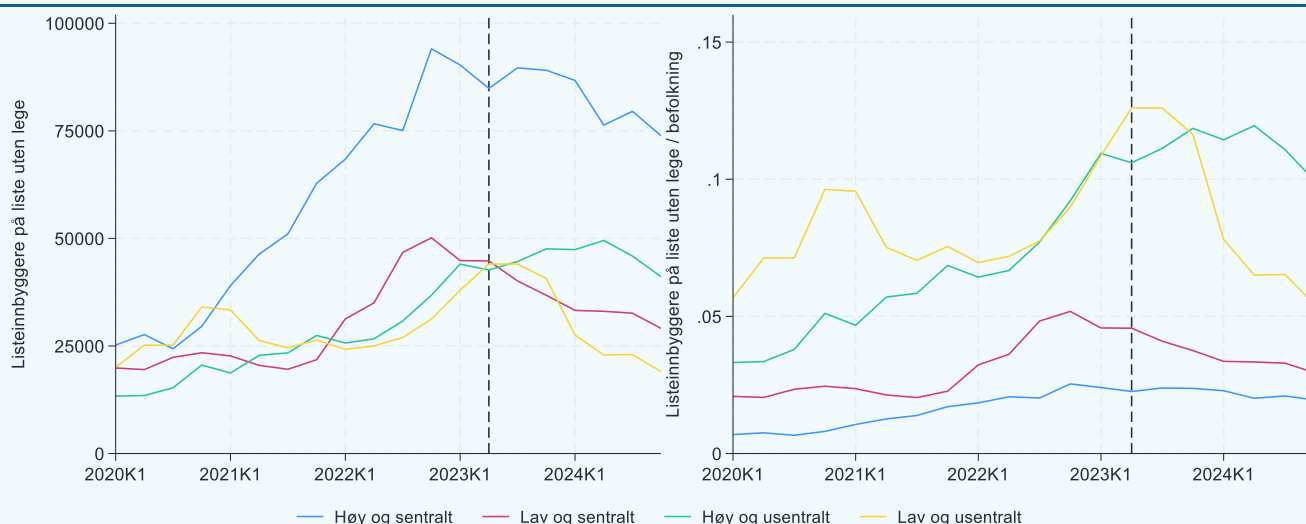
Antall listeinnbyggere på liste uten fastlege

Det har vært en tydelig økning i antall innbyggere uten lege fram til 2023 i alle kommunetyper, særlig i sentrale kommuner med høy sosioøkonomi. Etter 2023 flater utviklingen ut eller synker noe, med en tydeligere nedgang i usentrale kommuner. Andelen av befolkningen uten lege økte fram til 2023, mest i usentrale kommuner. Etter 2023 er det en klar nedgang i usentrale kommuner med lav sosioøkonomi, mens utviklingen flater ut i andre kommunetyper (Figur 7-14).

Antall personer på venteliste for fastlege

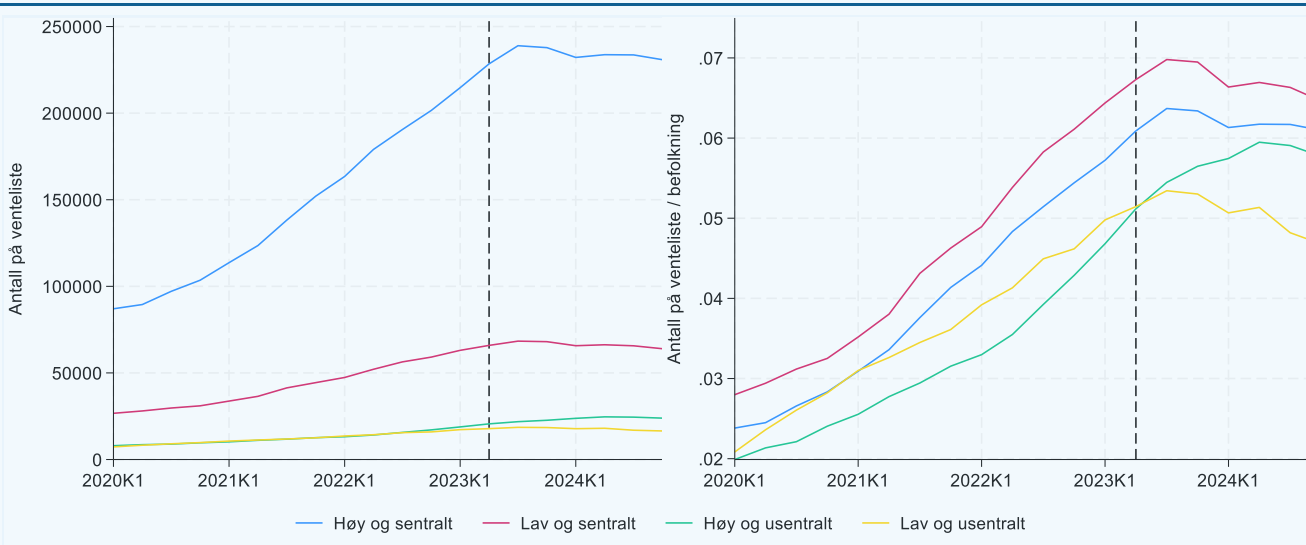
Antall personer på venteliste har økt fra 2020 til 2023 i alle kommunetyper, særlig i sentrale kommuner med høy sosioøkonomi, men disse kommunene har også klart flest innbyggere. Etter 2023 flater utviklingen ut eller går svakt ned, men nivået er fortsatt høyt sammenlignet med 2020. Andelen av befolkningen på venteliste har økt fram til 2023 i alle kommunetyper. Også her ser vi en utflating eller svak nedgang etter 2023, men nivået holder seg høyere enn i 2020 (Figur 7-15).

Figur 7-14: Utviklingen i antall innbyggere på liste uten lege og andel av befolkningen som er på liste uten lege i de fire kommunetyperne i perioden 2020 til 2024



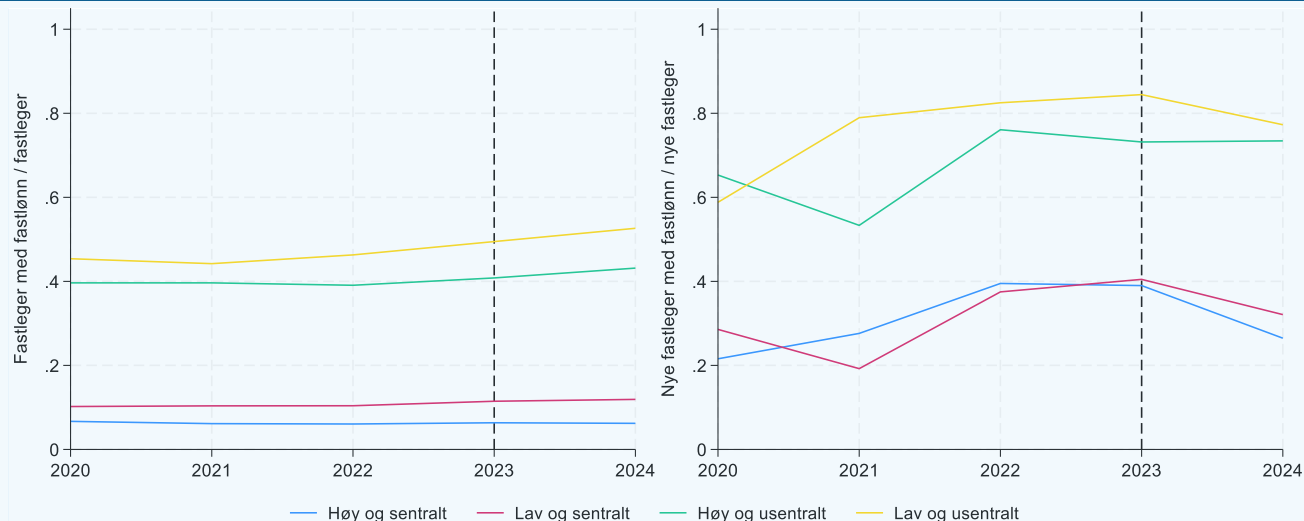
Kilde: FLO. Analyse av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Merknad: Stiplet linje viser innføring av pasienttilpasset basistilskudd.

Figur 7-15: Utviklingen i antall personer på venteliste for fastlege i de fire kommunetyperne i perioden 2020 til 2024



Kilde: FLO. Analyse av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Merknad: Stiplet linje viser innføring av pasienttilpasset basistilskudd.

Figur 7-16 Utviklingen blant leger som begynte å praktisere før 2020 (venstre panel) og etter 2020 (høyre panel)



Kilde: FLO. Analyse av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Merknad: Stiplet linje viser innføring av pasienttilpasset basistilskudd.

Andel fastleger med kommunal ansettelse (fastlønn)

Det var en svak, men jevn økning i andelen fastlønnede blant leger som startet før 2020 i alle kommunetyper (Figur 7-16). Andelen fastlønnede blant leger som startet etter 2020 økte under koronapandemien, særlig i usentrale kommuner. Etter 2023 ser vi en liten nedgang i noen kommunetyper, spesielt i sentrale områder.

Turnover

Den såkalte turnover-raten for fastleger er målet benyttes ofte for å beskrive hvor stabil legedekningen er, definert som andelen leger som slutter i løpet av et kalenderår.¹¹ Turnover-raten inkluderer alle tilfeller der fastleger forlater sin praksis, enten det skyldes flytting til en annen kommune, et midlertidig avbrudd med senere retur, eller at de forlater fastlegeyrket for godt. Tabell 7-5 beskriver utviklingen i turnover-ratene i de fire ulike kommunegruppene. Vi ser åpenbare systematiske forskjeller i turnover-raten, og den klare tendensen er at usentrale kommuner har høyere turnover enn sentrale:

- **Høy og sentralt:** Disse kommunene har gjennomgående den laveste turnover-raten, som holder seg stabilt mellom 7-8 prosent i hele perioden. Dette indikerer at større, sentrale kommuner med høy inntekt/sosioøkonomisk status har lettest for å beholde sine fastleger.
- **Lav og sentralt:** Kommuner som er sentrale, men har lavere sosioøkonomisk status viser noe høyere turnover enn førstnevnte gruppe, med rater som varierer mellom 8-11 prosent.
- **Høy og usentralt:** Disse kommunene har en merkbart høyere turnover-rate enn de sentrale kommunene, med verdier som konsekvent ligger på 11-13 prosent. Dette tyder på at manglende sentralitet er en viktigere faktor for legestabilitet enn kommunens økonomiske situasjon.

Tabell 7-5 Turnover-raten blant fastleger. Andelen fastleger som slutter eller flytter i løpet av kalenderåret.

Gruppe	2021	2022	2023	2024
Høy og sentralt	7 %	8 %	7 %	7 %
Lav og sentralt	8 %	11 %	8 %	8 %
Høy og usentralt	11 %	13 %	13 %	13 %
Lav og usentralt	13 %	17 %	16 %	14 %

Kilde: FLO. Analyse av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

¹¹ Turnover-raten for fastleger kan beregnes som: (Antall fastleger som sluttet i løpet år t) / (Antall fastleger ved inngangen til år t).

- **Lav og usentralt:** Denne gruppen har den høyeste turnover-raten gjennom hele perioden, med verdier på 13-17 prosent. Kombinasjonen av lav sosioøkonomisk status og manglende sentralitet gir altså de største utfordringene med å beholde fastleger. En interessant observasjon er at uavhengig av sentralitet, så har kommuner med lav gjennomsnittsutdanning en høyere turnover enn kommuner med høy gjennomsnittsutdanning.

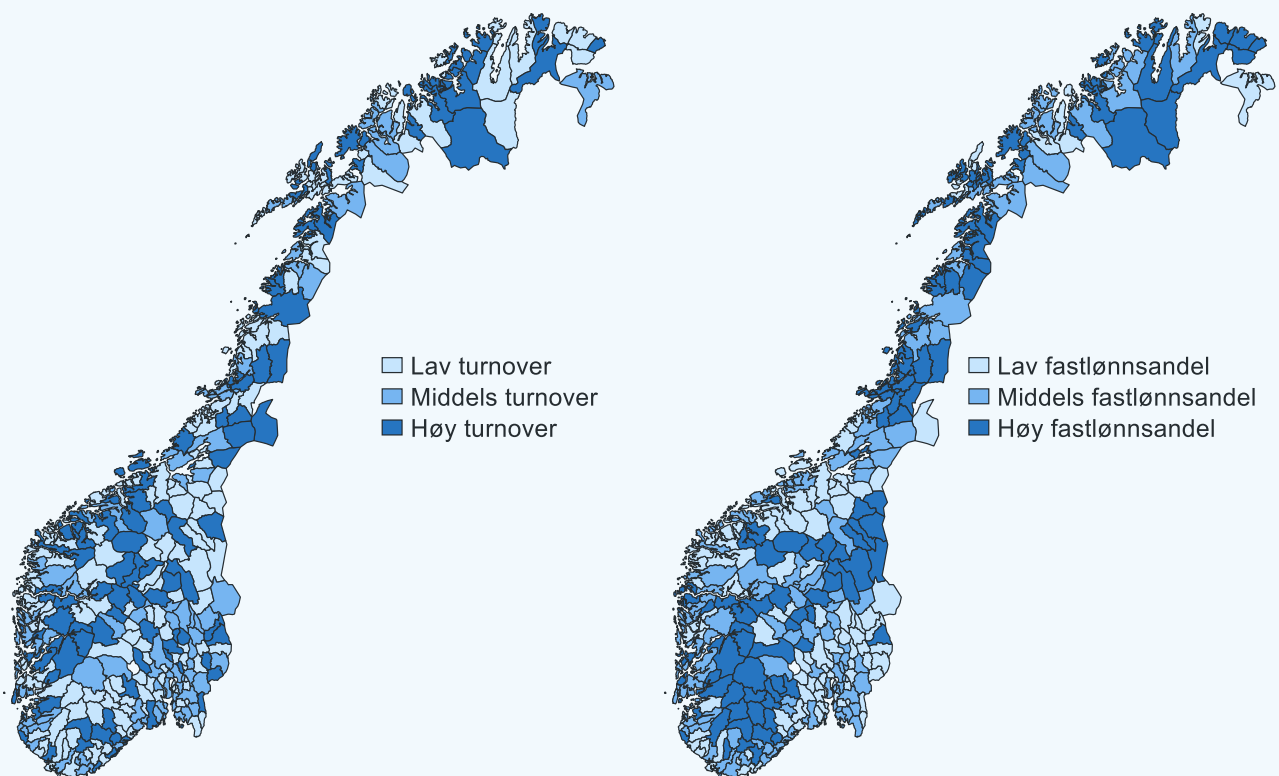
Vi har undersøkt om det er en sammenheng mellom andelen kommunalt ansatte fastleger med fastlønn i hver kommune i årene 2021–2024 og turnover-raten i de samme årene. Det er en tendens til høyere turnover i kommuner hvor en større andel av fastlegene er kommunalt ansatt. Spearman korrelasjonskoeffisienten er 0,28, og korrelasjonen er statistisk signifikant (p-verdi <0,001).

Det er viktig å merke seg at dette funnet ikke nødvendigvis indikerer en entydig årsakssammenheng. Resultatet kan skyldes en kombinasjon av faktorer, der kommunal ansettelse brukes for å tiltrekke fastleger til kommuner der ordinært basistilskudd ville vært utilstrekkelig for å rekruttere det nødvendige antall fastleger. I slike tilfeller kan kommunal ansettelse være et rekrutteringsverktøy som svarer på rekrutteringsutfordringer og høy turnover. Samtidig kan årsakssammenhengen gå i motsatt retning. Fastleger som etablerer seg og investerer i en praksis, kan ha et langsiktig perspektiv. Denne typen organisering av fastlegevirksomhet kan bidra til å redusere turnover-raten.

Endret basistilskudd og antall og innhold i konsultasjoner

Vi har argumentert for at fastlegene etter innføring av PTB har mindre å tjene på å yte tjenester med takster som ikke inngår i beregningsgrunnlaget for PTB. Utfra en økonomisk tankegang predikerte vi derfor at fastlegene vil yte færre av disse tjenestene relativt til tjenester med takster som inngår i beregningsgrunnlaget for PTB. Vi har undersøkt denne hypotesen med data og finner ikke støtte for den. Noen av takstene som ikke inngår i PTB, øker i antall over tid, mens andre blir redusert.

Figur 7-17 Turnover rate og bruk av kommunal ansettelse (fastlønn)



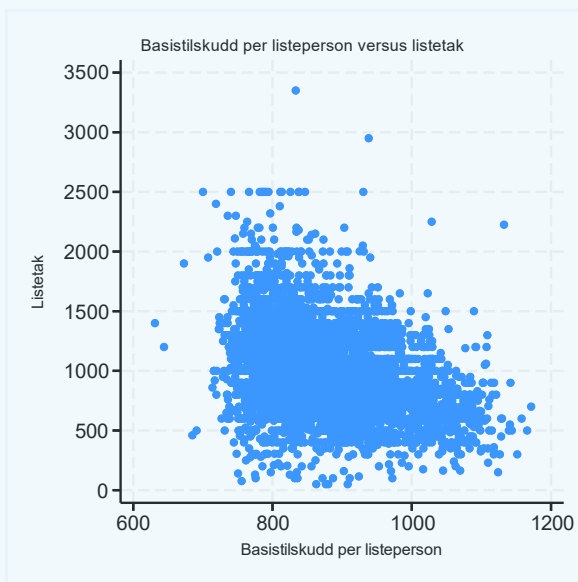
Kilde: FLO. Analyse av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Pasienttilpasset basistilskudd kan være en oppmuntring til å øke antallet konsultasjoner utfra en forventning om økt basistilskudd. Vi har undersøkt utviklingen i antallet konsultasjoner før og etter innføring av PTB og finner ingen tendens til verken økning i antallet konsultasjoner eller i antallet konsultasjoner per listeperson (Tabell 3-3). Fastleger som har en høy andel pasienter som mottar mange konsultasjoner årlig, vil motta et større basistilskudd per innbygger enn fastleger med lister der pasientbehovene er mindre. I denne sammenhengen brukes begrepet "tung liste" ofte for å beskrive lister der pasienter har større tjenestebehov enn gjennomsnittet. Omvendt refererer "lett liste" til lister der pasientene har mindre tjenestebehov. Det er rimelig å forvente at tidsbruken per pasient typisk vil være høyere i fastlegepraksiser der gjennomsnittspasienten har flere konsultasjoner i løpet av et år.

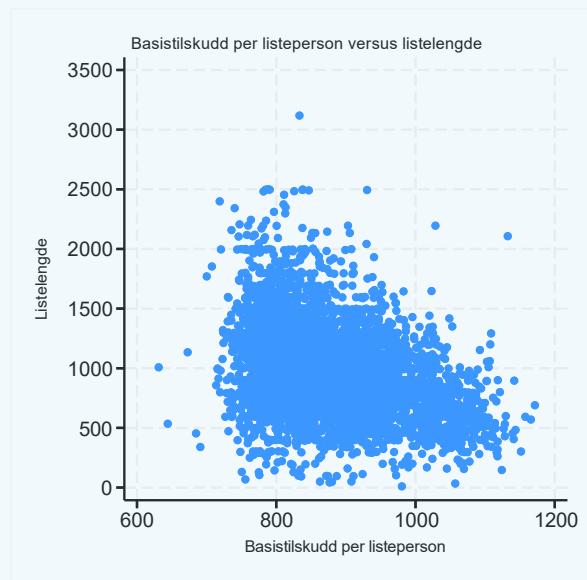
En fastlege med en "tung og kort liste" kan likevel ha en arbeidsbelastning som er sammenlignbar med fastleger som har en "lett og lang liste". Dersom vi benytter basistilskudd per listeinnbygger som en indikator på fastlegelistens pasienttyngde, vil vi med dette resonnementet forvente at fastleger som har mange pasienter mottar mindre basistilskudd per listeinnbygger enn fastleger som har få pasienter. Vi har undersøkt sammenhengen mellom basistilskudd per listeinnbygger og antall listeinnbyggere i desember 2024. I Figur 7-18 presenterer vi i

Figur 7-18: Sammenhenger mellom basistilskudd per listeperson og antall listeinnbyggere

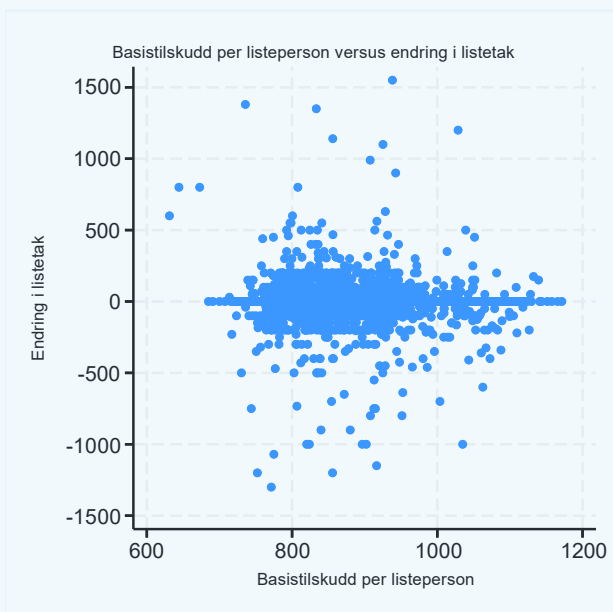
a) korrelasjonskoeffisient: -0.3067 ($p < 0.0001$)



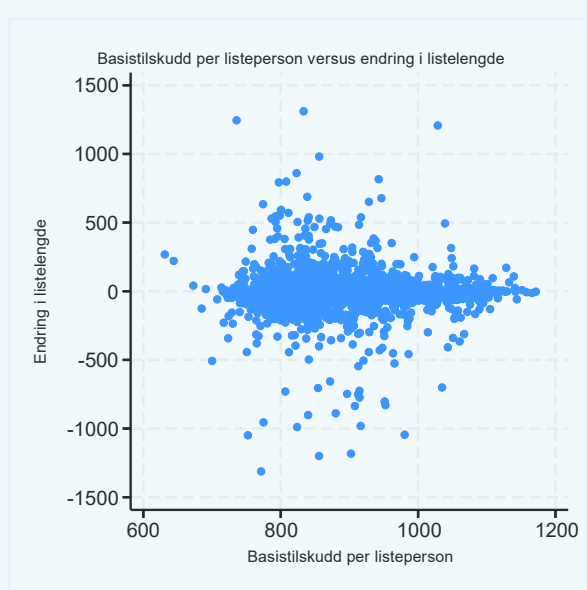
b) korrelasjonskoeffisient: -0.2999 ($p < 0.0001$)



c) korrelasjonskoeffisient: -0.0458 ($p = 0.0013$)



d) korrelasjonskoeffisient: -0.0071 ($p = 0.6190$)



første linje basistilskudd per listeinnbygger plottet mot listetak (a) og listelengde (b). Den negative sammenheng vi forventet, framgår tydelig, og den er også statistisk signifikant med p-verdi < 0,001. For listetak og basistilskudd per innbygger er Spearmans korrelasjonskoeffisient -0.3067, mens for listelengde og basistilskudd per innbygger er tilsvarende korrelasjonskoeffisient -0.2999.

I Figur 7-18 presenterer vi i andre linje basistilskudd per listeinnbygger plottet mot endringer i listetak (c) og endringer i listelengde (d). For disse variablene er ikke sammenhengene like tydelige. Vi finner imidlertid en statistisk signifikant sammenheng mellom basistilskudd per innbygger og endring i listetak. Spearmans korrelasjonskoeffisient er negativ, med en p-verdi på 0,0013. Dette innebærer at når tjenestebehovet hos gjennomsnittspasienten er stort, er reduksjonen i listetaket også større. Vi fant derimot ingen signifikant sammenheng mellom endring i listelengde og basistilskudd per innbygger.

Diskusjon

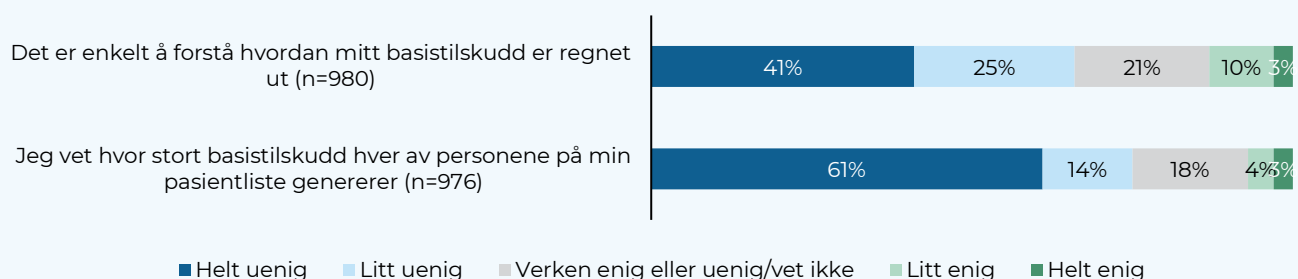
Endringen i innretningen av basisfinansieringen vil både kunne påvirke legers beslutning om å bli fastleger, hvor mange innbyggere hver fastlege har på listen og hvilke behandlinger disse mottar.

Økningen i basistilskuddet øker fastlegenes inntekter og gjør det dermed mer attraktivt å starte praksis som fastlege. De senere års betydelige økning i antallet fastleger har vedvart etter at pasienttilpasset basistilskudd ble innført. Vi argumenterte for at ekstra basistilskudd til fastleger i usentrale kommuner med eller uten lavt utdanningsnivå kan gjøre det mer attraktivt for fastleger å etablere seg der, men effekten er trolig liten først og fremst fordi andelen av fastleger som er kommunalt ansatt, er stor i disse kommunene. Vi finner en økning i antallet fastleger både i sentrale og usentrale kommuner. I de sentrale kommunene er det økning i næringsdrivende leger, mens det er antallet kommunalt ansatte leger som øker i de usentrale kommunene. Det kan tyde på at det heller er økte kommunale inntekter enn økt basistilskudd til fastlegene i usentrale kommuner som oppmuntrer til det økte antallet fastleger.

Sammenhengen mellom endring i størrelsen på basistilskuddet og endring i listelengde er ubestemt utfra teorien. Økt basistilskuddet gir økt inntekt og et ønske om å ta ut noe av inntektsøkningen i form av mer fritid og kortere listelengde (inntektseffekt). På den annen side medfører økt basistilskudd at hver person på listen gir større inntekt enn før og dermed blir fritiden dyrere i form av tapt inntekt. Dette trekker i retning av et ønske om lengre liste fordi det er mer lønnsomt med lang liste enn før (prisvridningseffekten). Listetak per fastlege har gått ned i både sentrale og usentrale kommuner i perioden 2020 til 2024. Nedgangen er tydeligst blant næringsdrivende fastleger, som i utgangspunktet hadde høyere listetak enn fastlønnede leger. Empirien trekker dermed i retning av at inntektseffekten er større enn prisvridningseffekten. At det er en negativ sammenheng mellom listetyngde målt med størrelsen på basistilskudd per listeinnbygger og endring i listetak trekker i retning av inntektseffekten er størst blant de fastlegene som har de tyngste listene.

Så langt har vi ikke funnet at innføring av pasienttilpasset basistilskudd påvirker taktsammensetning eller takstvolum blant fastleger. For å gjøre detaljerte studier av denne problemstillingen er det behov for mer detaljerte data enn hva vi har hatt tilgjengelig i arbeidet med denne rapporten. Slike studier kan være en viktig oppfølging i tilknytning til videreutvikling av innholdet i pasienttilpasset basistilskudd.

Figur 7-19: Fastlegenes svar på «Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn?»



Kilde: Spørreundersøkelse blant fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo i desember 2024.

Fastlegenes opplevelse av pasienttilpasset basistilskudd

I 2023 ble knekkpunktet i basistilskuddet fjernet, til fordel for et pasienttilpasset basistilskudd. Størrelsen på basistilskuddet avhenger nå av den av kjennetegn ved den enkelte listeinnbyggeren på legens pasientliste i form av alder, kjønn og bruk av legetjenester de siste 12 månedene. I tillegg vil det avhenge av kjennetegn ved kommunen eller bydelens sentralitet og sosioøkonomiske faktorer som andelen av innbyggerne med lavt utdanningsnivå. Hensikten med det pasienttilpassede basistilskuddet er at fastlegene i større grad skal kompenseres for at pasientgrupper kan ha forskjellige behov for fastlegetjenester, og at mer arbeidskrevende lister skal utløse større basistilskudd (Helsedirektoratet, 2023).

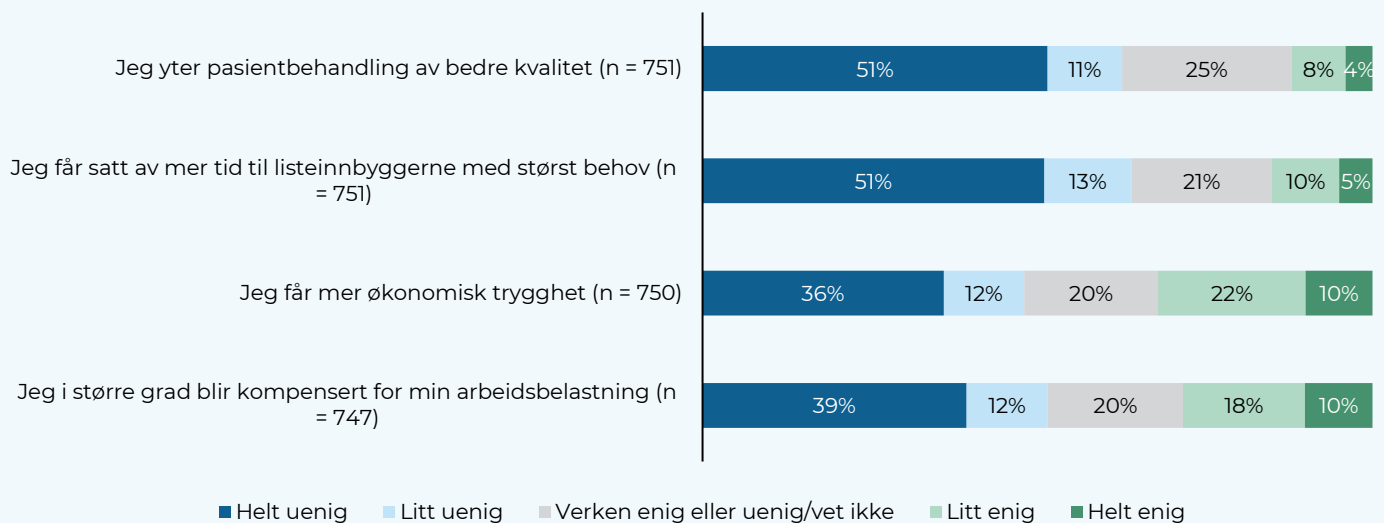
Flertallet av fastlegene som er næringsdrivende med og uten kommunal leieavtale er helt eller litt uenige i påstandene om at pasienttilpasset basistilskudd bidrar til pasientbehandling av bedre kvalitet (62 prosent), mer tid til listeinnbyggere med størst behov (64 prosent), mer økonomisk trygghet (48 prosent), og at de i større grad blir kompensert for arbeidsbelastningen (51 prosent) (Figur 7-20).

Funn fra intervjuer av fastlegene bekrefter funnene i spørreundersøkelsen. Blant annet påpeker fastlegene at de ikke påvirker hvilke listeinnbyggere de har på listen sin og at de derfor opplever forskjellene i basistilskudd mellom leger som noe vilkårlig og urettferdig. Enkelte påpeker derfor at de ikke har endret praksisen sin og hvordan de jobber med listeinnbyggerne, og at hvis man ønsket å endre adferden til fastlegene så burde takst-systemet heller blitt benyttet. Enkelte leger trekker også frem at beregningen i pasienttilpasset basistilskudd ikke nødvendigvis kompensere fastlegene for arbeidet med listeinnbyggere med størst behov, og trekker frem at pasientgrupper som fremmedspråklige eller med rusproblematikk, er pasientgrupper som fastlegene kan bruke mye tid på, men som ikke teller mer i basistilskuddet. Enkelte leger påpeker også at fjerningen av knekkpunktet og omleggingen til pasienttilpasset basistilskudd gir insentiv til lengre listelengder blant fastlegene og at dette kan være i motstrid med målet om bedre oppfølging av listeinnbyggere med størst behov.

I tillegg til at noen fastleger trekker frem at de har få muligheter til å endre praksis ved pasienttilpasset basistilskudd, er det enkelte som også informerer i intervju om at det har blitt mer utfordrende å vite hva vedkommende får i basistilskudd. Det blir trukket frem at dette oppleves som uforutsigbart, både for fastlegen og for legekantoret. Dette støttes også opp av funn fra spørreundersøkelsen til fastleger og fastlegevikarer, hvor flertallet av fastlegene oppga at de er helt eller litt uenige i påstandene om at det er enkelt å forstå hvordan basistilskuddet er regnet ut og at legen vet hvor stort basistilskuddet hver av personene på pasientlisten generer (henholdsvis 66 prosent og 75 prosent).

Figur 7-20: Selvstendig næringsdrivende (med og uten kommunal leieavtale) fastlegers svar på «Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn»

Pasienttilpasset basistilskudd har bidratt til at ...



Kilde: Spørreundersøkelse blant fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo i desember 2024. Merknad: Svarene til kommunalt ansatte fastleger er utelatt av figuren.

Figur 7-21: Antall fastleger med grunntilskudd siden ordningen ble innført i 2020



Kilde: FLO. *Lister uten fast lege er holdt utenfor.

Grunntilskudd for nye fastleger med ufrivillig korte lister

Som del av tiltakene i handlingsplanen ble det innført et grunntilskudd for nye næringsdrivende fastleger med under 500 personer på listen og et listetak på 500 eller høyere. Grunntilskuddet dekker differansen mellom det legen får i basistilskudd og det legen ville fått i basistilskudd med 500 personer på listen og kan mottas i inntil to år etter å ha startet opp som fastlege. Formålet med grunntilskuddet er å bidra til økt rekruttering ved å senke terskelen for å starte opp som næringsdrivende fastlege med kort liste. Dersom fastlegen får fylt opp listen, slik at antall innbyggere på listen er 500 eller høyere, får legen naturlig nok ikke lenger utbetalt grunntilskudd. Blant legene som har mottatt grunntilskudd fra innføringen i 2020 og frem til mars 2024, var median utbetalte måneder med grunntilskudd fire (Helsedirektoratet, 2024a). 62 prosent mottok grunntilskudd fire måneder eller mindre, og 16 prosent kunne motta grunntilskudd mer enn et år. Det tyder på at fastlegelister med ledige plasser fylles relativt raskt opp. I forbindelse med evalueringsrapport I intervjuet vi en fastlege med under 500 pasienter på listen, og som nylig hadde startet som næringsdrivende fastlege på tidspunktet for intervjuet. Ifølge denne fastlegen var innføringen av grunntilskudd avgjørende for «å tørre» å starte som næringsdrivende.

Antall fastleger som mottar grunntilskudd falt noe fra ordningen ble innført, før det holdt seg relativt stabilt gjennom 2022 og 2023 (Figur 7-21). I 2024 økte imidlertid antallet noe, om lag til nivået rundt innføringen i 2020.

Det kan være flere grunner til at det er få fastleger som mottar grunntilskudd. For det første gjør mangel på listeplasser og flere innbyggere uten fast lege det mer sannsynlig at færre leger har ufrivillig kort liste, fordi listen fort fylles opp. Dette underbygges av at flertallet av fastleger som starter opp med en ufrivillig kort liste, kan motta grunntilskudd fire måneder eller kortere. En annen forklaring kan være at færre nye leger ansettes i næringsdrift. Økt bruk av kommunal ansettelse som rekrutteringstiltak kan bidra til at behovet for grunntilskudd er mindre, da kun næringsdrivende fastleger kan motta grunntilskudd.

Det er dermed relativt få fastleger som har mottatt tilskuddet i evalueringsperioden og samlet sett er dermed effekten av tiltaket trolig lav. Særlig i lys av at de som har mottatt tilskuddet, har mottatt det i kort tid. For de legene som har mottatt tilskuddet har det imidlertid trolig vært verdifullt. I en kontrafaktisk situasjon uten omfattende bruk av kommunal ansettelse, kunne den samlede effekten vært høyere.

7.2.4 Takstsystemet

Endring som har skjedd i løpet av evalueringsperioden

Et av tiltakene i Handlingsplanen for allmennlegetjenesten var å gjennomgå takstsystemet for å sikre at det understøtter faglig riktig praksis. I 2021 startet Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med KS og Den norske legeføring, arbeidet med å gjennomgå takstsystemet. Enkelte endringer ble gjennomført fra 1. juli 2021, mens resterende av arbeidet ble ferdigstilt og trådte i kraft fra 1. juli 2022. Enkelte av endringene som ble gjort var blant annet å slå noen takster sammen (Pedersen, et al., 2023). Takstsystemet har ikke blitt endret etter dette.

Helsedirektoratet har i evalueringsperioden også utredet hvilke takster som annet personell kan utløse etter delegasjon fra fastlegen. Utredningen ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet 12. januar 2022, hvor Helsedirektoratet anbefaler at enkle kontakter med pasienten kan utføres av annet helsepersonell enn fastlegen, og utløse takst (Pedersen, et al., 2023).

Profesjonsnøytrale takster

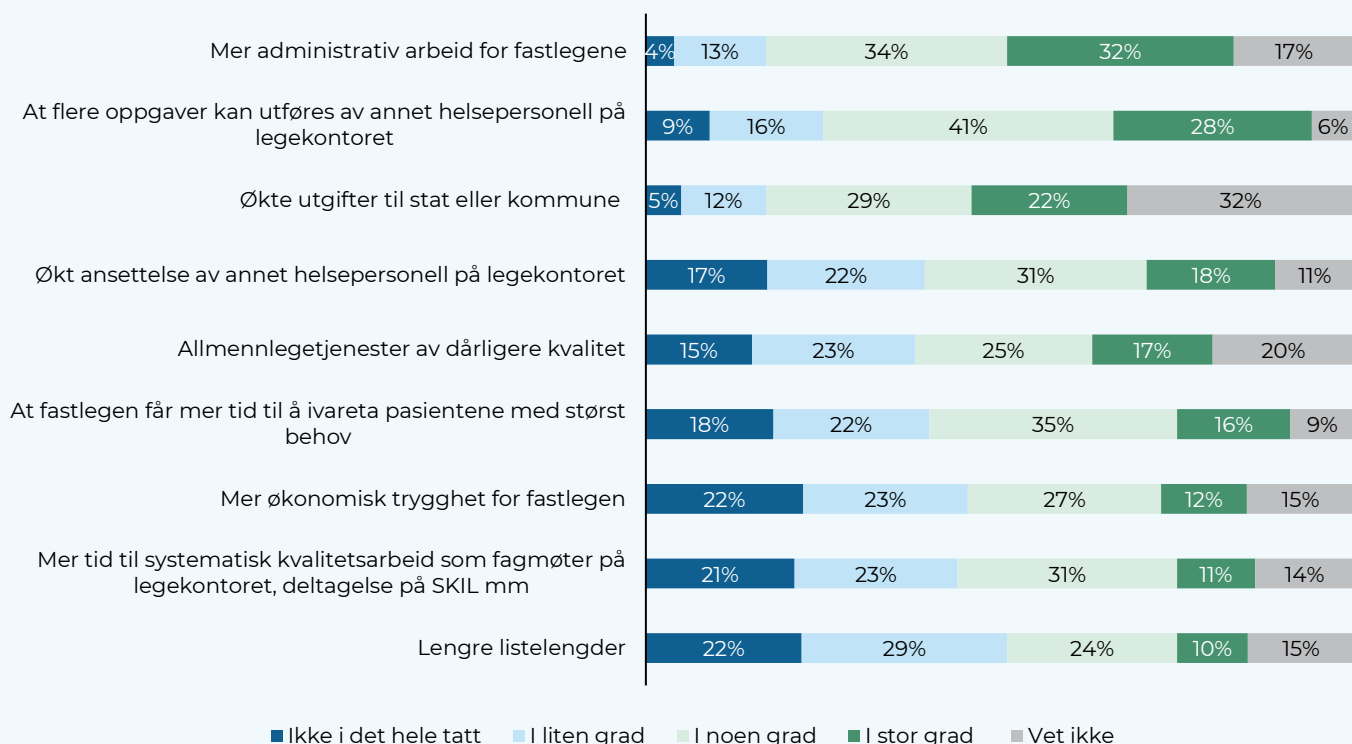
I mars 2025 sendte Helse- og omsorgsdepartementet ut en ny fastlegeforskrift på høring. I høringsforslaget foreslår regjeringen blant annet å yte stønad for konsultasjon som delegeres fra fastlegen og til sykepleier på legekantoret. Dette vil i praksis bety at fastlegen kan delegerer enkelte oppgaver til sykepleier på legekantoret, og takste for konsultasjonen. Regjeringen argumenterer for at dette vil legge til rette for oppgavedeling og en mer tverrfaglig fastlegetjeneste.

Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten anbefalte økt grad av delegering og innføring av profesjonsnøytrale takster (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023). Profesjonsnøytrale takster innebærer at fastleger og øvrig personell på legekantoret kan takste tilsvarende beløp for oppgaver de utfører, og at øvrig helsepersonell utfører konsultasjoner selvstendig, basert på forsvarlighetsprinsippet. Øvrig personell vil dermed arbeide mer selvstendig under fastlegens ledelse. Forslaget om som er sendt på høring skiller seg fra ekspertutvalgets anbefaling ved at det kun er sykepleiere som er omfattet av forslaget og at det er legen som takster til Helfo for oppgaver sykepleieren utfører oppgaver på delegasjon fra legen.

I spørreundersøkelse har vi bedt fastleger vurdere mulige konsekvenser av innføring av profesjonsnøytrale takster. Fastlegene tror i størst grad konsekvenser kan være mer administrativt arbeid for fastlegene (66 prosent er i noen eller stor grad enig i dette), at flere oppgaver kan utføres av annet helsepersonell på legekantoret (69 prosent) og økte utgifter for staten eller kommunen (51 prosent) (Figur 7-22). Samlet sett er fastlegene minst enige i at det vil føre til mer økonomisk trygghet for fastlegen, mer tid til systematisk kvalitetsarbeid og lengre listelengder.

I fritekstsvar trekker mange fastleger frem at profesjonsnøytrale takster vil gi økt bruk av annet personell på kontorene, og trekker frem negative effekter av dette, som mer fragmentert oppfølging av pasienter og mindre tid hos fastlegen for den enkelte pasient. I tillegg forteller mange at de tror det vil gjøre arbeidshverdagen til fastlegen tyngrer, fordi enkle konsultasjoner og pasienter vil håndteres av andre ansatte.

Figur 7-22: Fastlegenes svar på «I hvilken grad er du enig i at innføring av profesjonsnøytrale takster vil bidra til?»



Kilde: Spørreundersøkelse blant fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo i desember 2024. n=979-982 på tvers av påstandene.

Som trukket frem av Ekspertutvalget for allmennmedisin, er det flere fastleger som skriver at de tror innføring av profesjonsnøytrale takster kan gi høyere tjenesteproduksjon, fordi annet personell da vil gjøre oppgaver i tillegg til og ikke i stedet for legen. Mange skriver også at det vil gi incentiver til å ansette mer personell, men at disse ansettelsene går på bekostning av rekruttering til sykehus og øvrige kommunale tjenester, som trenger personellet. Arbeid på fastlegekontor kan være attraktivt for sykepleiere og annet helsepersonell, som ikke ønsker turnusarbeid.

7.2.5 Fastlegenes foretrukne fordeling av basistilskudd og takstinntekter

Et av forslagene til ekspertutvalget var at basistilskuddet skal utgjøre en større andel av fastlegenes samlede finansiering (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023). Per i dag utgjør basistilskuddet om lag 30 prosent av fastlegenes samlede finansiering.

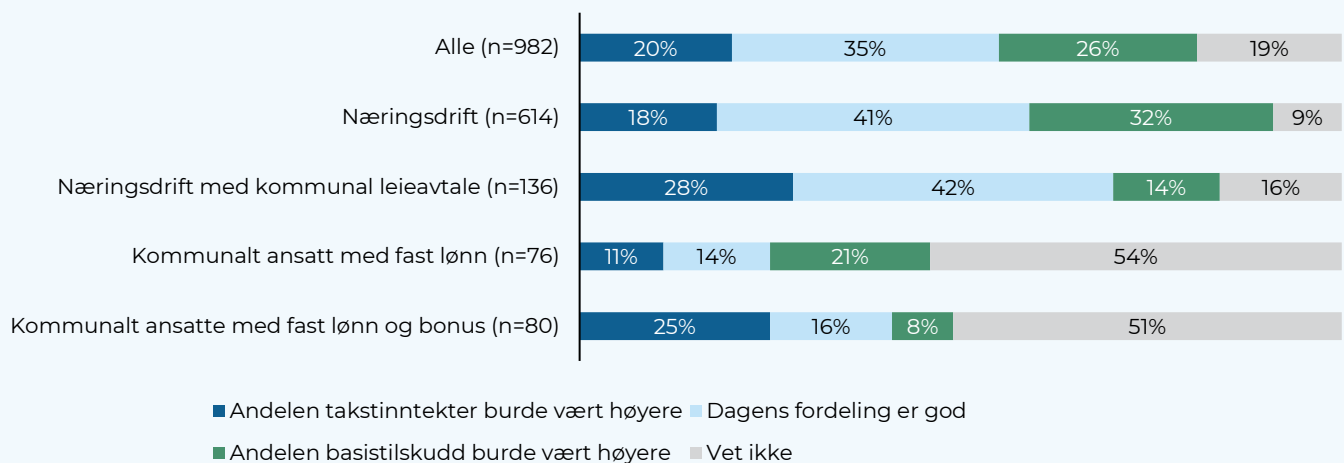
Forslaget til ekspertutvalget var at basistilskuddets andel av total finansiering skulle økes til 50 prosent, noe som innebærer at inntekter fra taksinntjeningen reduseres (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023). Ekspertutvalget begrunnet forslaget sitt med at økt andel basisfinansiering vil kunne gi incentiver for fastlegene til å øke listelengden sin og gjennomføre tiltak som medfører at listelengden økes uten at arbeidsmengden økes. Dette kan eksempelvis være å overføre oppgaver til annet personell på legekontoret, eller til andre instanser utenfor fastlegeordningen. I tillegg trakk ekspertutvalget fram at høyere andel basisfinansiering kunne skape incentiver for fastlegene å gjennomføre medisinsk prioritering av pasientene som har størst behov, og unngå medisinsk overaktivitet.

På spørsmål om hvordan fastleger i dag opplever forholdet mellom basistilskudd og takstinntekter oppgir 35 prosent at dagens fordeling er god (Figur 7-23). Andelen som oppgir at de er fornøyde med dagens fordeling er høyere blant fastleger som har næringsdrift (41 prosent) eller næringsdrift med kommunal leieavtale (42 prosent), enn fastleger som er kommunalt ansatt (14 prosent) eller kommunalt ansatt med bonus (16 prosent). Til sammenligning oppgir 26 prosent av fastlegene at andel basistilskudd burde vært høyere, mens 20 prosent oppgir at andelen takstinntekter burde vært høyere. Andelen som oppgir at de er fornøyde med dagens fordeling er høyere for eldre leger, med unntak av legene over 67 år (Vedlegg D). Menn er også i større grad enn kvinner fornøyd med dagens fordeling (henholdsvis 41 prosent for menn og 29 prosent for kvinner) (Vedlegg D).

Noen fastleger trakk frem i intervjuer i årets evaluering at når en fastlege har 8.2-avtale, vil økt basistilskudd i liten grad tilfalle fastlegen. Noen fastleger med 8.2-avtale har avtaler der kommunen beholder hele eller en andel av basistilskudd, mot for eksempel at de drifter legekontoret. I disse tilfellene vil økt basistilskudd i varierende grad tilfalle kommunen. Dette kan forklare hvorfor fastleger med 8.2-avtale i større grad ønsker økt andel takstinntekter, fordi dette er den delen av inntekten de kan styre gjennom egen aktivitet.

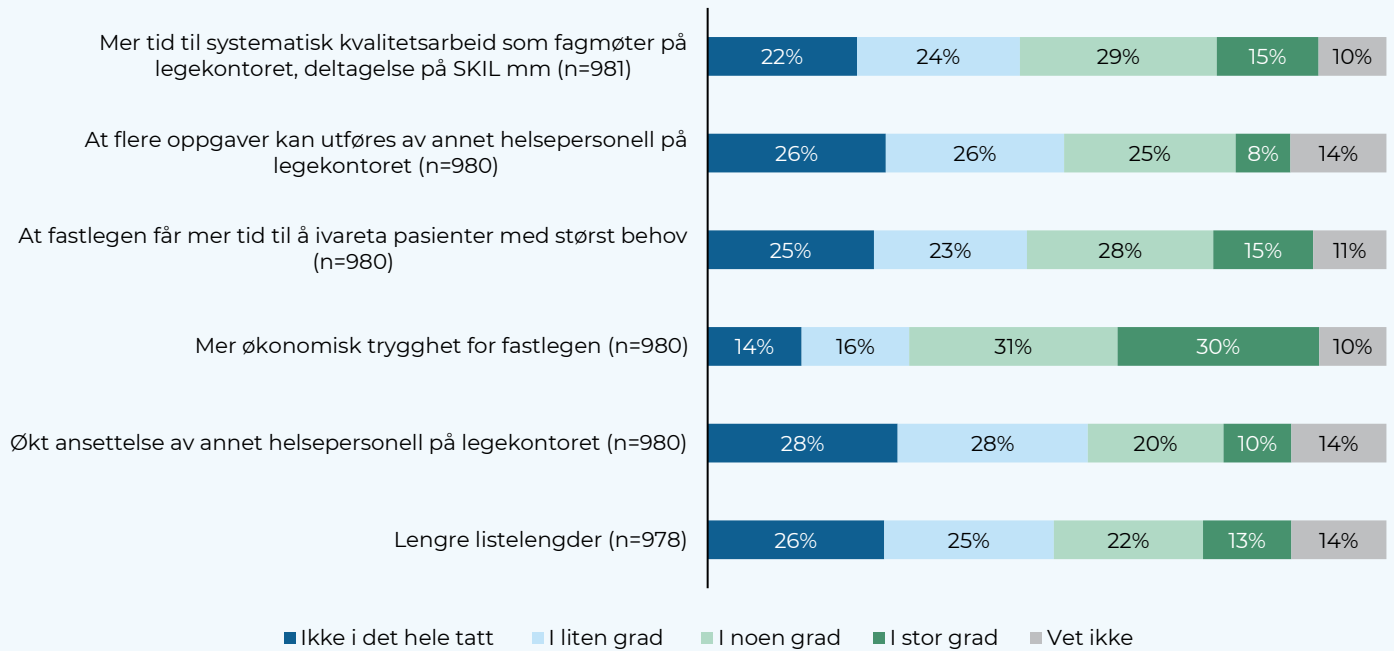
Blant kommunalt ansatte fastleger oppgir om lag halvparten at de ikke vet om forholdet mellom basistilskudd og taksinntekter burde vært annerledes, trolig fordi de forholder seg lite til denne fordelingen i sin hverdag. Man

Figur 7-23: Fastlegenes svar på "Hva synes du om forholdet mellom basistilskudd og takstinntekter i dag?"



Kilde: Spørreundersøkelse blant fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo i desember 2024.

Figur 7-24: Fastlegenes svar på påstanden: «I hvilken grad tror du at økt andel basisfinansiering vil bidra til»



Kilde: Spørreundersøkelse blant fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo i desember 2024.

ser imidlertid at flere blant kommunalt ansatte med fast lønn og bonus mener andelen takstinntekter burde vært høyere (25), sammenlignet med kommunalt ansatte med fast lønn.

Fastlegene ble i årets spørreundersøkelse bedt om å ta stilling til en rekke påstander om økt andel basisfinansiering, som eksempelvis at økt andel basisfinansiering vil medføre at flere oppgaver kan utføres av annet personell eller det vil føre til lengre listelengder (Figur 7-24). Fastlegene oppgir varierte svar på påstandene om økt andel basisfinansiering. Flertallet av fastlegene mener at økt andel basisfinansiering i noen eller i stor grad vil føre til mer økonomisk trygghet for fastlegen.

Fastlegene forteller i intervjuer at de opplever økt basistilskudd som et insentiv til å øke listen. Noen forteller at de ville opplevd økt basistilskudd som positivt for å dekke inn kostnader til øvrig personell på kontoret. Uten profesjonsnøytrale takster kan ikke disse personellgruppene generere inntekter selvstendig. Likevel forteller flere at økt basistilskudd heller vil være et insentiv til å ha flere og kortere konsultasjoner, i stedet for tiltak for å redusere arbeidsmengden, som beskrevet over. Antall prosedyrer utført på fastlegekontoret vil gå ned, mens antallet henvisninger til spesialisthelsetjenesten vil gå opp. Fastlegene vi har intervjuet, tror dermed effektiviteten og kvaliteten i allmennlegetjenesten vil gå ned.

8. Kvalitetsarbeid og tjenesteutvikling

I årets spørreundersøkelse opplever en lavere andel av fastlegene enn tidligere at egen kommune har utfordringer knyttet til kvaliteten på tilbudet til befolkningen. Fastlegene oppgir at de fremdeles har for lite tid til kvalitetsarbeid, men noen har fått mer tid i løpet av evalueringsperioden. Kommunene kan følge opp fastlegenes kvalitetsarbeid ved å innhente styringsinformasjon fra fastlegekontorene, men kan ikke pålegge innsending av relevant styringsinformasjon. I løpet av evalueringsperioden har det blitt utviklet og publisert flere nasjonale kvalitetsindikatorer, og det publiseres nå årlig 21 nasjonale kvalitetsindikatorer om allmennlegetjenesten. Bruk av digitale verktøy blir stadig mer vanlig på legekontorene, men graden av måloppnåelse varierer.

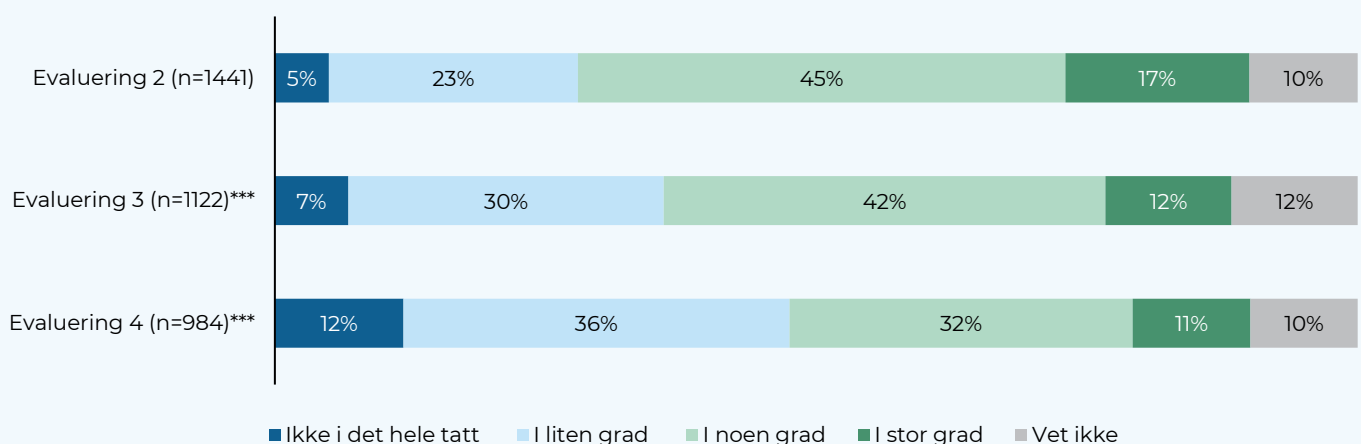
8.1 Allmennlegetjenester av god kvalitet

Alle kommuner og fastleger har et lovpålagt ansvar om å sikre god kvalitet i allmennlegetjenesten, og legge til rette for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2013; Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2016).

Kvalitet er et vidt begrep, som kan ha flere betydninger i ulike sammenhenger. Hva som definerer god kvalitet i allmennlegetjenesten vil kunne utvikle seg over tid, og vil også avhenge av samfunnsutvikling og politiske føringer. Det vises ofte til at helsetjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, sikrer god bruker-involvering, er samordnet og preget av kontinuitet, og utnytter ressursene på en god måte, er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Pedersen, et al., 2022; Helsedirektoratet, 2005).

På spørsmål om hva som definerer allmennlegetjenester av god kvalitet trakk fastlegene og kommune-representantene vi har intervjuet frem flere aspekter. Flere påpekte at kontinuitet i fastlege-pasient-relasjonen og tilgjengelighet er viktige kjennetegn på en allmennlegetjeneste av god kvalitet. I tillegg påpekte noen fastleger at det er nødvendig at fastlegen som utøver tjenestene, har et høyt faglig nivå, og at fastlegen har god kommunikasjon med pasienten. Enkelte fastleger trakk også frem at det er viktig for kvaliteten at fastlegen har god systemforståelse og kan henvende pasienten til andre relevante instanser ved behov.

Figur 8-1: Fastlegenes svar på: «I hvilken grad har din kommune utfordringer knyttet til allmennlegetjenesten når det gjelder kvalitet på tilbudet til befolkningen?»



Kilde: Spørreundersøkelser blant fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo i desember 2022 (rapport II), desember 2023 (rapport III) og desember 2024 (rapport IV). Merknad: Stjernene angir signifikansnivå for endringen i fordelingen, hvor hver av de påfølgende rapportene (Evaluering 3 og 4) er testet opp mot Evalueringsrapport 2. Signifikansnivå: (***) $p < 0,01$, (**) $p < 0,05$ og (*) $p < 0,10$.

I årets spørreundersøkelse til fastleger oppga 11 prosent at kommunen i stor grad har utfordringer i allmennlegetjenesten knyttet til kvaliteten på tilbudet til befolkningen, mens 32 prosent oppga at de i noen grad har utfordringer (Figur 8-1). Andelen som svarte at kommunen har utfordringer knyttet til kvaliteten på tilbudet er signifikant lavere i årets undersøkelse enn i evalueringsrapport II og III.

8.2 Pågående arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i allmennlegetjenesten

8.2.1 Utvikling av nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

For å sikre at alle innbyggere mottar allmennlegetjenester av god kvalitet, er det nødvendig at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, både på legekantorene, i kommunen og nasjonalt (Pedersen, et al., 2023).

Siden handlingsplan for allmennlegetjenesten ble publisert, har Helsedirektoratet hatt et pågående arbeid om å utvikle et nasjonalt system for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i allmennlegetjenesten. Systemet er ment å sikre etterlevelse av krav som stilles i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. I tillegg skal det sikre målrettet, systematisk og samordnet innsats for gode og trygge tjenestetilbud. Vinteren 2022 leverte Helsedirektoratet en rapport som utredet innretningen av et slikt system. Utredningen ble gjort i samarbeid med KS, FHI, Direktoratet for e-helse, Legeforeningen, Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (NOKLUS) og Senter for kvalitet i legetjenesten (SKIL) (Tyrihjell, et al., 2024). I november 2022 ble Helsedirektoratet tildelt 2 millioner kroner for å følge opp anbefalingene fra denne utredningen.

Siden utredningen, har SKIL fått årlig tilskudd fra Helsedirektoratet for å drifte det nasjonale kvalitetssystemet for legetjenester. Systemet for nasjonalt kvalitetsarbeid omfatter emnekurs og seminarer som tilbys kommunene og fastlegekantorene i kommunen. I 2023 hadde SKIL fokus på ledelse av kvalitetsarbeidet for legen, legekantoret og for kommunen (Pedersen, et al., 2023; Helsedirektoratet, 2024a).

8.2.2 Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle og publisere nasjonale kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten (Helsedirektoratet, 2023). Relevante og gode nasjonale kvalitetsindikatorer er et virkemiddel i det systematiske kvalitetsarbeidet, for å følge med på i hvilken grad pasienter mottar helsetjenester av god kvalitet.

Per april 2025 publiseres det 9 nasjonale kvalitetsindikatorer om allmennlegetjenesten, og disse publiseres på nasjonalt nivå, fylkesnivå og kommunenivå (Helsedirektoratet, 2025). Tre av disse ble lansert i 2023 (Helsedirektoratet, 2024b; Helsedirektoratet, 2024a) og omhandler rekvirering av legemidler til eldre fra allmennleger. I 2024 ble det lansert en ny indikator som viser andel konsultasjoner en pasient har hatt det siste året hos sin egen fastlege, og antall konsultasjoner hos pasientens mest brukte lege i fastlegeordningen. Denne indikatoren er ment å gi informasjon om kontinuitet i lege-pasient-forholdet. Under lister vi opp de tilgjengelige indikatorene på Helsedirektoratets nettsider:

- Andel fastleger med spesialitet i allmennmedisin
- Konsultasjoner hos egen fastlege
- NSAIDs til eldre fra allmennlege
- Vanedannende legemidler til eldre fra allmennlege
- Varighet på kommunens avtaler med fastleger
- Innbyggere uten fast lege
- Legemidler med betydelig antikolinergeffekt til eldre fra allmennlege
- Pasienterfaringer med fastlege og fastlegekantor
- Varighet på fastlege-innbygger-relasjon

I tillegg til de nevnte indikatorene publiseres det fem indikatorer knyttet til legevakt, fem kvalitetsindikatorer om bruk av antibiotika utenfor sykehus og tre om legetjenester i sykehjem. Disse kan relateres til kvaliteten i allmennlegetjenesten (Helsedirektoratet, 2025; Helsedirektoratet, 2022a; Helsedirektoratet, 2024a).

8.2.3 Kvalitetsarbeid på legekantorene

Det er Fastlegeforskriften og Helse- og omsorgstjenesteloven som stiller krav til kvaliteten på tjenester som tilbys av fastleger (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2013; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). Det stilles blant annet krav om at enhver som yter helse- og omsorgstjenester skal sørge for at virksomheten arbeider

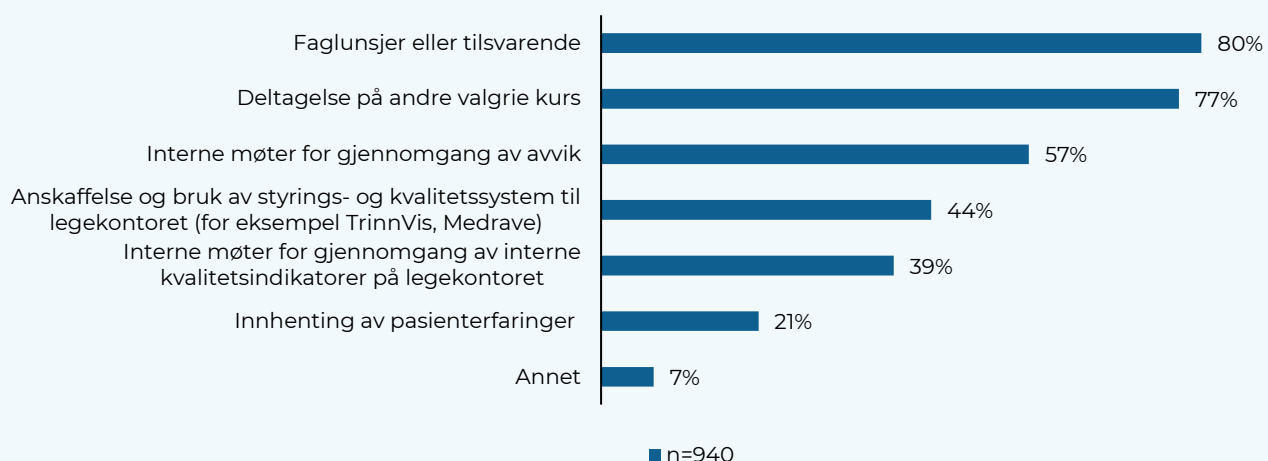
systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. I tillegg stilles det krav til at fastleger skal drive sin virksomhet i tråd med oppdatert kunnskap, samt jobbe for å redusere risikoen for uønskede hendelser.

De fleste fastlegene oppga i årets spørreundersøkelse at kvalitetsarbeidet de gjennomfører på legekantoret i hovedsak består av faglunsjer eller tilsvarende (80 prosent), deltagelse på valgfrie kurs (77 prosent) og interne møter for gjennomgang av avvik (57 prosent). I intervjuer oppga fastlegene at i tillegg til å delta på fagmøter, så deltar de også på SKIL-kurs. Flere trakk også frem at de har anskaffet seg kvalitetsverktøyet TrinnVis, mens enkelte informerte at de går gjennom klager og henvendelser de mottar fra listeinnbyggere i fellesskap.

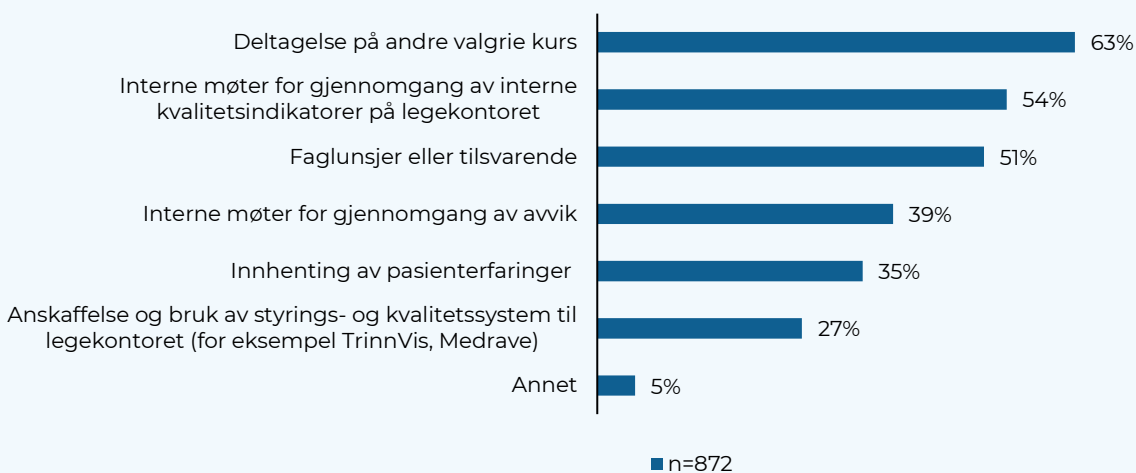
På spørsmålet om hvilken type kvalitetsarbeid de ønsker å gjennomføre mer av, oppga flere at de ønsker å delta på valgfrie kurs (63 prosent), ha flere interne møter for gjennomgang av avvik (54 prosent), og ha flere faglunsjer eller tilsvarende (51 prosent). I intervjuer oppga enkelte fastleger at de synes at de gjennomfører tilstrekkelig med kvalitetsarbeid, og at arbeidet fungerer bra. Andre fastleger oppga i intervjuer at de ønsker mer eller forbedret kvalitetsarbeid. En lege mente det var behov for mer internundervisning og ledelse. I tillegg trakk enkelte fastleger frem at det er utfordrende å kombinere kvalitetsarbeid med drift av legekantoret, og at behovet for å sikre god tilgjengelighet gjør at kvalitetsarbeid kan bli nedprioritert på legekantoret.

Figur 8-2: Fastlegenes svar på:

"Har du eller ditt legekantor gjennomført følgende typer kvalitetsarbeid i løpet av de siste 12 månedene?"



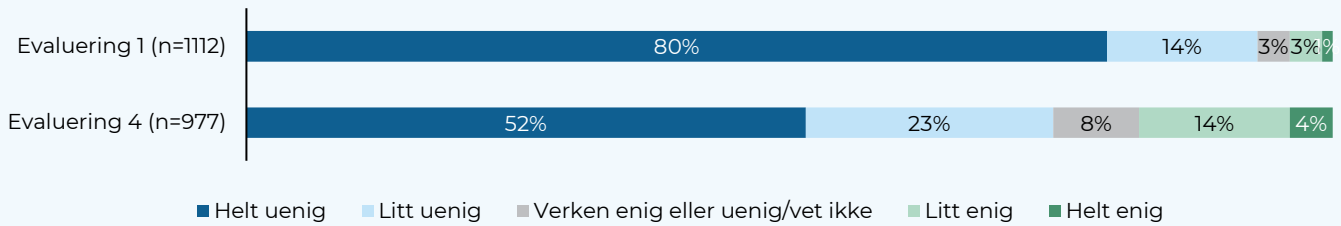
"Hvilke av følgende typer kvalitetsarbeid ønsker du å gjennomføre mer av?"



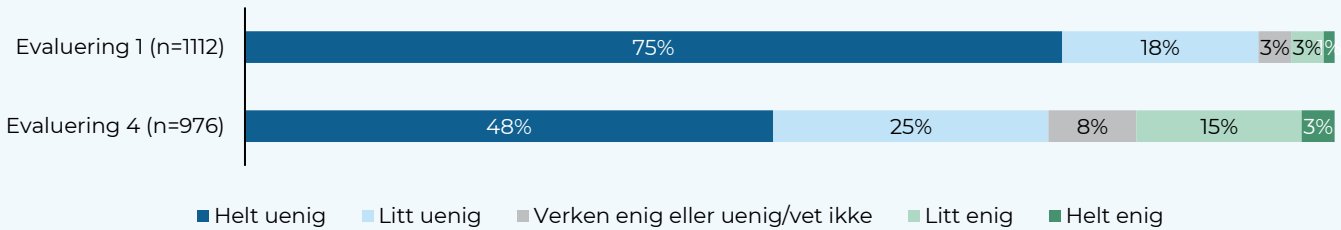
Kilde: Spørreundersøkelse blant fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo i desember 2024.

Figur 8-3: Fastlegenes svar på: «Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander:»

"Jeg har tid til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring innenfor vanlig arbeidstid"



"Jeg har tid til å holde meg faglig oppdatert innenfor vanlig arbeidstid"



Kilde: Spørreundersøkelser blant fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo i januar 2022 (rapport I) og desember 2024 (rapport IV).

I årets spørreundersøkelse oppga flere fastleger at de er helt uenig i at de har tid til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring innenfor vanlig arbeidstid (52 prosent), og at de har fått mer tid til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring de siste 12 månedene (56 prosent) (Figur 8-3). Dette er likevel en mindre andel sammenlignet med funn fra evalueringsrapport I, hvor henholdsvis 80 prosent og 85 prosent var helt uenig i påstandene om tid til systematisk kvalitetsarbeid.

Tilsvarende oppga flere fastleger at de er helt uenig i at de har tid til å holde seg faglig oppdatert innenfor vanlig arbeidstid (48 prosent), eller at de har fått mer tid til å holde seg faglig oppdatert innenfor vanlig arbeidstid de siste 12 månedene (58 prosent) (Figur 8-3). Dette er en mindre andel sammenlignet med andel fastleger i evalueringsrapport I som er helt uenig i påstandene (henholdsvis 75 prosent og 85 prosent).

8.3 Kommunens rolle i kvalitetsarbeid i allmennlegetjenesten

Alle kommuner i Norge har et overordnet ansvar om å sikre kvalitet i den kommunale allmennlegetjenesten, og at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2013; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

I evalueringsrapport III oppga om lag halvparten av kommunene (51 prosent) at de følger opp hvorvidt fastlegekontorene gjennomfører systematisk kvalitetsforbedringsarbeid, mens 40 prosent oppga at de ikke gjør det. Andelen som oppga at de følger opp systematisk kvalitetsarbeid på fastlegekontorene var høyere blant mindre sentrale kommuner. Videre oppga under halvparten (48 prosent) at de bistår legekantorene med systematisk kvalitetsarbeid, mens 40 prosent oppga at de ikke bistår fastlegekontorene (Tyrhjem, et al., 2024).

I intervjuer i forbindelse med årets evalueringsrapport, oppga fastlegene at de har varierte erfaringer med kommunens støtte i deres kvalitetsarbeid. Mens noen fastleger ikke mottok noen form for bistand fra kommunen, oppga noen fastleger at kommunen bistår på flere måter, for eksempel gjennom oppfølging av avvik og klager eller ved arrangering av fagmøter. Blant de legene som oppga at kommunen ikke bistår i kvalitetsarbeidet, var det noen som trakk frem at de heller ikke ønsker eller har behov for det. De påpekte at de er selvdrevne i kvalitetsarbeidet, eller at de ikke ønsker at kommunen skal fastsette rammer for hvordan legekantoret skal gjennomføre kvalitetsarbeid. En lege trakk frem at legekantorene i kommunen ikke har hatt behov for bistand fra kommunen tidligere, men at helsebehovene til pasientene har endret seg de siste årene, som har skapt behov for mer tverrfaglig samarbeid mellom ulike aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Fastlegen påpekte at dette også fører til at fastlegene har mer behov for bistand fra kommunen i kvalitetsarbeidet.

I tillegg til å følge med på og bistå fastlegenes kvalitetsarbeid, kan det å innhente styringsinformasjon fra legekantorene være et virkemiddel for å følge med på kvaliteten på de tjenestene som fastlegen tilbyr (Hesledirektoratet, 2022b). Fastlegeforskriften §29 gir kommunene mulighet til å kreve at fastlegene gir nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2013). I evalueringsrapport III oppga omtrent like mange kommuner at de regelmessig innhenter styringsinformasjon om fastlegekontorene til bruk i ledelse av tjenesten (45 prosent), som de som ikke gjør det (44 prosent). Andelen som innhenter regelmessig styringsinformasjon var størst blant kommunene med sentralitetsklasse 5-6 (60 prosent), sammenlignet med kommunene med sentralitetsklasse 1-2 og 3-4 (henholdsvis 40 prosent og 29 prosent).

I intervjuer med administrative ledere i kommunen er det noen som oppgir at de ikke innhenter styringsinformasjon, og at dette skyldes at §29 i fastlegeforskriften i praksis er en «sovende forskrift», altså at den enda ikke har tredd i kraft (Forskrift om fastlegeordning i kommunene, 2013). Det er spesifisert i forskriften at Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet at paragrafen om rapporteringen skal tre i kraft på et senere tidspunkt, og at departementet beslutter når dette skal skje. Noen kommuner trekker frem at siden paragrafen fremdeles ikke er tredd i kraft, så kan ikke kommunen pålegge fastlegekontorene å rapportere om styringsinformasjon.

8.4 Digitale verktøy i allmennlegetjenesten

Bruk av digitale verktøy blir stadig mer vanlig på legekantorene, og mange konsultasjoner gjennomføres digitalt. Siste undersøkelse fra PasOPP-undersøkelsen viser at om lag 30 prosent av pasientene hadde benyttet seg av en tekstkonsultasjon eller en telefonkonsultasjon de siste to årene, mens om lag 2 prosent hadde benyttet seg av en videokonsultasjon i samme tidsrom. Samtidig viser undersøkelsen at etterspørselen etter konsultasjoner gjennom video, tekst eller telefon er større enn tilbudet. Flere pasienter oppga også at de ønsker digital timebestilling, reseptfornyelse og tilgang til egne helseopplysninger. Dette indikerer at det er et gap mellom faktisk bruk og ønsket tilgang til digitale helsetjenester (Norman, Skyrud, Jelin, & Bjertnæs, 2025).

Digitale verktøy og teknologisk utvikling kan bidra til bedre ressursutnyttelse på legekantorene og forbedret samhandling og informasjonsdeling på tvers av ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Dette kan igjen bidra til å øke kvalitet på tjenestene som tilbys til pasienter og brukere (NOU 2023: 4). Per i dag er det en rekke digitale verktøy som er under utvikling og som berører allmennlegetjenesten, som for eksempel:

- Digital behandlings- og egenbehandlingsplan
- Digital hjemmeoppfølging spredning
- Kartleggings skjema for fastleger på Helsenorge (tidligere digitalt triageringsverktøy)
- Program pasientens legemiddelliste
- Pasientens prøvesvar
- Helseplattformen
- Felles journalløft
- Program digital samhandling
- Digital Dialog Fastlege (DDFL)

I tillegg til nevnte digitale utviklingsprosjekt, har andre digitale verktøy blitt mer utbredt på legekantorene. Flere fastleger informerte i intervjuer om at de har tatt i bruk digitale verktøy som baserer seg på kunstig intelligens. Eksempler som trekkes frem er digitale verktøy som Medbric og Noteless, som fungerer som hjelpeverktøy underveis i konsultasjonen, og som skriver journalnotat basert på samtalen mellom pasient og lege. Noen av legene som har testet ut KI-verktøy opplyste at de er fornøyde, og kan spare tid underveis i konsultasjonen. Andre leger opplevde mindre gevinster ved bruk av KI-verktøy, men opplyste at leger som bruker lang tid på journalskriving potensielt kan spare en del tid.

De siste årene har det også blitt utviklet enkelte triageringsverktøy som baserer seg på kunstig intelligens, eksempelvis Red Robin i Sverige. I motsetning til verktøy som Medbric og Noteless som brukes underveis i konsultasjonen, så brukes Red Robin av pasient og lege ved *timebestilling*. Verktøyet er ment å hjelpe pasient til å velge riktig hastegrad og konsultasjonsform på bestilt konsultasjon, basert på opplysninger som pasienten oppgir om egen helsetilstand. I Norge har det også vært testet ut et digital triageringsverktøy, utviklet og driftet av Hesledirektoratet og Norsk Helsenett. I motsetning til Red Robin, baserer løsningen seg ikke på KI-teknologi. Isteden fungerer verktøyet som et kartleggingsverktøy for ulike helsetilstander, hvor pasienten blir bedt om å fylle ut et skjema i forkant av konsultasjonen. Kartleggings skjemaene leses av fastlegen eller annet helse-

personell i forkant av konsultasjonen. Funn fra evalueringen viser at legekantorene som har testet ut løsningen har varierende erfaringer med løsningen, hvor enkelte oppgir at verktøyet bidrar til at legen mottar mer informasjon i forkant av konsultasjonen og bedre kvalitet på konsultasjonene. Andre legekantor oppga at løsningen medførte merarbeid for øvrig personell på legekantoret, og at eventuelle gevinster ikke veide opp for kostnadene (Oslo Economics, 2024). Kartleggings skjemaer for e-konsultasjoner for fastleger ble tilgjengelig for alle fastleger på Helsenorge i april 2025.

Behov for digitale verktøy fremover

I intervjuene med fastleger påpekte enkelte at det fremdeles er behov for flere eller forbedrede digitale løsninger i fremtiden. Enkelte trakk frem at det er behov for et digitalt system som bidrar til mer informasjonsutveksling mellom fastleger og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder særlig informasjon om hva slags medisin og behandling som pasient har mottatt i ulike deler av helsetjenesten.

En fastlege trakk også frem at digitale NOKLUS-skjemaer fungerer bra, og at det kan være behov for tilsvarende skjemaer ved årskontroller av pasienter med astma eller KOLS. En annen lege informerte at det fremdeles er et potensial ved KI-verktøy, og at det kunne vært nyttig med et verktøy som hjalp fastlegen underveis i konsultasjonen, enten ved å komme med forslag til diagnoser, eller ved å tilby sjekklister for en spesifikk diagnose som fastlegen må svare ut i løpet av konsultasjonen.

Enkelte leger trakk frem at en viktig forutsetning for utvikling av fremtidige digitale verktøy i fastlegeordningen, er at løsningen må integreres godt i fastlegenes EPJ-system. Dette er en av erfaringene fra utprøving av digital triageringsløsning, hvor lite hensiktsmessig integrasjon i fastlegenes journalsystem var en av hovedutfordringene til løsningen.

Regjeringen har utarbeidet et forslag til ny fastlegeforskrift, sendt ut på høring i mars 2025, hvor de foreslår at kommunale fastlegekontor og næringsdrivende leger skal være pliktige til å tilby digitale tjenester, noe som inkluderer e-konsultasjoner (video-, tekst- og telefonkonsultasjon). Fastlegene må også tilby digital timebestilling på helsenorge.no (Helse- og omsorgsdepartementet, 2025). En endring av forskriften vil øke behovet for velfungerende digitale verktøy siden fastlegene blir pliktige til å levere digitale tjenester.

9. Kommunens styring og ledelse

Kommunen har ansvar for å sikre at personer som oppholder seg der, får tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester. I evalueringen finner vi at under halvparten av kommunene (45 prosent) innhenter regelmessig styringsinformasjon om fastlegekontor til bruk i ledelse av tjenesten. Basert på intervjuer med fastleger og ansatte i kommuner i forbindelse med denne evalueringen, virker det å være stor variasjon i hvor hyppig og på hvilken måte kommunen og fastlegene er i kontakt, og hvordan samarbeidet oppleves.

9.1 Kommunens ansvar for allmennlegetjenesten

Kommunen har ansvaret for å sikre at personer som oppholder seg der, får tilgang til nødvendige helse- og omsorgstjenester. I tillegg skal kommunen organisere fastlegeordningen og legge til rette for at de som ønsker det, kan stå på en fastlegeliste. Dette innebærer blant annet å sørge for at det er et tilstrekkelig antall fastleger tilknyttet ordningen (Tekstboks 1).

I løpet av evalueringen har vi undersøkt kommunens styring og ledelse gjennom intervjuer og spørreundersøkelser med både kommuneansatte og fastleger. Dette var et viktig tema i tredje evalueringsrapport, da det ble gjennomført en undersøkelse rettet mot ansatte i kommunen som jobber med fastlegeordningen. I forbindelse med årets rapport har det blitt gjennomført intervjuer med samme målgruppe. Dette kapitlet bygger på disse intervjuene, intervjuer med fastlege og i stor grad en oppsummering av undersøkelsene fra tredje evalueringsrapport.

9.2 Verktøy for styring og ledelse

I henhold til Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeförening skal kommunen sørge for nødvendig planlegging slik at legene har forutsigbarhet i sin virksomhet når det gjelder forventet listestørrelse, sammensetning av pasientpopulasjon og veiledning av LISI og ALIS. Kommunen skal utarbeide plan for legetjenesten og legge denne frem for samarbeidsutvalget.

Kommunene innhenter i liten grad styringsinformasjon fra fastlegekontorene

I henhold til Fastlegeforskriften §29 skal fastlegen avgi nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål for å ivareta myndighetenes ansvar for et forsvarlig allmennlegetilbud og faglig utvikling av allmennlegetjenesten. Som beskrevet nærmere i kapittel 8, oppgir under halvparten (45 prosent) av kommunene i evalueringsrapport III, at de innhenter regelmessig styringsinformasjon om fastlegekontor til bruk i ledelse av tjenesten. Tilsvarende oppga informanter fra kommunene i intervju i forbindelse med årets evaluering, at de innhenter lite informasjon, men at det kunne vært et nyttig styringsverktøy. Årsakene som nevnes er at de ikke har hensiktsmessige rapporteringssystemer, samt bekymring for at fastlegene ville ansett det som inngripende i deres praksis. Kommuner med kommunalt ansatte og eventuelt egne kommunale legekontor har i større grad tilgang til å innhente denne typen informasjon fra egne ansatte. Blant de som innhenter informasjon, oppga nesten alle (96 prosent) at de innhenter informasjon om legenes listelengde, etterfulgt av informasjon om fastlegenes deltagelse i legevakt (81 prosent), åpningstider på legekontor (78 prosent), og bemanning av hjelpepersonell (72

Tekstboks 1: Kommunens ansvar for allmennlegetjenesten

Lov om pasient- og brukerrettigheter §2-1a slår fast at pasienter og brukere har rett til øyeblikkelig hjelp og nødvendige helse- og omsorgstjenester fra kommunen. Ihht. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Innbyggere som ønsker det, har rett til å stå på en fastlegeliste, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §2-1c. Ihht. forskrift om fastlegeordning i kommunen §4 er det kommunens ansvar å organisere fastlegeordningen og sørge for at personer som ønsker det får oppfylt sin rett til å stå på en liste. Kommunens ansvar innebærer videre å sørge for at et tilstrekkelig antall fastleger deltar i ordningen. Ihht. forskriftens §1 er formålet med fastlegeordningen å sikre at «alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til». Videre defineres både kommunens og fastlegenes ansvar i Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeförening (ASA 4310) (KS og Den norske legeförening, 2024). Vilkår for leger og LISI i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale er gitt i «Særavtalen» mellom KS og Den norske legeförening (SFS 2305).

present). En kommune forteller i intervju at de bruker inntektssystemet til å innhente informasjon om taksting som et mål på produktivitet. Dette bruker de i lønnsforhandlinger med fast ansatte leger.

9.3 Opplevd samarbeid mellom kommune og fastleger

Kommunen er ansvarlig for å tilby allmennlegetjenester til befolkningen, og er avhengig av et godt samarbeid med fastlegene som del av dette ansvaret. Samtidig er de fleste fastleger selvstendig næringsdrivende og styrer i stor grad egen praksis. I forbindelse med denne evalueringen har vi intervjuet både fastleger og kommunerepresentanter om hvordan samarbeidet mellom kommune og fastleger fungerer. Spørsmålet er også undersøkt i en spørreundersøkelse til ansatte i kommunen med ansvar for fastlegeordningen og spørreundersøkelse til fastleger i forbindelse med fjorårets evaluering av handlingsplanen.

Kommuner og fastleger samarbeider på ulike arenaer

Basert på intervjuer med fastleger og ansatte i kommuner i forbindelse med denne evalueringen, virker det å være stor variasjon i hvor hyppig og på hvilken måte kommunen og fastlegene er i kontakt. De fleste nevner at de har lokale samarbeidsutvalg (LSU) som møtes med jevne mellomrom, og dette trekkes frem som en viktig arena. I tillegg er det noen kommuner som deltar i deler av møtene til allmennlegeutvalget (ALU). I en kommune hvor vi har gjort intervju kom det frem at de gjennomfører årlige individuelle samtaler med hver enkelt fastlege, som en medarbeidersamtale. Det er imidlertid tidkrevende, og i andre kommuner hvor vi har gjort intervju fortalte de at dette er noe de ikke har tid til å gjøre.

Det virker, basert på intervjuer, som at den mer uformelle dialogen mellom kommune og fastlege er vel så viktig som formelle møteplasser; ad hoc-møter i forbindelse med spesifikke problemstillinger eller annen fortløpende dialog. I mindre folkerike kommuner trekkes det i intervjuer frem at dette fungerer fordi det er små forhold og at man stadig møter på hverandre. Dermed har de i liten grad behov for formelle møteplasser og satte arenaer. Mer folkerike kommuner virker i større grad å være avhengige av formelle linjer for samarbeid. Videre er det utfordrende for noen kommuner å få selvstendig næringsdrivende fastleger til å prioritere tid til å delta i eventuelle møter de arrangerer, uten at de kompenseres for dette. I kommuner med kommunalt ansatte fastleger kom det frem i intervju at det er lettere å få disse legene til å delta i samarbeidsmøter.

Det er variasjon i hvordan fastleger og kommuner opplever samarbeidet

Det er variasjon i hvordan samarbeidet mellom kommune og fastlege oppleves. Noen ansatte i kommuner og fastleger fortalte i intervjuer om godt samarbeid der man har en god dialog og løser utfordringer sammen. Andre fortalte at det er lite kontakt, og at kommunen ikke er involvert i noen deler av driften av fastlegekontoret.

Funnene beskrevet over underbygges av en tidligere undersøkelse blant kommuneoverleger og administrativt ansatte i kommunen, samt tidligere spørreundersøkelser blant fastleger, gjennomført i forbindelse med evalueringen av handlingsplanen, der det var delte meninger rundt hvorvidt kommunen har god dialog med fastlegene og god ledelse av fastlegeordningen (Tyrihjel, et al., 2024). Både fastleger og representanter fra mindre folkerike kommuner var i undersøkelsen i større grad enige i at de har god dialog med fastlegene og god ledelse av fastlegeordningen. I intervjuer i forbindelse med årets evalueringsrapport forklares dette av både fastleger og ansatte i kommunen med at det er lettere å samarbeide når det er små forhold, og man i større grad har kjennskap til hverandre. I mindre kommuner er det også mer utbredt bruk av fast ansettelse, noe som også trekkes frem som en fordel i samarbeidet av ansatte i kommuner. De forteller i intervjuer at de opplever større mulighet til å ha innflytelse over legekantoret, og at det er lettere å integrere fast ansatte leger i øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester.

Fastleger som opplever utfordringer med sin kommune forteller i intervjuer at det handler om at kommunen i liten grad tar hensyn til innspill fra legene, noe som gjør at de velger å engasjere seg mindre i samarbeidet. Fastleger forteller at kommunerepresentanter ikke deltar på arenaer der de kan møtes (som beskrevet over) eller besøker kontorene med jevne mellomrom. Noen fastleger trekker frem at det er kommunen som «eier» fastlegeordningen og at de burde være tilgjengelige og følge med om de kan bidra. Noen fastleger forteller også at utfordringer de tar opp med kommunen ikke blir fulgt opp videre.

I tillegg opplever noen av fastlegene at kommunen har liten kompetanse og forståelse for deres arbeid. Flere forteller i intervjuer at det er viktig at den i kommunen med hovedansvar for fastlegetjenesten er lege, og helst tidligere fastlege. Andre forteller imidlertid at de syntes det er viktig at de får drifte selvstendig, og at kommunen ikke burde involvere seg i for stor grad. Fastleger som forteller om godt samarbeid forteller at kommunen ikke involverer seg for inngående i driften, samtidig som de er tilgjengelige og stiller opp ved behov. Det kan for

eksempel være hvis en fastlege trenger vikar i forbindelse med permisjon, eller de har særlig vanskelige saker de trenger bistand med. Flere forteller også at de syntes det er svært positivt når etablerte fastleger får være delaktige og involvert i prosesser hvor det inngås avtale med nye fastleger.

Samarbeidet virker å være personavhengig. Ansatte i kommunen forteller i intervjuer at de har godt samarbeid med noen fastleger i kommunen, men at det er konflikter med andre. Også fastleger forteller at samarbeidet har endret seg til det positive eller det negative etter at personen med ansvar for fastlegen har blitt skiftet ut.

10. Samarbeid og samhandling

Siden fastlegeordningen ble innført i 2001, har antall legekontor gått ned og antall leger per legekontor har økt, som kan legges til rette for økt teamarbeid. I 2024 var det 1 330 legekontor, og i gjennomsnitt 4,2 fastleger per legekontor. I årets spørreundersøkelse blant fastleger svarte 40 prosent at de jobber tverrfaglig eller i team på legekantoret i dag, hvorav de fleste arbeidet med helsesekretær og sykepleier. Fastlegene har ulike preferanser for å jobbe mer tverrfaglig og teambasert enn i dag; 45 prosent ønsket mer, mens 55 prosent ikke ønsket mer. Fastlegene hadde også delte meninger om ansettelse og/eller deleierskap i gruppeavtale.

10.1 Organisering av og samarbeid på fastlegekontoret

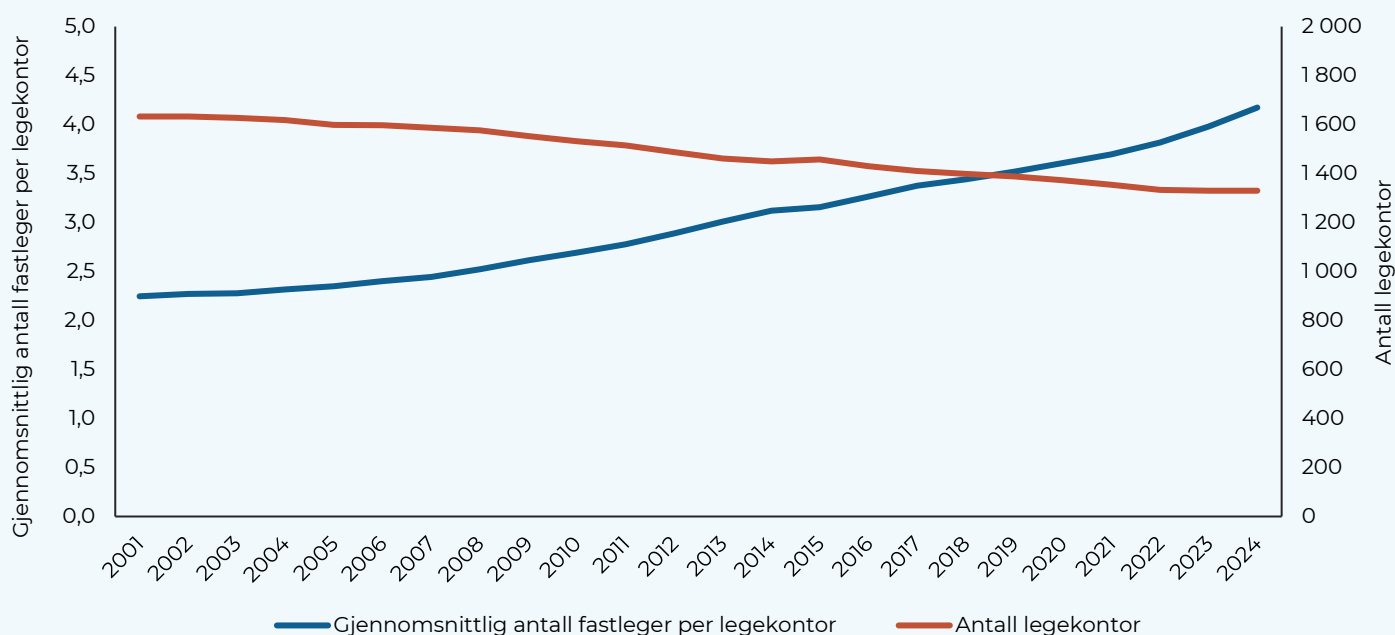
Fastlegekontorene i Norge har ulik organisering og størrelse. Siden fastlegeordningen ble innført i 2001, har antall legekontor gått ned, mens gjennomsnittlig antall leger på legekantorene har økt. I 2020 var det 1 372 legekantor, og i gjennomsnitt 3,7 fastleger per legekantor. I 2024 var antall legekantor 1 330, men gjennomsnittlig antall leger per legekantor økte til 4,2 (Figur 10-1).

I årets spørreundersøkelse blant fastleger svarte 40 prosent at de jobber tverrfaglig eller i team på legekantoret i dag. Andelen som svarte ja var lavest blant fastleger med næringsdrift (31 prosent), og høyest blant kommunalt ansatte fastleger med fast lønn og bonus (60 prosent). Blant de som svarte ja, oppga de fleste å jobbe med helsesekretærer (87 prosent) og sykepleiere (63 prosent) (Figur 10-2). Andelen som jobbet med sykepleiere varierte på tvers av driftsform, og var lavest blant fastleger med næringsdrift (41 prosent), og høyest blant kommunalt ansatte med fast lønn (91 prosent).

10.1.1 Preferanser for mer teamarbeid

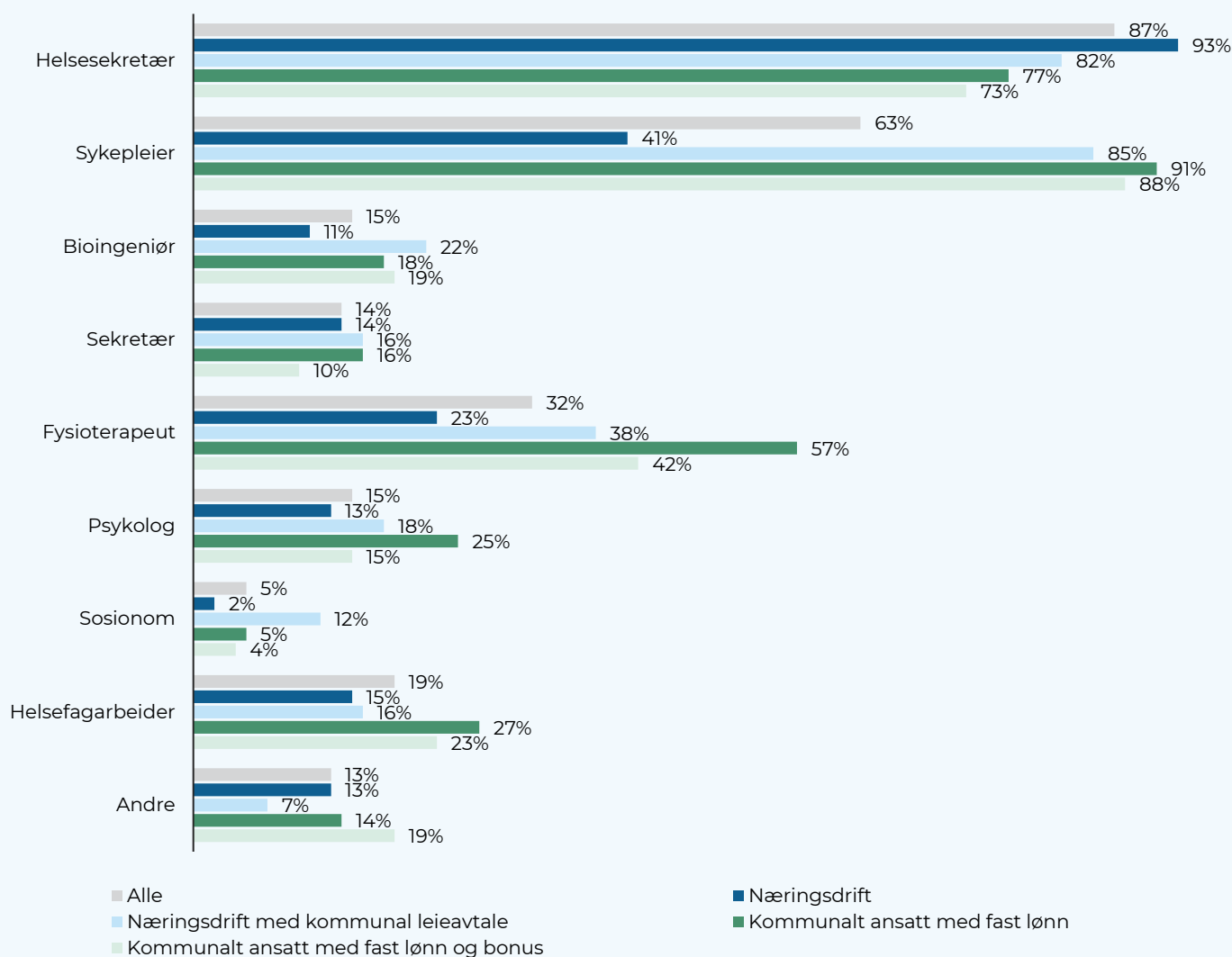
Fastlegene som svarte på spørreundersøkelsen har ulike preferanser for å jobbe mer tverrfaglig og teambasert enn i dag; omtrent like mange ønsket mer (45 prosent) av dette som de som ikke ønsket mer (55 prosent), og

Figur 10-1: Gjennomsnittlig antall fastleger per legekantor, og antall legekantor 2001-2024



Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Lister uten fast lege er ikke inkludert i analysen.

Figur 10-2: Hvilke typer helsepersonell jobber du tverrfaglig/i team med på legekantoret i dag? Kryss av for alle relevante.



Kilde: Spørreundersøkelse blant fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo desember 2024. n = 390 (spørsmålet ble kun stilt til respondenter som oppga at de jobber tverrfaglig eller i team på legekantoret).

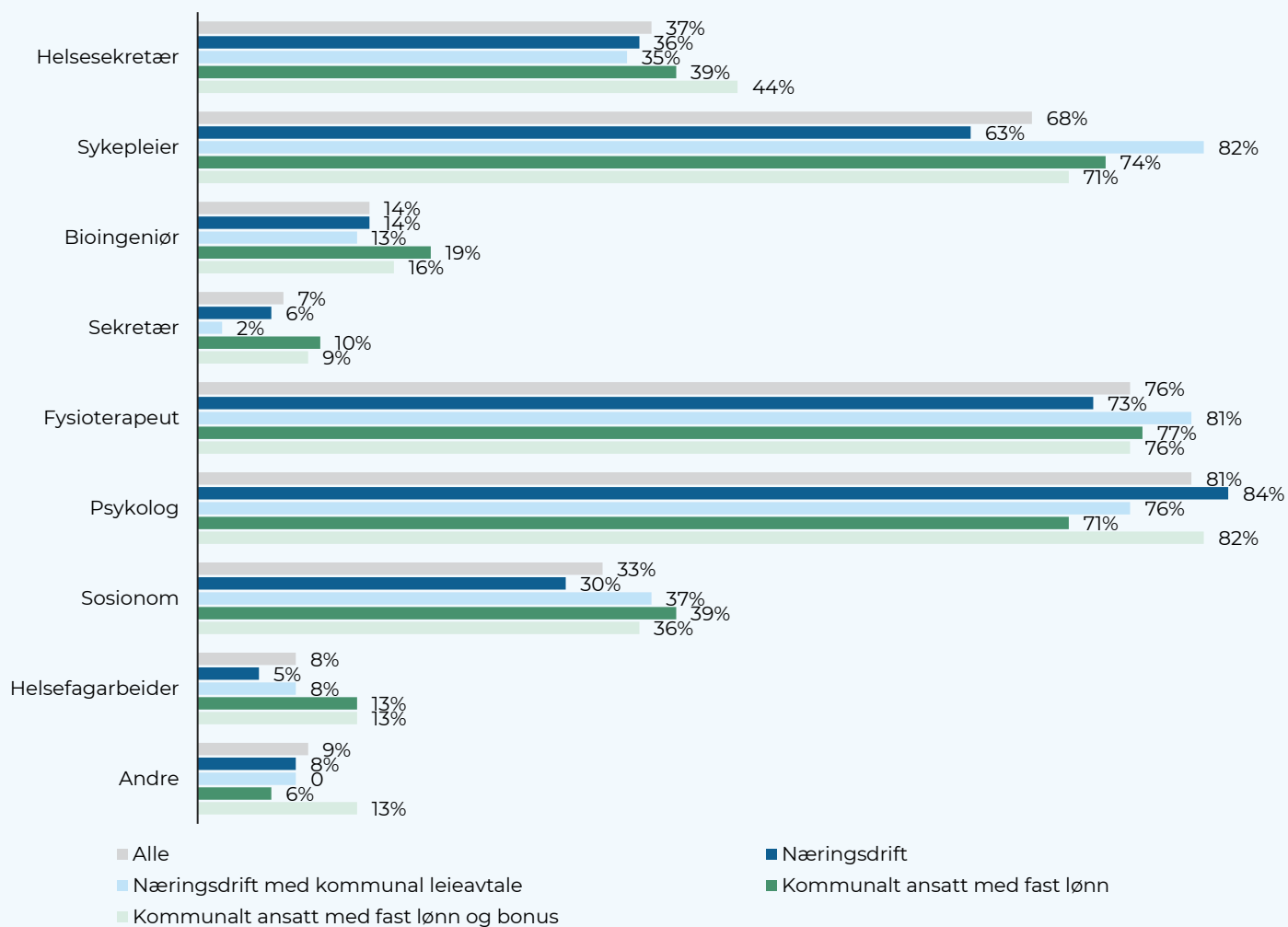
svarfordelingen var tilsvarende på tvers av driftsform (Vedlegg B). Blant de som svarte at de ønsket å jobbe mer tverrfaglig og teambasert, var det flest som ønsket å jobbe mer med psykolog (81 prosent), fysioterapeut (76 prosent) og sykepleier (68 prosent) (Figur 10-3).

I intervjuer trakk fastleger fram ulike utfordringer eller barrierer for å få inn flere yrkesgrupper på legekantoret. Flere pekte på økonomiske forhold, som at det er kostbart å ha sykepleier på legekantoret og at en forutsetning for oppgavedeling er at andre yrkesgrupper kan utløse takster, for eksempel gjennom profesjonsnøytrale takster. I tillegg er det behov for tilstrekkelig kontorplass dersom flere yrkesgrupper skal inn på legekantoret, og ikke alle har lokaler tilpasset for dette i dag. En lege trakk også fram utfordringen med at fastlegen uansett har behandlingsansvaret, og mente det derfor var mest hensiktsmessig at legen utfører behandlingen.

I intervjuer blant representanter fra kommunene, trakk flere informanter fram at de er positive til mer tverrfaglighet på legekantorene, for eksempel at fastlegene sitter tettere på andre profesjoner som psykologer og fysioterapeuter. Enkelte påpekte at tverrfaglig arbeid trolig er enklere å få til på kommunale legekantorer. Det var også et par kommunerepresentanter som trakk fram profesjonsnøytrale takster som en god løsning for å fremme teamarbeid.

Mange fastlegekantorer består i dag av enten én eller flere selvstendig næringsdrivende fastleger som har hver sin individuelle avtale med kommunen. Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten anbefalte at det

Figur 10-3: Hvilke typer helsepersonell kunne du tenke deg å jobbe mer tverrfaglig/i team med på legekantoret? Kryss av for alle relevante.



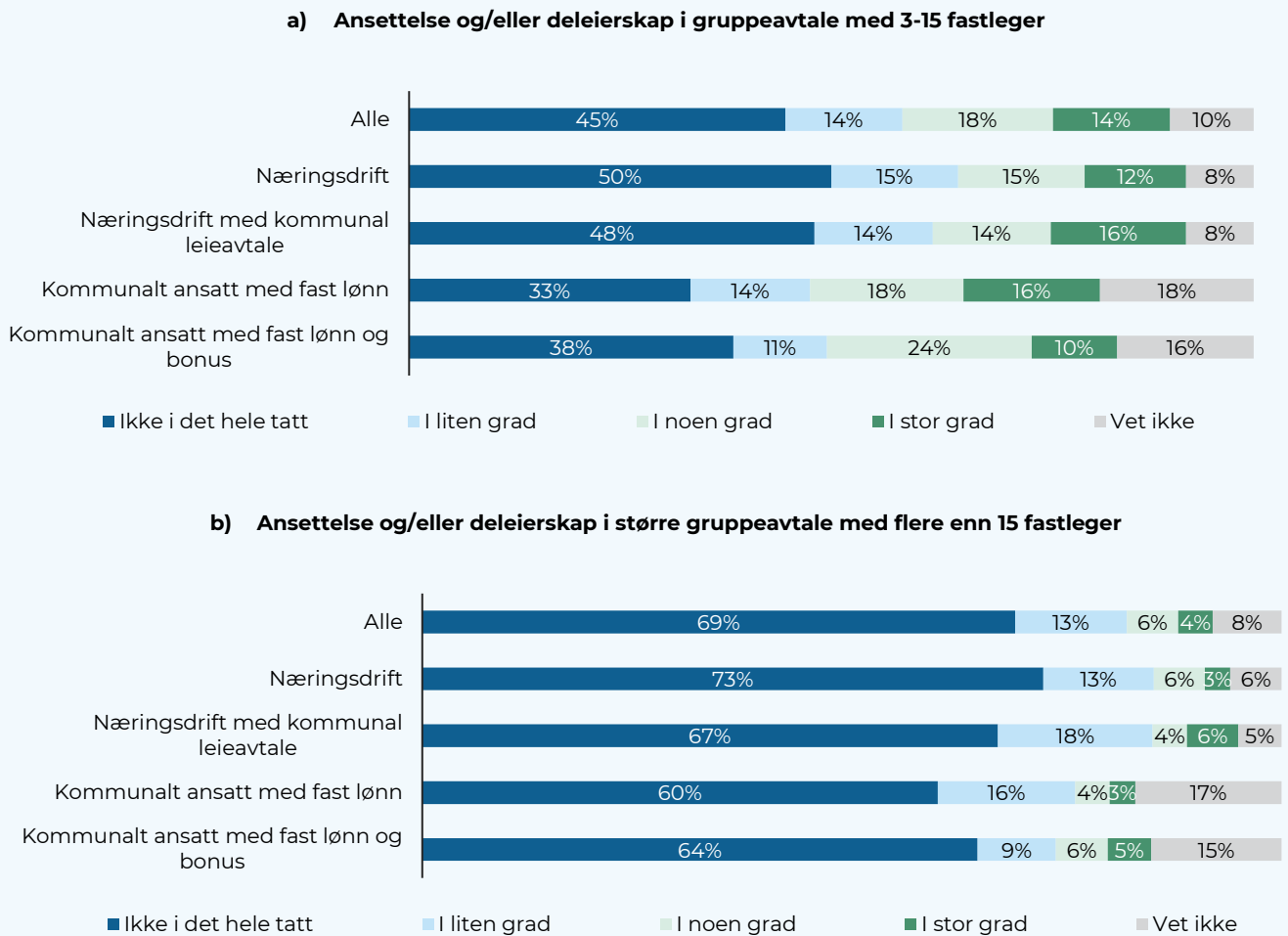
Kilde: Spørreundersøkelse blant fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo desember 2024. n = 390.

skulle utredes muligheter for at kommuner kan inngå ulike praksisavtaler med en gruppe fastleger.¹² En type gruppeavtale vil være at kommunen inngår en avtale med et næringsdrivende selskap. Ekspertutvalget definerer dette som et fastlegeselskap, hvor et næringsdrivende selskap får et samlet listeansvar for et utvalg innbyggere (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023).

I årets spørreundersøkelse blant fastleger spurte vi i hvilken grad de kunne tenke seg ansettelse og/eller deleierskap i gruppeavtale med enten 3-15 fastleger eller flere enn 15 fastleger (Figur 10-4). Fastlegene hadde delte meninger om dette, men det var flere som i liten grad eller ikke i det hele tatt kunne tenke seg dette enn de som i noen eller stor grad kunne tenke seg det. For eksempel var andelen som svarte at de ikke i det hele tatt kunne tenke seg det, 45 prosent for gruppeavtale med 3-15 fastleger og 69 prosent for gruppeavtale med flere enn 15 fastleger. I fjorårets evaluering (Tyrihjel, et al., 2024) fant vi at også kommunene er usikre på verdien av gruppeavtaler. Representanter fra kommunene som svarte på vår spørreundersøkelse hadde delte meninger om hvorvidt gruppeavtaler/fastlegeselskap kan bidra til bedre dialog og samarbeid med særlig næringsdrivende fastleger, og at det vil gjøre det lettere for kommunen å lede fastlegene.

¹² En variant hvor kommunen inngår en gruppeavtale med legekantoret som ivaretar enkelte forhold i dagens fastlegeavtale, i tillegg til at kommunen inngår individuelle avtaler med den enkelte fastlegen. En annen variant som foreslås er gruppeavtaler som ivaretar alle forhold i fastlegeavtalen, og hvor kommunen ikke inngår individuelle fastlegeavtaler med fastlegene (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023).

Figur 10-4: I hvilken grad kunne du tenke deg:



Kilde: Spørreundersøkelse blant fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo desember 2024. n = 981 (a) og 971 (b).

10.2 Samhandling med andre helse- og omsorgstjenester

I de tidligere evalueringsrapportene har vi undersøkt hvordan fastlegene opplever samhandlingen med andre deler av helse- og omsorgstjenesten. I fjorårets spørreundersøkelse blant fastleger (Tyrihjel, et al., 2024) fant vi blant annet at over halvparten var litt eller helt enige i at samhandlingen med andre kommunale helse- og omsorgstjenester fungerer godt, men det var ikke tegn til at samhandlingen hadde endret seg det siste året. Hyppig utskifting av personell ble pekt på som en av utfordringene for samarbeidet, mens PLO-meldinger ble trukket fram som en suksessfaktor for godt samarbeid av både fastleger og ansatte i øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste. Også når det gjelder samhandlingen med spesialisthelsetjenesten, var over halvparten av fastlegene i fjorårets spørreundersøkelse enige om at dette fungerer godt, og heller ikke her fant vi tegn til endring i samhandlingen det siste året. Også her ble PLO-meldinger trukket fram som et sentralt verktøy i samhandlingen.

10.2.1 Helsefellesskap

Helsefellesskap er et av de 17 tiltakene i Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, og er ment å forbedre samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. I helsefellesskapene skal representanter for helseforetak, kommuner, fastleger og brukere samles for å sammen planlegge og utvikle helsetjenesten videre (Meld. St. 7 (2019-2020)). I helsefellesskapene skal det oppnevnes en fastlege som representerer fastlegene i kommunene på alle tre nivåer, hvor vedkommende skal bidra med sin kompetanse på både faglig og strategisk nivå. I fjorårets spørreundersøkelse blant fastleger, oppga 16 prosent at de representerer fastleger i helsefellesskapet. Disse hadde delte meninger om helsefellesskapet har bidratt til bedre arbeidsdeling og samhandling mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten, og halvparten (50 prosent) av fastlegene svarte at de mener at helsefellesskapet ikke i det hele tatt eller i liten grad fører til bedre arbeidsdeling og samhandling (Tyrihjel, et al., 2024). I Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 (Meld. St.

9 (2023-2024)) blir det trukket frem at alle de 19 helsefellesskapene har blitt formelt etablert, men at det i stor grad varierer hvor langt de har kommet i arbeidet sitt.

I en rapport som er utarbeidet på oppdrag fra KS i 2024 har status for helsefellesskapene blitt kartlagt. Kartleggingen inkluderer samtlige 19 helsefellesskap, og finner at alle har utnevnt strategiske samarbeidsutvalg og har gjennomført minst ett partnerskapsmøte. Utover dette er det imidlertid variasjon i hva som har blitt gjort i helseforetakene (Rambøll Management Consulting, 2024). Noen har brukt tid på organisering, mens andre har startet prosjekter uten å ha formelt etablert samarbeidsstrukturer. Det kommer frem i kartleggingen at der partene i helsefellesskapet har samarbeidet tidligere, har de kommet lengre. Det trekkes frem noen positive effekter fra etableringen; en tydeligere samarbeidsstruktur styrker allerede etablert samarbeid og skaper et felles fokus. Utredningen trekker frem manglende økonomiske ressurser dedikert til prosjekter i helsefellesskap, manglende kompetanse og for lange prosesser som utfordringer.

Det er imidlertid mulig å søke tilskudd til sekretariatsfunksjon fra Helsedirektoratet. En kommune kan søke på vegne av kommunene i helsefellesskapet, og en søknad per helsefellesskap kan bli innvilget. Målet med sekretariatsfunksjonen er å bidra til at helsefellesskapene lykkes med samarbeidet med å utvikle og planlegge bærekraftige og sammenhengende helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, 2025).

11. Oppsummering og samlet vurdering

De siste årene har det vært gjennomført en rekke tiltak i allmennlegetjenesten med formål å sikre en bærekraftig og fremtidsrettet allmennlegetjeneste som er attraktiv, av god kvalitet og teambasert. Ved starten av evalueringsperioden var det store utfordringer med rekruttering, arbeidsbelastning og tilgjengelighet. Situasjonen i tjenesten er bedret og allmennlegetjenestens attraktivitet har økt, selv om det fortsatt gjenstår utfordringer. Det er begrenset systematisk informasjon om kvalitet i tjenesten, men brukerne er overordnet fornøyde med kvaliteten. Det har vært lite endring i teamarbeid på fastlegekontorene, men eventuell innføring av stønad til konsultasjoner delegert fra fastlege til sykepleier kan gi mer oppgavedeling fremover. Det har vært prøvd ut nye måter å organisere legevaktsarbeid, med positive resultater. Tiltakene i allmennlegetjenesten virker å ha vært viktige for å bedre situasjonen, men har også medført vesentlige kostnader, for både staten og kommunene. Det har vært mange endringer på kort tid, noen ganger med motstridende mål, som har bidratt til usikkerhet underveis rundt rammene for tjenesten. Fremover ventes økt etterspørsel etter allmennlegetjenester. Dette vil øke behovet for effektiv bruk av ressursene i allmennlegetjenesten, nye arbeidsformer, økt oppmerksomhet til kvalitetsarbeid og tilrettelagte tiltak som sikrer lik tilgang og kvalitet i hele landet.

11.1 Tiltakene som har blitt innført

Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 ble lansert i mai 2020 og inneholdt 17 tiltak for tre ulike målområder (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b). Målområde 1 er å sikre at fastlegeyrket oppleves som en trygg og attraktiv karrierevei. Målområde 2 er å sikre en tilgjengelig allmennlegetjeneste som gir god kvalitet til alle innbyggere. Målområde 3 er å sikre en fremtidsrettet og teambasert allmennlegetjeneste. Av de 17 tiltakene i handlingsplanen er 10 tiltak iverksatt mens 7 tiltak er pågående. Dermed er om lag halvparten av handlingsplanen iverksatt, men arbeid gjenstår før alle tiltakene kan anses som iverksatt.

I tillegg til Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 har det blitt innført ytterligere nasjonale og kommunale tiltak. Øvrige nasjonale tiltak er eksempelvis at det har blitt satt ned et ekspertutvalg for allmennlegetjenesten. Det har også blitt innført egenopprettede LISI-stillinger, hvor sykehus og kommuner sammen kan opprette egne LISI-stillinger ved behov. Mange kommuner har iverksatt egne tiltak for å rekruttere og beholde fastleger. Et eksempel er å tilby fastleger kommunal ansettelse med fastlønn, enten med eller uten bonusordning. Et annet er subsidiering av næringsdrift gjennom 8.2-avtaler. Noen kommuner tilbyr også såkalt nordsjøturnus, hvor legen kan jobbe intensivt i en periode etterfulgt av en lengre friperiode. Et annet eksempel er gjenkjøpsavtaler, der kommunen stiller en garanti for gjenkjøp av fastlegepraksisen tilknyttet hjemmelen.

11.2 Vurdering av effekter og måloppnåelse av tiltak i handlingsplan for allmennlegetjenesten

I de påfølgende avsnittene oppsummerer vi funn fra hele perioden fra Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 tredde i kraft. Funnene relateres til effektmålene innenfor hvert av de tre målområdene som ligger i handlingsplanene; attraktivitet (1), kvalitet og tilgjengelighet (2) og teamarbeid (3).

11.2.1 Målområde 1: Attraktivitet

Finansieringsordninger som understøtter stabilitet og rekruttering av allmennleger

- I perioden 2020 til 2024 ble innretningen av basistilskuddet endret til å være pasienttilpasset, samtidig som tilskuddet har økt flere ganger.
- I mai 2020 ble grunntilskudd for næringsdrivende fastleger med ufrivillig korte lister innført. Relativt få fastleger har mottatt tilskuddet i evalueringsperioden, trolig på grunn av omfattende bruk av kommunal

ansettelse og knapphet på listeplasser. Samlet sett er dermed effekten av tiltaket trolig lav, selv om det trolig har vært verdifullt for de legene som har mottatt tilskuddet.

- Basistilskuddet økte først i 2020 med 12 prosent (justert for inflasjon) i forbindelse med lansering av handlingsplanen. Videre økte det med 22 prosent (justert for inflasjon) i 2023 i forbindelse med lansering av pasienttilpasset basistilskudd. For en gjennomsnittlig næringsdrivende fastlege har inntekten fra basistilskuddet økt med over 50 prosent fra 2020 til 2024 (28 prosent etter justering for inflasjon).
- I løpet av evalueringsperioden har andelen fastleger som oppgir å være litt eller helt enig i at de har økonomisk trygghet i sin arbeidssituasjon økt signifikant fra 46 til 65 prosent.
- Rekrutteringen av fastleger har økt gjennom evalueringsperioden, og i 2024 økte antall fastleger med 249, noe som er den største økningen i fastleger i løpet av et år noensinne.
- Både fastlegene og kommunene har gjennom evalueringsperioden trukket frem at økt basistilskudd har vært viktig for bedre økonomiske rammebetingelser og har bidratt til å bedre rekruttering og stabilitet.
- Fastleger med pasienter på listen med høyere tjenestenivå (målt ved høyere basistilskudd per listeinnbygger) har redusert listetaket mer enn andre fastleger etter innføringen av pasienttilpasset basistilskudd.
- Så langt ser vi ikke tegn til at innføring av pasienttilpasset basistilskudd påvirker takst sammensetning eller takstvolum blant fastleger.
- Flertallet av fastlegene opplever ikke at pasienttilpasset basistilskudd bidrar til pasientbehandling av bedre kvalitet, mer tid til listeinnbyggere med størst behov, mer økonomisk trygghet, eller at de i større grad blir kompensert for arbeidsbelastningen.

Styrkingen av basisfinansieringen virker å ha vært positiv for rekrutteringen av og stabilitet blant allmennleger. Det er imidlertid ikke mulig å vite hvor mye av økningen i rekruttering som skyldes denne styrkingen alene.

God rekruttering og stabilitet blant allmennleger

- I årene 2022-2024 har det vært historisk høy rekruttering til fastlegeordningen med henholdsvis 466, 520 og 565 nye fastleger per år. I perioden 2017-2021 var det til sammenligning om lag 350 nye fastleger per år.
- Høy rekruttering og noe lavere frafall førte til at 2023 og 2024 hadde den største netto tilveksten av fastleger (både i antall og prosent) siden oppstarten av fastlegeordningen i 2001. Netto tilvekst var 249 leger i 2024.
- Rekrutteringen har gjennom evalueringsperioden vært sterkest i de mest sentrale kommunene. De fleste nye legene som startet i 2023 og 2024 startet i kommuner med sentralitetsklasse 2 til 4. I 2024 var det imidlertid flere mindre sentrale kommuner (sentralitetsklasse 5 og 6) som tiltrakk en større andel av nye fastleger sammenlignet med tidligere år.
- Kommunerepresentanter forteller i intervjuer at det er lettere å rekruttere fastleger nå, men at det krever betydelig merfinansiering av kommunen, for eksempel tilbud om kommunal ansettelse eller andre goder.
- Andelen nye legeårsverk i kommunehelsetjenesten relativt til spesialisthelsetjenesten har økt de siste par årene, og fastleger og kommunerepresentanter trekker frem at utfordrende økonomisk situasjon på sykehusene bidrar til økt rekruttering i fastlegeordningen.
- Gjennom evalueringsperioden har det vært en signifikant økning i andelen fastleger som oppgir det som sannsynlig at de fortsatt er fastlege om fem år.
- Fra 2022 til 2024 har det vært en signifikant økning i andelen medisinstudenter som oppgir at de mest sannsynlig kommer til å jobbe som fastlege. Det er også signifikant flere som ser at de ønsker å jobbe som fastlege både på kort og lang sikt.

Økt rekruttering synes å skyldes både nasjonale og kommunale tiltak, mulig kombinert med trangere økonomisk situasjon på sykehusene. Det er tydelige tegn på bedret stabilitet blant allmennleger, sannsynligvis på grunn av bedre økonomiske rammebetingelser.

Gode muligheter for kompetanseheving og kvalitetsutvikling

- Nasjonal ALIS-ordning trekkes frem som positivt for å gjøre allmennlegeyrket mer attraktivt, gi økt trygghet i spesialistutdanningen og/eller at det øker sannsynligheten for å fullføre spesialistutdanningen.
- I løpet av evalueringsperioden har andelen fastleger som oppgir å ha tid til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring, og til å holde seg faglig oppdatert innenfor vanlig arbeidstid, økt. Dette kan trolig sees i sammenheng med at fastlegene samlet sett oppgir en redusert arbeidsbelastning og har kortere lister, noe som kan frigi tid til tiltak for kompetanseutvikling.

Tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning har gitt bedre muligheter enn tidligere for kompetanseutvikling i form av spesialistutdanning i allmenntillegemedisin. Gjennom evalueringsperioden har fastlegene rapport om stadig redusert arbeidsbelastning, som kan frigi tid for etablerte fastleger til kompetanse- og kvalitetsutvikling.

God utnyttelse av allmennlegers tid og kompetanse

- Det virker ikke å ha vært betydelige endringer i arbeidsdeling mellom ansatte på legekantorene.
- I intervjuer oppgir de fleste fastlegene at de synes de bruker tiden sin på faglig relevante oppgaver. Imidlertid er det mange av legene som synes at de burde fritas fra arbeid med attester og erklæringer.
- I regjeringens forslag til ny fastlegeforskrift, som er sendt på høring våren 2025, er det lagt frem forslag om at fastlegens plikt til å utarbeide attester skal være avgrenset til det som følger av lov og forskrift, for å skape en bevissthet rundt hvilke oppgaver fastleger pålegges eller forventes å gjøre.
- Bruken av e-konsultasjoner hos fastlege økte kraftig fra starten av koronapandemien i mars 2020, men har falt fra 2022 til 2024. Det har vært delte meninger knyttet til e-konsultasjoner. Noen fastleger opplever at det gir økt arbeidsbelastning, og at mange e-konsultasjonene kommer i tillegg til vanlige konsultasjoner fordi henvendelsene ikke er egnet for e-konsultasjon. Andre opplever at mange problemstillinger kan håndteres på en enkel og hensiktsmessig måte gjennom e-konsultasjoner. Noen fastleger tilbyr ikke tjenesten på grunn av for høy belastning.

I hovedsak virker det som at fastlegene opplever at de får bruke tiden sin på faglig relevante oppgaver. Vi finner ingen tydelig endring knyttet til bruk av allmennlegers tid og kompetanse i løpet av evalueringsperioden. Hvis brukt riktig, opplever fastleger at e-konsultasjoner er en effektiv måte å håndtere mange problemstillinger på.

God organisering av allmennlegetjenesten

- Personellet i tjenesten er i stor grad fornøyd med dagens organisering.
- Gjennom evalueringsperioden har det vært foreslått og utredet endringer i organisering, blant annet innføring av fastlegeselskap.
- Blant fastlegene er det delte meninger rundt eventuell innføring av profesjonsnøytrale takster og fastlegeselskap.
- Det har blitt prøvd ut og satt i drift en ny organisasjonsmodell for legevakt med satellittlegevakter, hvor videokonsultasjoner ved satellittlegevaktene opplevdes positivt blant pasientene.

Både fastlegene og annet personell på legekantoret er i stor grad fornøyd med dagens organisering. Foreløpig er det ikke iverksatt konkrete tiltak som har påvirket organiseringen, selv om utprøving av primærhelseteam ved utvalgte legekantor i perioden 2018 til 2023 er en mulig modell for teamarbeid på legekantor. Regjeringen har imidlertid foreslått at det skal ytes stønad for konsultasjoner som delegeres fra fastlege til sykepleier, med formål om en mer teambasert tjeneste.

Håndterbar arbeidsbelastning for allmennleger

- Andelen fastleger som oppgir å være tilfreds med arbeidsbelastningen sin har økt signifikant fra 20 til 49 prosent i løpet av evalueringsperioden.
- Over evalueringsperioden har gjennomsnittlig listelengde gått ned fra 1 066 til 983.
- Legenes selvrapporterte gjennomsnittlige arbeidstid er redusert fra 57 til 52 timer.

Arbeidsbelastningen til fastlegene virker å ha blitt noe redusert gjennom evalueringsperioden.

11.2.2 Målområde 2: Kvalitet og tilgjengelighet

Tilgang på kunnskap om kvalitet i tjenesten som brukes til forbedring

- Under halvparten (45 prosent) av kommunene oppga i 2024 at de innhenter regelmessig styringsinformasjon om fastlegekontor til bruk i ledelse av tjenesten.
- Kommunene oppgir at de i liten grad har mulighet til å innhente informasjon om tilgjengelighet og kvalitet på fastlegekantorene.
- I løpet av evalueringsperioden har det blitt utviklet og publisert flere nasjonale kvalitetsindikatorer om allmennlegetjenester. Det publiseres nå årlig 21 nasjonale kvalitetsindikatorer om allmennlegetjenesten. Disse er lett tilgjengelige i et dynamisk dashboard på Helsedirektoratet sine nettsider. Dette bidrar til økt styringsinformasjon på nasjonalt og kommunalt nivå.
- Siden handlingsplanen ble publisert, har Helsedirektoratet hatt et pågående arbeid om å utvikle et nasjonalt system for systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i allmennlegetjenesten. SKIL får årlige tilskudd fra Helsedirektoratet for å drifte det nasjonale systemet, som består av emnekurs og konferanser som dekker ulike temaer relevant for fastlegenes og kommunenes kvalitetsarbeid.

Det varierer hvorvidt kommuner bruker tilgjengelig informasjon til kvalitetsforbedring og om de følger opp kvalitetsforbedringsarbeid på legekantoret. Vi har ikke informasjon om hvordan dette har endret seg over tid.

Behovstilpassede tjenester til alle, også de med omfattende behov

- Fastlegene opplever ikke at pasienttilpasset basistilskudd bidrar til bedre oppfølging av listeinnbyggere med størst behov, bedre tid til listeinnbyggerne eller at fastlegen skal kunne gi bedre eller flere tjenester til listeinnbyggerne
- Pasienter med kroniske tilstander rapporterer overordnet gode erfaringer med primærhelsetjenesten og erfaringene til de norske pasientene er gode sammenlignet gjennomsnittet av andre OECD-land.

Det har vært innført tiltak med hensikt å øke tilgangen til tjenester til innbyggere med omfattende behov, men det er foreløpig ingen observerbar endring.

God tilgjengelighet på allmennlegetjenester

- Antall innbyggere på liste uten lege er fallende, og er per april 2025 136 414, det laveste nivået siden 2021. Mens det fra 2022 til 2023 var en reduksjon i samlet listetak i kommuner med under 10 000 innbyggere, var det en økning i samlet listetak i alle kommunestørrelser fra 2023 til 2024.
- Innbyggernes mulighet til å velge egen fastlege eller få fastlege i egen kommune har blitt redusert de senere årene. Andelen fastleger uten åpen liste har falt siden 2001, men i perioden 2019 – 2023 er andelen betydelig redusert. 2024 var første året siden 2014 der andelen fastleger med åpen liste økte.
- Antall innbyggere på venteliste for å komme inn på en ny fastlegeliste har økt betydelig siden 2017, men fra 2023 til 2024 var det for første gang i perioden en liten reduksjon i antallet.
- Målingene fra FHI viser at de fleste innbyggerne er fornøyd med fastlegen og fastlegekontoret. Området som pasientene vurderer lavest, er tilgjengelighet. Under halvparten (45 prosent) svarte at ventetiden for å få vanlig time i stor eller svært stor grad var akseptabel, mens 25 prosent oppga at ventetiden i liten grad eller ikke i det hele tatt var akseptabel. Pasientene vurderer ventetiden for å få time raskt som noe bedre, og her svarte 63 prosent at ventetiden i stor eller svært stor grad var akseptabel
- I våre intervjuer med pasient- og brukerombud kommer det frem at mange av henvendelsene de mottar handler om tilgang på allmennlegetjenester, i form av det å ikke ha en fastlege, ikke ha mulighet til å bytte fastlege, eller at det er lang ventetid på time hos fastlegen.
- I regjeringens forslag til ny fastlegeforskrift, foreslås det at fastleger skal være pliktet til å tilby digitale tjenester, herunder konsultasjoner via video, tekst og telefon, for henvendelser som er egnet for slik oppfølging, noe som kan øke tilgjengeligheten til allmennlegetjenester.
- Kapasiteten i tjenesten er økende, men fortsatt lavere enn folkemengden. Videre ser man noen tegn til bedre tilgjengelighet til å velge egen fastlege for innbyggerne.

Det er fortsatt utfordringer ved innbyggernes tilgjengelighet i form av å stå uten fastlege, stå på venteliste eller oppleve lang ventetid, men det har det vært en positiv utvikling mot slutten av evalueringsperioden.

God kontinuitet og samhandling med gevinster for innbyggere

- Det er fortsatt mange innbyggere som står på liste uten fast lege, noe som reduserer tilgjengelighet til en fast lege og kontinuitet i relasjonen mellom listeinnbygger og lege.
- Mangel på fastleger gjør at kommuner må bruke vikarer for å kunne tilby innbyggere allmennlegetjenester. Basert på intervjuer med kommuner, virker det som at bedret rekruttering har redusert behovet for vikarer, noe som trolig bedrer kontinuiteten for innbyggere.
- Arbeidet med helsefelleskap, som skal bidra til bedre samhandling, virker foreløpig ikke å ha gitt konkrete resultater for innbyggerne.

Det har vært en positiv utvikling i antall som står på en liste uten fast lege, og bedret rekruttering virker å ha redusert behovet for vikarer.

God faglig praksis basert på tilgjengelig forskning og kunnskap

- I løpet av evalueringsperioden har andelen fastleger som oppgir å ha tid til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og til å holde seg faglig oppdatert innenfor vanlig arbeidstid økt.
- Andelen fastleger som svarte at kommunen har utfordringer knyttet til kvaliteten på tilbudet er signifikant lavere i årets undersøkelse enn i evalueringsrapport II og III.

Flere fastleger oppgir nå å ha tid til å holde seg faglig oppdatert, sammenlignet med første evalueringsår. Utover dette har få endringer blitt observert i løpet av perioden.

11.2.3 Målområde 3: Teamarbeid

Teambasert arbeid og tverrfaglig samarbeid på fastlegekontor

- Fastlegene er stort sett fornøyde med antall og type annet personell på legekontorene, mens blant de som ønsker seg annet personell er det flest som oppga psykolog, sykepleier og fysioterapeut.
- Både fastleger og øvrig personell på fastlegekontoret opplever i stor grad arbeidsdelingen som hensiktsmessig. To av tre av øvrig personell på fastlegekontor oppga at de opplever å arbeide som et team.
- Økonomi og fysisk størrelse på kontoret er barrierer for å ha mer personell på legekontoret.
- Økt produktivitet ved teamarbeid forutsetter at det ikke brukes for mye ressurser på å koordinere virksomheten i teamet. Erfaringene fra forsøket med primærhelseteam viste variasjon mellom legekontor i organisering av team.
- Erfaringene fra forsøket med primærhelseteam viste at det trolig er lurt å tilrettelegge økonomisk for teamorganisering samtidig som det er frivillig for fastlegene om de ønsker å ta del i en slik organisering.
- Mange aktører er positive til forslag om profesjonsnøytrale takster, men har delte meninger knyttet til hvilke konsekvenser det vil medføre.
- Våren 2025 har regjeringen sendt ny fastlegeforskrift på høring, der det foreslås at det skal ytes stønad for konsultasjon som delegeres fra lege til sykepleier for å legge til rette for oppgavedeling og en mer tverrfaglig fastlegetjeneste.

Det har ikke vært vesentlige endringer i graden av teambasert arbeid og tverrfaglig samarbeid på fastlegekontorene gjennom evalueringsperioden, men nye tiltak våren 2025 vil legge til rette for oppgavedeling og en mer tverrfaglig fastlegetjeneste.

Godt samarbeid og integrasjon med andre deler av helse- og omsorgstjenesten

- Basert på funn fra spørreundersøkelser, virker det som fastleger opplever at samhandlingen fungerer godt med andre kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenesten og andre aktører i akuttmedisinsk kjede.
- Tiltak som ansettelse av samhandlingsleger og opprettelse av helsefellesskap har blitt innført for å styrke samhandlingen mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten.
- Arbeidet med helsefellesskap er fortsatt i en tidlig fase, og inntrykket er at det foreløpig ikke har gitt konkrete effekter på samhandlingen, som merkes i allmennlegetjenesten.

Tiltak i løpet av evalueringsperioden har hatt merkbar effekt på allmennlegetjenestens samarbeid og integrasjon med andre deler av helse- og omsorgstjenesten.

Velfungerende digitale plattformer og verktøy

- Det pågår ulikt digitaliseringsarbeid i helsesektoren, og flere nye løsninger har blitt lansert eller breddet ut i løpet av evalueringsperioden. Graden av måloppnåelse og gevinster varierer mellom ulike verktøy.
- Fastleger forteller i intervjuer om positive erfaringer med bruk av KI til hjelp med journalskriving.
- I regjeringens forslag til ny fastlegeforskrift, foreslås det at fastleger skal være pliktet til å tilby digitale tjenester, herunder konsultasjoner via video, tekst og telefon, for henvendelser som er egnet for slik oppfølging.

Det er positiv utviklingsaktivitet, men begrenset effekt/måloppnåelse når det gjelder konkrete forbedringer i leger og listeinnbyggeres hverdag.

Tilstedeværelse og tydelig ledelse av fastlegekontoret

- Halvparten av øvrig personell på legekontorene oppga at de i stor grad opplever god ledelse når det gjelder det faglige, administrative og sosiale.
- Over 90 prosent opplever at de i stor eller i noen grad har et velfungerende faglig samarbeid med fastlegene og øvrig personell på kontoret.
- Helsedirektoratet har fra 2022 tilbudt et lederkurs for allmennleger som skal bidra til å øke lederkompetanse i tjenesten, og til økt fokus på kontinuerlig forbedringsarbeid som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet. Kurset ble pilotert i 2022 med 30 studenter. Siden piloten har om lag 100 fastleger til tatt kurset, men våren 2025 ble kurset avlyst på grunn av manglende rekruttering.

Mange er fornøyd med tilstedeværelsen og ledelsen av fastlegekontorene i dag, men det synes ikke å være effekter på dette området som følge av tiltakene i evalueringsperioden. Det har ikke vært vesentlige endringer i graden av teambasert arbeid og tverrfaglig samarbeid på fastlegekontorene, som ville gitt økt behov for tilstedeværelse og tydelig ledelse.

11.3 Diskusjon og veien videre

Ved starten av evalueringsperioden var det store utfordringer med rekruttering, arbeidsbelastning og tilgjengelighet

Da handlingsplanen for allmennlegetjenesten ble lansert i 2020 stod allmennlegetjenesten midt i flere store utfordringer. Kommunene hadde store problemer med å rekruttere nok fastleger og mange steder stod fastlegehjemler ubesatt i lengre perioder. Dette førte til at en historisk høy andel av befolkningen stod uten fastlege, i tillegg til at mulighetene til å bytte fastlege var begrensede. Rekrutteringsproblemer medførte samtidig mer arbeid for de gjenværende fastlegene, i tillegg til at fastlegene hadde blitt tilført flere oppgaver over tid og opplevde mer arbeid per pasient enn tidligere. Dette førte til at mange fastleger rapporterte om en for stor arbeidsbelastning. Rekrutteringsutfordringer og økt arbeidsbelastning har konsekvenser for kvaliteten på tjenesten. Innbyggerne opplevde redusert tilgjengelighet ved at det ble vanskeligere å finne en ny fastlege med åpen liste ved behov for å bytte fastlege. Flere innbyggere stod på liste uten fastlege og hadde fastlegevikarer over lengre tid. Disse utfordringene gikk særlig utover innbyggerne med størst behov for allmennmedisinsk oppfølging. Samtidig var det lite kunnskap om kvaliteten på tjenestene som ble levert. Det lå ikke godt nok til rette for å benytte mulighetene som finnes i endret arbeidsdeling, teknologi og nye arbeidsformer, som i lengre tid hadde blitt pekt på som nødvendig omstilling.

Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 og øvrige tiltak har hatt til hensikt å bidra til å løse disse utfordringene. Handlingsplanen skulle spesifikt bidra til 1) at allmennlegetjenesten er en attraktiv og trygg karrierevei, 2) at allmennlegetjenesten gir god kvalitet til alle innbyggere og 3) at det på sikt skal være mer arbeidsdeling og samarbeid. Selv om det fortsatt er utfordringer i allmennlegetjenesten fem år etter lanseringen av handlingsplanen, er det flere piler som peker i riktig retning.

Allmennlegetjenestens attraktivitet som arbeidsplass for leger synes å ha økt

Det var rekordhøy vekst i antall fastleger i 2023 og 2024, og i intervjuer forteller kommunerepresentanter om vesentlig bedret rekrutteringssituasjon. Blant medisinstudenter og LISI er det flere enn tidligere som ønsker å jobbe som fastlege både rett etter LISI og om 10-15 år. Samtidig er andelen av fastlegene som sier at de sannsynligvis er fastlege fremtiden betydelig høyere enn i starten av evalueringsperioden. Fastlegenes arbeidsbelastning virker også å ha blitt redusert. Fastlegene har i gjennomsnitt færre innbyggere på listen sin enn tidligere og rapporterer også samlet sett å jobbe færre arbeidstimer per uke.

Brukerne er overordnet fornøyde med kvaliteten, men det er generelt lite informasjon om kvaliteten i tjenesten

Andelen av innbyggerne som står på liste uten lege går nedover, og er per april 2025 på laveste nivå siden november 2021. Det er fortsatt færre plasser på fastlegelister enn det er innbyggere, men de to siste årene har antall listeplasser vokst fortere enn befolkningen. De fleste innbyggerne er fornøyde med fastlegen og fastlegekontoret, men mange synes ventetiden for å få time er for lang. Innbyggerne i usentrale kommuner er mindre fornøyde enn i sentrale kommuner, og det er stor variasjon mellom usentrale kommuner. De med størst behov opplever å få behandling av god kvalitet og erfaringene til pasienter med kroniske tilstander er gode sammenlignet med andre OECD-land. Det er imidlertid fortsatt lite informasjon om kvaliteten i tjenesten, sammenlignet med andre områder og andre land. Kommunene oppgir også at de i liten grad har mulighet til å innhente informasjon om tilgjengelighet og kvalitet på fastlegekontorene.

Lite endring i teamarbeid på fastlegekontorene, men ny fastlegeforskrift kan gi mer oppgavedeling fremover

Det har over lengre tid blitt pekt på at tverrfaglig samarbeid og oppgavedeling på fastlegekontorene vil være viktig fremover. Samtidig opplever både fastleger og øvrig personell på fastlegekontoret i stor grad dagens arbeidsdeling som hensiktsmessig. I løpet av evalueringsperioden har det vært utredet mulige endringer for økt teamarbeid. For eksempel foreslo Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten tiltak for å støtte deling av oppgaver med andre yrkesgrupper og omstilling i retning av større enheter og tydeligere ledelse. I mars 2025 ble ny fastlegeforskrift sendt på høring, hvor det ble foreslått at fastleger får stønad for å delegerer konsultasjoner til sykepleiere.

I forsøket med primærhelseteam var formålet med tverrfaglighet først og fremst å forbedre kvaliteten på oppfølgingen av pasienter med kroniske sykdommer. En videreføring av tverrfaglighet og teamarbeid vil kanskje legge større vekt på produktivetsforbedringer som kan oppnås gjennom tverrfaglighet. At sykepleier kan utføre en del av tjenestene i team med fastlegen, kan medføre at fastlegen blir mer produktiv og at det samlet sett

kommer mer ut av ressursinnsatsen på fastlegekontoret. Økt produktivitet forutsetter samtidig at det ikke brukes for mye ressurser på å koordinere virksomheten i teamet. Erfaringene fra forsøket med primærhelseteam viste variasjon mellom legekantor i organisering av team. At en betydelig andel av fastlegene var imot forsøket da det ble lansert, kan tyde på at mange fastleger ikke er klare for å arbeide i team med sykepleiere. De frykter at koordineringskostnadene blir for store og vil heller fortsette arbeidsmåten de er vant til. Det er derfor trolig lurt å tilrettelegge økonomisk for teamorganisering samtidig som det er frivillig for fastlegene om de ønsker å ta del i en slik organisering. De som velger teamorganisering, vil da være de fastlegene som er best egnet. Over tid kan resultatet bli at gode erfaringer også sprer seg til fastleger som var mer tilbakeholdne i starten.

Tiltakene i allmennlegetjenesten virker å ha vært viktige for å bedre situasjonen, men har også medført vesentlige kostnader

Samlet sett har det vært gjennomført en rekke tiltak for å bedre situasjonen i allmennlegetjenesten og flere av de iverksatte tiltakene har bidratt positivt til denne utviklingen. Styrket basisfinansiering og nasjonal ALIS-ordning blir særlig trukket frem som tiltak som har bidratt til positiv utvikling for rekruttering og stabilitet. Å sikre rekruttering og stabilitet har vært viktig for å kunne jobbe videre med forbedring av andre deler av tjenesten. Kommunale tiltak har også vært viktige for den bedrede situasjonen i tjenesten. Kommunene har de siste årene brukt betydelige midler på økonomiske tiltak for fastlegeordningen, som tilbud om fast ansettelse, 8.2-avtaler, lokal økning i basistilskudd, og gjenkjøpsgaranti. Flere kommuner oppgir også i intervjuer at de bruker mer tid og ressurser på oppfølging av fastlegeordningen nå enn tidligere og på å ivareta sitt nye ansvar for spesialistutdanningen i allmennmedisin. Det er også andre forhold som påvirker situasjonen i tjenesten, slik at det er vanskelig å isolere effekten av tiltakene. På den ene siden har for eksempel mange pekt på at utfordrende økonomisk situasjon på sykehusene har bidratt til økt rekruttering til fastlegeordningen. På den andre siden har eksterne hendelser underveis i evalueringsperioden som koronapandemien og bosetting av et stort antall ukrainske flyktninger, satt allmennlegetjenesten under ekstra press.

Tiltakene som er innført i evalueringsperioden synes å ha bedret situasjonen i allmennlegetjenesten, men har også medført vesentlige kostnader. Estimerte kostnader for styrket basistilskudd, Nasjonal ALIS og veiledning og ALIS-kontorene, er på om lag 1,8 milliarder kroner i 2024. Dette inkluderer derimot ikke øvrige kostnader som kommunenes merkostnader knyttet til administrering av Nasjonal ALIS og veiledning, som sannsynligvis utgjør et betydelig beløp. Beløpet inkluderer heller ikke kommunenes øvrige merkostnader til fastlegeordningen som er estimert til å være betydelige. For kommunene er kostnadsøkningen til fastlegeordningen i stor grad varig, og merkostnadene kan derfor redusere kommunenes økonomiske handlingsrom til å prioritere andre utfordringer.

Mange ulike tiltak i ulike retning bidrar til økt usikkerhet

Det har vært innført mange ulike tiltak i løpet av evalueringsperioden, og flere av de har hatt god effekt. Samtidig har flere av aktørene vi har vært i kontakt med gjennom evalueringsarbeidet uttrykt at det har vært flere store endringer på kort tid som har ført til økt usikkerhet rundt rammene for tjenesten. Særlig pekes det på at det har vært endringer i finansiering i ulike retninger, og at dette i seg selv har bidratt til ustabilitet. Flere har etterlyst mer langsiktige strategier og planer for å redusere usikkerhet. Allmennlegetjenesten er mer desentralisert enn for eksempel spesialisthelsetjenesten, og mye skjer på kommunalt nivå. Det bidrar til at det er vanskeligere å ha styringsinformasjon på detaljnivå. Allikevel ville det vært hensiktsmessig med større innslag av langsiktige planer for utvikling av allmennlegetjenesten og for systematisk oppfølging av tiltak som innføres.

Fremover ventes økt etterspørsel etter allmennlegetjenester som vil øke behovet for effektiv bruk av ressursene

Det har vært en positiv utvikling i allmennlegetjenesten i evalueringsperioden. Samtidig er det fortsatt utfordringer, og det er viktig at den gode utviklingen fortsetter. I april 2025 ble det lagt frem en ny stortingsmelding om allmennlegetjenesten og de akuttmedisinske tjenestene, hvor regjeringen foreslår 13 grep for en framtidsrettet tjeneste (Meld. St. 23 (2024-2025)). Parallelt er det foreslått forskriftsendringer som sikrer at fastleger får stønad for å delegerer konsultasjoner til sykepleiere og at fastleger blir pliktet å tilby videokonsultasjon og skriftlig e-konsultasjon. Det er også foreslått en prøveordning der de som ikke får time hos fastlegen sin skal kunne få time med en annen lege digitalt. Det er viktig at endringer i tjenesten er mest mulig kunnskapsbaserte og at endringene som innføres, følges opp og evalueres.

I det store bildet er observasjonsperioden for denne følgeevalueringen kort, og det er mange ting som kan påvirke tilstanden i tjenesten fremover. Det er ventet at etterspørselen etter allmennlegetjenester kommer til å øke i årene fremover. En aldrende befolkning vil bidra til at den gjennomsnittlige innbyggeren har flere sykdommer enn tidligere. Folkehelseutfordringer som økende forekomst av psykiske lidelser blant unge og overvekt og fedme i befolkningen generelt, vil også øke behovet for allmennlegetjenester. Tidligere framskrivninger

har anslått at etterspørselen etter allmennlegetjenester vil øke med 4 600 årsverk frem mot 2040 (Jia, Kornstad, Stølen, & Hjemås, 2023). Endringene i etterspørsel er ikke likt fordelt. Framskrivninger viser at alle landets kommuner vil ha en eldre befolkning i 2050 enn i dag, men andelen eldre vil øke mest i distriktene (SSB, 2025). Dette kan føre til større behov for allmennlegetjenester i usentrale enn i sentrale kommuner. Samtidig vil fastlegenes bostedspreferanser gjøre det relativt vanskeligere å rekruttere fastleger til usentrale enn til sentrale kommuner. Redusert befolkning i usentrale kommuner relativt til sentrale kommuner vil i tillegg gjøre det vanskeligere å realisere stordriftsfordeler for eksempel i forbindelse med legevakt.

Antall innbyggere hver fastlege har på listen sin har falt over lengre tid. I 2024 har fastlegene i gjennomsnitt 50 innbyggere færre på listen enn i 2022, og 100 færre enn i 2019. Særlig har nye fastleger kortere lister enn før. Kommunalt ansatte fastleger har færre innbyggere på listen enn næringsdrivende fastleger, og økt omfang av kommunal ansettelse kan være med på å forklare kortere lister blant nye fastleger. Kortere lister bidrar også til økt behov for fastleger ettersom det da trengs flere fastleger for at alle innbyggere skal ha en fastlege.

Den pågående demografiske endringen i befolkningen gjør at eldre utgjør en stadig større andel av befolkningen. Siden fastleger som pensjonerer seg, vil ha eldre listeinnbyggere enn gjennomsnittet i befolkningen, vil pasienttilpasset basistilskudd gjøre det mer attraktivt for yngre fastleger å overta listene. At det i tillegg er større variasjon i helse og behov for helsetjenester blant eldre enn blant unge (WHO, 2015), gjør at risikjustering av basistilskuddet vil ha økende viktighet i helsepolitikken. En videreutvikling og forbedring av pasientbasert basistilskudd vil derfor måtte være et løpende arbeid framover.

Det er samtidig en rekke andre samfunnsområder som vil ha behov for både personell og penger fremover. Langtidsplanen for Forsvaret som trådte i kraft i januar medfører 611 milliarder ekstra kroner til forsvar de neste 12 årene (Regjeringen, 2024). I tillegg vil omstillingen til et lavutslippssamfunn og utbygging av fornybar industri kreve betydelige ressurser (NOU 2023:25). Fremover vil det derfor være et økende behov for å bruke ressursene i helsetjenesten effektivt og i enda større grad prioritere mellom helsetiltak. For en bærekraftig utvikling bør fremtidige endringer i tjenesten begrunnes med tiltak som både bevarer kapasiteten, men også øker kvaliteten på allmennlegetjenesten.

12. Referanser

- ALIS rådgivningskontorene. (2025). *ALIS-tilskudd*. Hentet fra ALIS: <https://www.alis.no/alis-ordningen/alis-tilskudd>
- Allertsen, M., & Morken, T. (2024). *Legevaktorganisering i Norge*. Oslo: NORCE. Hentet fra <https://www.norcereasearch.no/assets/images/file/Legevaktorganisering-i-Norge-Rapport-fra-Nasjonalt-legevaktregister-2024.pdf?v=1722848201>
- Arbeidstilsynet. (2025). *Beredskapsvakt utanfor arbeidsstaden*. Hentet fra <https://www.arbeidstilsynet.no/arbeidstid-og-organisering/arbeidstid/beredskapsvakt-utenfor-arbeidsstedet/>
- Brækhus, L. A., & Kalveland, J. (2023, Februar 20). *Reagerer på prisspiral i markedet for vikarleger til fastlegeordningen*. Hentet fra Dagens medisin: <https://www.dagensmedisin.no/fastlegeordningen-fastleger-vikariat/reagerer-pa-prisspiral-i-markedet-for-vikarleger-til-fastlegeordningen/534594>
- Difi. (2017). *Innbyggerundersøkelsen 2017 - Hva mener innbyggerne?* Oslo: Difi.
- Ekspertgruppe legevakt. (2021). *Kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning*.
- Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten. (2023). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/092e9ca0af5e49f39b55c6aded2cf18d/230418_ekspertutvalget_s_rapport_allmennlegetjenesten.pdf
- Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten. (2023). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- EY og Vista Analyse. (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*. Oslo.
- EY og Vista Analyse. (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*. Oslo.
- FHI. (2019). *Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018/2019*. Oslo.
- FHI. (2022). *Folkehelse rapportens temautgave 2022. Framtidens utfordringer for folkehelsen. Sykdomsbyrde, bruk av helse- og omsorgstjenester, og smittsomme sykdommer*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Forskrift om fastlegeordning i kommunene. (2013). *Forskrift om fastlegeordning i kommunene (FOR-2012-08-29-842)*. Hentet fra Lovdata: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842/KAPITTEL_8#%C2%A738
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. (2016, Oktober 28). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250)*. Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250>
- Forskrift om pasient- og brukerrettighetene i fastlegeordningen. (2012, August 31). *Forskrift om pasient- og brukerrettighetene i fastlegeordningen (FOR-2012-08-29-843)*. Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-843/%C2%A73#%C2%A73>
- Forskrift om pasientrettigheter mv., fastlege. (2012, August 31). *Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen (FOR-2012-08-29-843)*. Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-843/%C2%A73#%C2%A73>
- Helfo. (2025). *Helfo innfører ny praksis for låsing av lister*. Hentet fra Helfo - for helseaktører: <https://www.helfo.no/nyheter/helfo-innforer-ny-praksis-for-lasing-av-lister>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020b). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024: Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021, oktober 12.). *Fastlegeordningen styrkes*. Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/hod/nyheter/2021ny/fastlegeordningen-styrkes/id2875341/>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023, oktober 6.). *Oppretter flere utdanningsstillinger for å løse fastlegekrisen* . Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/opprettet-flere-utdanningsstillinger-for-a-lose-fastlegekrisen/id2996395/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2023, mars 14.). *Pasienttilpasset basistilskudd innføres fra 1. mai*. Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/pasienttilpasset-basistilskudd-innføres-fra-1-mai/id2966476/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2024, November 7). *Høring - kompetansekrav for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-kompetansekrav-for-leger-i-kommunale-helse-og-omsorgstjenester/id3072412/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025, Mars 18). *Høring om forslag til ny forskrift om fastlegeordning i kommunene mv*. Hentet fra Regjeringen: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-om-forslag-til-ny-forskrift-om-fastlegeordning-i-kommunene-mv/id3092486/?expand=horingsnotater>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011, juni 26.). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30)*. Hentet fra Lovdata: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_4#%C2%A74-2
- Helsedirektoratet. (2005). *...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. Sosialdepartementet og Helsedepartementet.
- Helsedirektoratet. (2019). *Vurdering av antall LIS1-stillinger*. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/vurdering-av-antall-lis1-stillinger/Vurdering%20av%20antall%20LIS1-stillinger%20-%20rapport.pdf/_/attachment/inline/c3610550-2920-4fbf-8923-067459dd64cf:c1135a3d6f4ac87ff9a662e7f5cf4d53db9430e5/Vurdering%20av%20a: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2021). *Personell og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/personell-og-kompetanse-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten/pdf-versjon-av-rapporten/Personell%20og%20kompetanse%20i%20tjenestene.pdf/_/attachment/inline/859c91a1-8464-4cb2-a346-c13ac01e7ce7:5428c7262092d17
- Helsedirektoratet. (2022a). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten - årsrapport 2021*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2021>
- Helsedirektoratet. (2022b). *Nasjonal veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Hentet fra Helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
- Helsedirektoratet. (2023, mai 24.). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten - statusrapport 2022, inklusiv status per mai 2023*. Hentet fra [helsedirektoratet.no](https://www.helsedirektoratet.no): <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2022-inklusive-status-per-mai-2023/utgifter-til-allmennlegetjenesten/kostnader-til-fastlegeordningen>
- Helsedirektoratet. (2023). *Oppsummering og anbefaling av prosjekt "Pilot legevakt"*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2023a). *Besvarelse av TB2023-38 Status og utvikling i helprivate allmennlegetjenester*. Ikke publisert.
- Helsedirektoratet. (2023b, mai 24.). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten - årsrapport 2022, inklusive status per mai 2023*. Hentet fra [helsedirektoratet.no](https://www.helsedirektoratet.no): <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2022-inklusive-status-per-mai-2023/utgifter-til-allmennlegetjenesten/naermere-om-basistilskudd-grunntilskudd-og-utjamningstilskudd>
- Helsedirektoratet. (2024a, Mai 22). *Allmennlegetjenesten – årsrapport 2023, inklusive status per mai 2024*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/allmennlegetjenesten-arsrapport-2023-inklusive-status-per-mai-2024>

- Helsedirektoratet. (2024b, desember 5.). *Konsultasjoner hos egen fastlege*. Hentet fra helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/allmenlegetjenesten/konsultasjoner-hos-egen-fastlege>
- Helsedirektoratet. (2024c, April 18). *Nasjonal ALIS og veiledning*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/nasjonal-alis-og-veiledning>
- Helsedirektoratet. (2025, februar 23.). *Alle nasjonale kvalitetsindikatorer*. Hentet fra helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/alle-nasjonale-kvalitetsindikatorer>
- Helsedirektoratet. (2025). *Autorisasjon og spesialistutdanning*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning>
- Helsedirektoratet. (2025). *Sekretariatsfunksjon for kommune i helsefelleskap*. Hentet fra Tilskudd: Sekretariatsfunksjon for kommunene i helsefelleskap: <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/sekretariatsfunksjon-for-kommunene-i-helsefelleskap#regelverk-hvem-kan-fa-tilskudd>
- Huitfeldt, I., Marone, V., & Waldinger, D. C. (2024, Mai). Designing Dynamic Reassignment Mechanisms: Evidence From GP Allocation. *NBER Working Paper No. 32458*.
- Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse. (2022). *Variasjoner i finansieringen av fastlegeordningen - fjerde oppfølgingsundersøkelse*.
- Iversen, H. H., A. B. Ø., & Holmboe, O. (2019). *Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret 2018/2019*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2019/pasienterfaringer-med-fastlegen-og-fastlegekontoret-i-2018-19.pdf>
- Jia, Z., Kornstad, T., Stølen, N., & Hjemås, G. (2023). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040*. Oslo: SSB rapport 2023/2.
- Kompetanseforskriften. (2017, Februar 17). *Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-02-17-192>
- KS. (2023). Spørreundersøkelse om legevakt og yttergrenser for arbeidstid (ikke publisert).
- Kunnskapsdepartementet. (2024, November 21). *Kunnskapsministeren endrer fraværreglene i videregående skole*. Hentet fra Regjeringen: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/kunnskapsministeren-endrer-fravarsreglene-i-videregaende-skole/id3075576/>
- Meld. St. 23 (2024-2025). (2025). *Fornye, forsterke, forbedre: Fremtidens allmenlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20242025/id3096890/>
- Meld. St. 7 (2019-2020). (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 9 (2023-2024). (2024). *Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2023-2027: Vår felles helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Mykletun, A., Kraft, K. B., Hoff, E. H., & Østby, K. A. (2025). *Fastgenes avlønningsform og insentiver: Konsekvenser for portvokterrollen*. Oslo: FHI.
- NAV. (2023, Desember 11). *Samarbeidspartner: Om sykmedingen - for den som sykmelder: Sykmelding og sykepenger*. Hentet fra Sykmelding og sykepenger: <https://www.nav.no/samarbeidspartner/om-sykmeldingen#utfylling-av-sykmeldingen>
- Norman, R. M., Bjertnæs, Ø. A., Kirsten, D., & Holmboe, O. (2022). *Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2021/2022*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/contentassets/b0321dceba9f4761b7889b6dc3e140e4/pasienterfaringer-med-fastlegen-og-fastlegekontoret-i-2021-22.pdf>

- Norman, R. M., Skyrud, K. D., Jelin, E., & Bjertnæs, Ø. A. (2025). *Den norske fastlegetjenesten 2023–2024: En forskningsbasert baselinemåling av pasienterfaringer på kommunenivå*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet fra <https://www.fhi.no/contentassets/87557a94c95c488d86f2335d9120b7a9/den-norske-fastlegetjenesten-20232024-en-forskningsbasert-baselinemaling-av-pasienterfaringer-pa-kommuneniva-rapport-2025-v1.pdf>
- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2023:25. (2023). *Omstilling til lavutslipp. Veivalg for klimapolitikken mot 2050*. Oslo: Klima- og miljødepartementet.
- NTNU samfunnsforskning og SINTEF. (2024). *Variasjoner i kommunal finansiering av fastlegeordningen*. Trondheim: NTNU samfunnsforskning.
- OECD. (2023). *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Hentet fra https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html
- OECD. (2025, Februar 25). *Does Healthcare Deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS): Norway*. Hentet fra https://www.oecd.org/en/publications/does-healthcare-deliver-results-from-the-patient-reported-indicator-surveys-paris_748c8b9a-en/norway_c97a0c44-en.html
- Oslo Economics. (2024). *Evaluering av digital triageringsløsning - Sluttrapport*. Oslo Economics.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (u.d.). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)*. Hentet fra Lovdata: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Pedersen, K., Godager, G., Rognlien, H., Tyrihjell, J., Værnø, S. G., Iversen, T., . . . Sæther, E. M. (2022). *Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024: Evalueringsrapport I*. Oslo: Oslo Economics og Universitetet i Oslo - Institutt for helse og samfunn.
- Pedersen, K., Godager, G., Tyrihjell, J. B., Værnø, S. G., Gundersen, M. B., Iversen, T., . . . Sæther, E. M. (2023). *Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024: Evalueringsrapport II*. Oslo: Oslo Economics og Universitetet i Oslo - Institutt for helse og samfunn.
- Prop. 1 S (2022-2023). (2022). *For budsjettåret 2023 under Helse- og omsorgsdepartementet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 1 S (2023-2024). (2023, september 21.). *Helse- og omsorgsdepartementet*. Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20232024/id2997928/?ch=1>
- Prop. 1 s (2024-2025). (2024). *For budsjettåret 2025 under Helse- og omsorgsdepartementet*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Rambøll Management Consulting. (2024). *Kartlegging av status for helsefelleskapene*. Oslo: Rambøll.
- Regjeringen. (2021). *Statsbudsjettet 2021: A til Å*. Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/statsbudsjett/2021/statsbudsjettet-2021-a-til-a/id2765698/?expand=2767551>
- Regjeringen. (2022). *Statsbudsjettet 2022: A til Å*. Hentet fra regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/statsbudsjett/2022/statsbudsjettet-2022-a-til-a/id2872800/?expand=2873657>
- Regjeringen. (2024, Juni). *Historisk enighet om langtidsplanen for Forsvaret*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/enighet-om-regjeringens-langtidsplan/id3043564/>
- Rundskriv til ftrl § 5-10: Logoped/Audiopedagog. (2022). *Rundskriv til ftrl § 5-10: Logoped/Audiopedagog*. https://lovdata.no/nav/rundskriv/r05-10#KAPITTEL_2: Helsedirektoratet.
- Rydningen, M., Fosse, A., Abelsen, B., & Harbitz, M. B. (2024, Mai 14). *Vikarlegebruk i fastlegeordningen 2016–22*. *Tidskrift for den norske legeforening*.

- Sosial- og helsedepartementet. (1997). *Trygghet og ansvarlighet (Meld.S. nr. 23 (1996-97))*. Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet. (1999). *Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen) (Ot.prp.nr 99 (1998-99))*. Sosial- og helsedepartementet.
- Spekter. (2024, Oktober 14). § 3.6.1 Med vaktarbeid menes: . Hentet fra <https://www.spekter.no/lonn-og-tariff/tariffavtaler/forbundsvis-avtaledeler-a2/overenskomstens-del-a2-akademikerne/overenskomstens-del-a2-omrade-10/3-6-1-med-vaktarbeid-menes?>
- SSB. (2023, oktober 19.). *Helseregnskap - om statistikken*. Hentet fra [ssb.no: https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/nasjonalregnskap/statistikk/helseregnskap](https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/nasjonalregnskap/statistikk/helseregnskap)
- SSB. (2025). *Nasjonale befolkningsframskrivninger*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/table/13599>
- SSB. (2025a). *Statistikkbanken: Allmennlegetjenesten*. Hentet April 2023 fra <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/allmennlegetjenesten>
- SSB. (2025b). *Statistikkbanken: Spesialisthelsetjenesten*. Hentet fra <https://www.ssb.no/statbank/list/speshelse/>
- Thonstad, M., & Stølan, S. B. (2024, oktober 31.). *Legevaktsutgifter i 2023*. Hentet fra [ssb.no: https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/legevaktutgifter-i-2023](https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/artikler/legevaktutgifter-i-2023)
- Tyrihjell, J. B., Godager, G., Pedersen, K., Værnø, S. G., Gundersen, M. B., Nyen, J. E., . . . Sæther, E. M. (2024). *Evaluering av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, Evalueringsrapport III*. Oslo: Helsedirektoratet.
- WHO. (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: World Health Organization. Hentet fra <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>
- Wold, M., Iversen, J. M., & Kalseth, J. (2024). *Variasjoner i kommunal finansiering av fastlegeordningen*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning. Hentet fra <https://www.ks.no/contentassets/93096c2d41b34661a24eab7c3f31284a/SOF-Sluttrapport-Fastleger-UU.pdf>
- Zakariassen, E. (2022). *Pilot legevakt: Evalueringsrapport fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, NORCE Norwegian Research Centre.

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

E-post og telefon:
post@osloeconomics.no
+47 21 99 28 00

Besøksadresse:
Klingenberggata 7A
0161 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo