



Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten

Evalueringsrapport III, 2024

Oslo Economics

Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn

Om Oslo Economics

Oslo Economics utreder økonomiske problemstillinger, utarbeider evalueringer og gir råd til bedrifter, myndigheter, helseforetak og organisasjoner.

Vi er et samfunnsvitenskapelig miljø med bred erfaring med evalueringer innen arbeidsliv, helse og velferd, samt samfunnsøkonomiske analyser i henhold til veiledere. Vi har forskningserfaring fra analyser av legers og sykepleieres arbeidstid, og kjenner relevante datakilder.

Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo

Institutt for helse og samfunn (HELSAM) er et flerfaglig institutt ved det medisinske fakultet. HELSAM består av seks avdelinger; Allmennmedisin, Helsefag, Helseledelse og helseøkonomi, Medisinsk etikk, Samfunnsmedisin og Sykepleievitenskap. Avdelingsstrukturen reflekterer hvordan kultur, miljø, økonomi, samfunn og biologi påvirker sykdom, helse og helsesystemer. HELSAM har mer enn 800 studenter og 450 vitenskapelige ansatte. Forskere ved HELSAM har vært og er involvert i evaluering av alle de store helsereformer på 2000-tallet.

Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten/2024-38

© Oslo Economics, 30. april 2024

Kontaktperson:

Erik Magnus Sæther / Partner

ems@osloeconomics.no, Tel. +47 940 58 192

Foto/illustrasjon: Essentials Collection (iStockphoto.com)

Innhold

Forord	4
Kort oppsummert	5
Sammendrag	7
1. Innledning	10
2. Tilbud av allmennlegetjenester	14
2.1 Endringer i tilbudet av allmennlegetjenester over tid	14
2.2 Aktivitet målt ved antall konsultasjoner	18
3. Rekruttering og stabilitet	21
3.1 Rekruttering og avgang	21
3.2 Stabilitet	24
3.3 Spesialistutdanningen i allmenmedisin	25
4. Bemanning av allmennlegetjenesten	32
4.1 Bemanning i allmennlegetjenesten	32
4.2 Organisering og bemanning av legevakt i kommunen	35
4.3 Opplevd arbeidsbelastning	37
5. Finansieringsformer i allmennlegetjenesten	43
5.1 Kostnader til allmennlegetjenester	43
5.2 Ulike driftsformer i fastlegeordningen	44
5.3 Endringer i basisfinansiering (pasienttilpasset basistilskudd)	47
6. Kommunens styring og ledelse av allmennlegetjenesten	56
6.1 Kommunenes ansvar for allmennlegetjenesten	56
6.2 Verktøy for ledelse av allmennlegetjenesten	57
6.3 Arenaer for dialog mellom kommunene og fastlegene	57
6.4 Opplevelse av kommunens styring og ledelse av fastlegeordningen	59
7. Samarbeid og samhandling	63
7.1 Organisering av og samarbeid på fastlegekontoret	63
7.2 Samhandling med andre deler av helse- og omsorgstjenesten	67
8. Tjenesteutvikling	72
8.1 Pågående arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i allmennlegetjenesten	72
8.2 Kommunenes rolle i kvalitetsarbeid i allmennlegetjenesten	73
8.3 Utvikling av digitale verktøy	74
9. Oppsummering og samlet vurdering	75
9.1 Foreløpige vurderinger av effekter og måloppnåelse	75
9.2 Målområde 1: Attraktivitet	75
9.3 Målområde 2: Kvalitet og tilgjengelighet	77
9.4 Målområde 3: Teamarbeid	78
9.5 Avslutning	79
10. Referanser	83

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 har gitt Oslo Economics og Universitetet i Oslo, 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 er 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 og Johanne Elise Nyen 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, Nyen JE, Iversen T, Holte J, Abelsen B, Pahle A, Augestad L, Sæther EM (2024) Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten: Evalueringsrapport III.

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

Oslo, 30. april 2024

Kort oppsummert

Formålet med de siste årenes tiltak i allmennlegetjenesten er å sikre en bærekraftig og fremtidsrettet allmennlegetjeneste som er attraktiv, av god kvalitet og teambasert. I 2023 har de største tiltakene kommet innen finansiering, i tillegg til videre arbeid med allerede igangsatte initiativer. I årets evaluering finner vi samlet sett at det i 2023 har vært steg i riktig retning som er med på å stabilisere ordningen. Dette gjelder særlig rekruttering, fastlegenes økonomiske situasjon og arbeidsbelastning. Samtidig er det fortsatt store utfordringer i allmennlegetjenesten, særlig knyttet til innbyggernes tilgang på allmennlegetjenester.

I 2023 kom det flere fastleger inn i ordningen enn noen gang tidligere

I 2023 ble det rekruttert 521 nye fastleger. Dette er den største rekrutteringen noensinne (både i antall og prosent). Samtidig sluttet færre fastleger enn i 2021 og 2022.

Det er en rekke ulike forhold som påvirker rekrutteringen til allmennlegetjenesten. Mange peker på tiltak som er innført i ordningen, både nasjonale og lokale, som viktige for den bedrede situasjonen knyttet til rekruttering og stabilitet, særlig styrket finansiering. Samtidig er det grunn til å tro at andre forhold, slik som dårligere økonomisk situasjon på sykehusene, også har vesentlig påvirkning på rekrutteringen til allmennlegetjenesten.

Det har vært en rekke positive endringer med tanke på fastlegenes situasjon

Det er mer positivitet knyttet til fastlegeordningen nå enn i de to foregående evalueringsårene. Både i intervjuer og i spørreundersøkelsen har det blitt uttrykt mer positive syn på ordningen. I vår spørreundersøkelse oppga 70 prosent av fastlegene at det er litt eller svært sannsynlig at de er fastlege om fem år, opp fra 50 prosent i evalueringsrapport I (i 2022).

Fastlegene er også mer fornøyd med egen arbeidsbelastning. I årets spørreundersøkelse oppga 39 prosent av fastlegene at de er fornøyd med sin arbeidsbelastning, opp fra 20 prosent i evalueringsrapport I. Videre er deres selvrapporterte arbeidstid signifikant lavere i årets undersøkelse enn tidligere. I tillegg ble antall innbyggere på fastlegenes liste i 2023 redusert mer enn noen gang tidligere, med en gjennomsnittlig reduksjon på 30 innbyggere per fastlege.

Styrket finansiering har bidratt positivt, men fastlegene er negative til at basistilskuddet har blitt pasienttilpasset

I 2023 økte gjennomsnittlig basistilskudd per innbygger med 28 prosent, kombinert med innføring av pasienttilpasset basistilskudd. Omleggingen gir særlig økt basistilskudd i usentrale kommuner med lavt utdanningsnivå. Mens basistilskuddet i gjennomsnitt økte med 23 prosent per innbygger i sentrale kommuner med høyt utdanningsnivå, økte det i gjennomsnitt med 52 prosent i usentrale kommuner med 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.

Det er store utfordringer knyttet til innbyggernes tilgang på allmennlegetjenester

I 2023 bodde nesten halvparten (45 prosent) av Norges innbyggere i kommuner uten åpne lister. Antall innbyggere på liste uten fast lege er fortsatt på et historisk høyt nivå. I løpet av 2023 har antall innbyggere på liste uten fast lege økt i de minst sentrale kommunene, mens antallet i øvrige kommuner er redusert eller om lag likt. I tillegg har det vært en stor økning i antall innbyggere på venteliste hos fastlege de siste årene. Samlet sett tyder dette på at innbyggerne i dag har manglende muligheter til å bytte og velge egen fastlege.

2023 var et større steg i en langvarig utvikling mot en fastlegeordning med flere fastleger, kortere lister og høyere utbredelse av fastlønnsavtaler

Høy rekruttering bidrar til mange nye unge leger inn i ordningen. Samtidig har dagens unge leger andre preferanser og krav enn tidligere generasjoner, og om lag halvparten av de nye fastlegene i 2023 var kommunalt ansatte. Antall innbyggere hver fastlege har på listen sin har falt over lengre tid, og kommunalt ansatte fastleger har i gjennomsnitt færre innbyggere på listen enn næringsdrivende fastleger. Årets utvikling kan

ses på som et steg i en pågående utvikling mot en fastlegeordning med flere fastleger, kortere lister og høyere utbredelse av fastlønsavtaler.

Fastlegene er fornøyde med dagens organisering, men flerfaglighet og oppgavedeling på fastlegekontoret blir viktig fremover

Det har over lengre tid blitt pekt på at tverrfaglig samarbeid og oppgavedeling på fastlegekontorene vil være viktig i fremtidens allmennlegetjeneste. Funn fra spørreundersøkelsene tyder imidlertid på at mange fastleger er fornøyde med dagens sammensetning av personell på legekontoret, og at flertallet av øvrig personell er fornøyde med dagens samarbeid og ledelse. Det synes med andre ord å være en motsetning mellom politiske målsettinger og personellens ønsker. Fremtidige politiske tiltak på dette området bør derfor balansere utfordringene som tjenesten står overfor med ulike hensyn blant helsepersonell. Erfaringer fra utprøving av teamarbeid på legekontor tyder på at modeller for teamorganisering bør være fleksible og valgfrie for å komme pasienter og helsepersonell til gode.

Dersom utviklingen fortsetter, må det rekrutteres mange fastleger i årene fremover

Fremover er etterspørselen etter allmennlegetjenester ventet å øke, blant annet som følge av en aldrende befolkning og mer komplekse sykdomsbilder. Dette, kombinert med utviklingen mot mer kommunal ansettelse og kortere lister, gjør at behovet for fastleger kommer til å vokse i årene fremover.

Sammendrag

Dette er den tredje evalueringsrapporten for følgeevalueringen av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, samt andre tiltak for å styrke allmennlegetjenesten. I perioden vårt evalueringsarbeid har pågått (2021-2024), har tiltak for å styrke allmennlegetjenesten i hovedsak bestått av økt og endret basisfinansiering, styrking av spesialistutdanning i allmennmedisin og diverse utredningsarbeid. Funn fra årets analyser av registerdata, spørreundersøkelser og intervjuundersøkelser viser samlet sett at det har vært positive endringer knyttet til rekruttering, fastlegenes økonomiske situasjon og arbeidsbelastning. Derimot er det fremdeles store utfordringer, særlig knyttet til kapasitet og innbyggernes tilgang på allmennlegetjenester av god kvalitet.

Kapittel 2: Tilbud av allmennlegetjenester

Formålet med fastlegeordningen er å sikre god kvalitet til rett tid, og at alle innbyggere i Norge har en fast lege å forholde seg til. Videre har innbyggere rett til å selv velge en fastlege. For å sikre tilgjengelighet av allmennlegetjenester, er det behov for tilstrekkelig kapasitet i fastlegeordningen slik at alle innbyggere har mulighet til å stå på en fastlegeliste og å bytte fastlege ved behov.

Siden 2021 har kapasitet i form av samlet listetak vært lavere enn innbyggertallet i Norge. Ved utgangen av 2023 stod over 200 000 nordmenn på en liste uten fast lege. Disse listene bemannes primært av vikarer som ofte skiftes ut. Kapasiteten i ordningen økte mer enn folkemengden fra 2022 til 2023. Kapasitetsøkningen har imidlertid funnet sted i de mer sentrale kommunene, mens kapasiteten har sunket i usentrale kommuner.

I 2023 bodde nesten halvparten (45 prosent) av Norges innbyggere i kommuner hvor ingen fastleger har ledige listeplasser. Denne andelen er noe lavere enn i 2022, men er fortsatt på et historisk høyt nivå. Dette medfører både at innbyggerne ikke kan bytte fastlege og at tilflyttere ikke kan få fastlege i kommunen. I tillegg har det vært en stor økning i antall innbyggere på venteliste hos fastlege de siste årene. Samlet sett vitner dette om at innbyggerne i dag har manglende muligheter både til å velge og til å bytte fastlege.

Den økte kapasiteten i ordningen i 2023 skyldes primært at det har kommet flere leger inn i ordningen, ikke at fastleger velger et høyere listetak. Det gjennomsnittlige listetaket til fastleger er fallende, og nye fastleger har stadig lavere listetak.

Innbyggerne i norske kommuner mottok om lag 18,2 millioner allmennmedisinske konsultasjoner i 2023. Dette er en økning på 90 000 konsultasjoner fra året før. Fra 2022 til 2023 økte antallet fysiske konsultasjoner per innbygger, mens det ble færre e-konsultasjoner og legevaktkonsultasjoner per innbygger.

Kapittel 3: Rekruttering og stabilitet

I 2023 så man den høyeste netto tilveksten av nye fastleger siden oppstarten av fastlegeordningen i 2001, og rekrutteringen til ordningen var også den høyeste noensinne. Det har vært en netto økning i fastleger på tvers av kommuner av ulik sentralitetsklasse. Samtidig oppga om lag 70 prosent av kommunene å ha hatt utfordringer med å rekruttere fastleger til ledige hjemler det siste året, noe som tyder på en fortsatt utfordrende situasjon flere steder. Mange kommuner oppgir å ha innført kommunale tiltak, som fast ansettelse, for å sikre rekruttering.

Det er en rekke ulike forhold som påvirker rekrutteringen til allmennlegetjenesten. Mange peker på tiltak som er innført i ordningen, både nasjonale og lokale, som viktige for den bedrede situasjonen knyttet til rekruttering og stabilitet, særlig styrket finansiering. Samtidig er det grunn til å tro at andre forhold, slik som dårligere økonomisk situasjon på sykehusene, også har vesentlig påvirkning på rekrutteringen til allmennlegetjenesten.

Vi ser også tegn til bedret stabilitet blant legene som allerede er i ordningen. Sammenlignet med fjorårets evalueringsrapport, oppgir signifikant flere fastleger i årets spørreundersøkelse at det er litt eller svært sannsynlig at de er fastlege om 5 år. Flere fastleger trekker imidlertid frem at tiltak for å bedre tjenesten i hovedsak er rettet mot rekruttering av nye fastleger, som ALIS-tilskudd, fremfor å bedre situasjonen for fastleger i ordningen. Samtidig oppleves stadige endringer i rammevilkår som lite forutsigbart.

I statsbudsjettet for 2024 foreslår regjeringen å øke antall LIS1-stillinger og styrke Nasjonal ALIS og veiledning, noe som tyder på at regjeringen fortsetter å styrke spesialistutdanningen i allmennmedisin. ALIS-avtaler trekkes

frem av både fastleger og kommuner som et viktig virkemiddel som øker attraktiviteten til allmennlegeyrket, tryggheten i spesialisingsløpet og sannsynligheten for at legene fullfører spesialisingsløpet.

Selv om antall tilsatte LIS1-stillinger har økt de siste årene, viser rapporterte tall at det fremdeles er en betydelig andel leger som ikke kommer i gang med spesialisingsløpet sitt fordi de venter på en LIS1-stilling. Et av forslagene til Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten er at kommuner og sykehus kan etablere egne LIS1-stillinger over egne budsjetter. Flere av respondentene på kommuneundersøkelsen (44 prosent) er litt eller helt enig i at det er positivt å kunne opprette egne LIS1-stillinger for LIS1-ventere. Samtidig oppga mange kommuner at de mangler ressurser får å kunne gjennomføre dette i praksis.

Kapittel 4: Bemanning av allmennlegetjenesten

Bemannings situasjonen i allmennlegetjenesten virker å ha bedret seg i løpet av de siste tre årene. Samtidig er kommuner i stor grad avhengig av vikarer for å bemanne tjenesten. Bruken av vikarbyrå virker å være omfattende; om lag 2 av 3 kommuner har leid inn en lege fra vikarbyrå de siste tre årene. Samtidig opplever kommuner at omfattende bruk av vikarbyrå vil medføre store kostnader for kommunen fremover, og at dette er negativt for kvaliteten på legetjenestetilbudet til innbyggerne.

Kommunen plikter å gi leger uten LIS1 uformell veiledning og supervisjon i sin stilling. På tross av dette, oppga om lag en av fem kommuner i spørreundersøkelsen at LIS1-ventere ikke får strukturert oppfølging. Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten foreslår at leger uten LIS1 ikke skal kunne praktisere selvstendig, noe nesten halvparten av kommunene oppga at vil begrense deres tilgang på legeressurser.

Organisering og bemanning av legevakt varierer på tvers av kommuner. De mindre sentrale kommunene samarbeider i større grad med nabokommuner om interkommunale legevakter, og totalt sett oppga om lag tre fjerdedeler av kommunene å delta i et slikt samarbeid. Legevaktene bemannes hovedsakelig av næringsdrivende fastleger i kommunen, og avlønnes etter gjeldende takster. Man ser imidlertid at flere kommuner oppgir å ha fast ansatte leger kun i legevakt (mer sentrale kommuner), samtidig som mer usentrale kommuner benytter fastleger i Nordsjøturnus. Fastlegene oppga i intervjuer at de ønsker økt bruk av fastlønn knyttet til legevakter, noe som også er foreslått av Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten.

Resultater fra spørreundersøkelsene gjennomført i forbindelse med vår følgeevaluering tyder på at fastlegene de siste tre årene i stadig større grad opplever en mer håndterbar arbeidsbelastning, samtidig som antall timer legene oppgir å jobbe er redusert.

Kapittel 5: Finansieringsformer i allmennlegetjenesten

Fast ansettelse blir stadig mer utbredt, og ved utgangen av 2023 var 20 prosent av fastlegene i Norge kommunalt ansatt. Av de som startet som fastleger i 2023 var om lag halvparten kommunalt ansatt. Fast ansettelse er mest utbredt i de minst sentrale kommunene.

Det har vært betydelige endringer og styrking av basisfinansieringen av fastlegeordningen de siste årene. I 2023 økte gjennomsnittlig basistilskudd per innbygger med 28 prosent, kombinert med innføring av pasienttilpasset basistilskudd. I usentrale kommuner med lavt utdanningsnivå i befolkningen økte basistilskuddet i gjennomsnitt med 52 prosent.

Fastlegene opplever at styrket basistilskudd er positivt og flere enn tidligere sier at de opplever økonomisk trygghet. Andelen av de næringsdrivende fastlegene som oppgir at basistilskuddet er lavere enn de faste kostnadene, har falt fra 78 prosent i fjorårets spørreundersøkelse til 47 prosent i årets undersøkelse. Samtidig er fastlegene negative til at basistilskuddet har blitt pasienttilpasset, og opplever ikke at det bidrar til bedre kvalitet i tjenesten eller bedre oppfølging av de med størst behov. Mange trekker det også frem som negativt at endringen i større grad motiverer til en arbeidshverdag med lengre pasientlister og kortere konsultasjoner. Etter innføringen av pasienttilpasset basistilskudd har imidlertid de fleste fastlegene redusert lengden på listene sine, og reduksjonen i gjennomsnittlig listelengde i 2023 var den største noensinne. I intervjuer oppgir fastlegene heller ikke å ha endret hvordan de arbeider i hverdagen som følge av pasienttilpasset basistilskudd.

Kapittel 6: Kommunens styring og ledelse av allmennlegetjenesten

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Videre er det kommunens ansvar å organisere fastlegeordningen, og sørge for at personer som ønsker det, får stå på en fastlegeliste, blant annet ved å sørge for at et tilstrekkelig antall fastleger deltar i ordningen. Mange av landets kommuner har betydelig kostnader knyttet til ivaretagelsen av sitt ansvar for fastlegeordningen, utover den statlige finansieringen.

Kommunen har flere verktøy tilgjengelig for ledelse av allmennlegetjenesten; blant annet skal kommunen utarbeide en plan for drift og utvikling av allmennlegetjenester, noe om lag halvparten av kommunene oppga å ha. Videre bruker mange kommuner lokale samarbeidsutvalg (71 prosent) for å følge opp fastlegeordningen, noe som oppleves som en nyttig arena.

Nesten halvparten av fastlegene oppga at de er litt eller helt enig i at kommunen har god dialog med fastlegene, mens like mange er helt eller litt uenig. Fastlegene er tilsvarende delt i spørsmålet om kommunen har god ledelse av fastlegeordningen. Helseledere i kommunene oppga i større grad å ha god dialog med fastlegene og god ledelse av ordningen. Barrierer for god ledelse av fastlegeordningen forklares i stor grad med uenigheter mellom fastlegene og kommunene, mangel på personell og manglende samarbeidsarenaer. Utfordringer i samarbeidet mellom kommunen og fastlegene er i stor grad forklart med en manglende forståelse for hverandres arbeid.

Kapittel 7: Samarbeid og samhandling

Fastlegekontorene i Norge varierer i organisering og størrelse, som gir ulike utgangspunkt for samarbeid og ledelse på legekantoret. I spørreundersøkelsen blant fastleger oppga mange (38 prosent) at de ikke ønsker seg noe annet personell på legekantoret, mens andre oppga at de ønsker seg psykolog (42 prosent), sykepleier (24 prosent) og fysioterapeut (24 prosent). Blant øvrig personell på legekantoret, oppga om lag halvparten at det kunne vært hensiktsmessig med sykepleier og/eller helsesekretær for oppgavedeling og utvidelse av tjenestetilbudet. Fastlegene opplever økonomi og fysisk størrelse på kontorlokale som barrierer for mer personell på legekantoret.

Om lag halvparten av øvrig personell oppga at de i stor grad opplever god ledelse når det gjelder det faglige, administrative og sosiale på legekantoret. Flertallet (90 prosent) av øvrig personell opplever at de i stor eller i noen grad har et velfungerende faglig samarbeid, og hensiktsmessig fordeling av samarbeidsoppgaver med fastlegene og øvrig personell på kantoret.

Når det gjelder samhandling med øvrige deler av helsetjenesten, oppga flesteparten av fastlegene at de er litt eller helt enig i påstandene om at samhandlingen fungerer godt med henholdsvis andre kommunale helse- og omsorgstjenester (65 prosent), spesialisthelsetjenesten (66 prosent), og andre aktører i akuttmedisinsk kjede (65 prosent). Tiltak som samhandlingslege og helsefelleskap har blitt innført for å styrke samhandlingen mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med helsefelleskap er fortsatt i en tidlig fase, og inntrykket er at det foreløpig ikke har gitt konkrete effekter på samhandlingen.

Kapittel 8: Tjenesteutvikling

Både fastleger og kommunene har et ansvar for å sikre allmennlegetjenester av god kvalitet, og legge til rette systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Over halvparten (54 prosent) av fastlegene oppga i årets spørreundersøkelse at det i stor eller noen grad er utfordringer i kommunen knyttet til kvaliteten i tilbudet av allmennlegetjenester til befolkningen. Våre funn viser at mange kommuner (40 prosent) verken følger opp eller bistår fastlegekontorene i systematisk kvalitetsarbeid.

Det er en rekke digitale verktøy under utvikling som berører allmennlegetjenesten. De fleste digitale verktøy som er ment å forbedre ressursbruken til fastleger og kvaliteten på allmennlegetjenestene er fremdeles under utprøving, og det varierer hvor godt løsningene svarer ut legenes og listeinnbyggernes behov.

Kapittel 9: Oppsummering og samlet vurdering

De seneste årene har det vært flere initiativer, prosesser og tiltak med formål å styrke allmennlege-tjenesten, som blant annet Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 og Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten. I 2023 har de største endringene kommet innen finansiering av fastlegeordningen med en betydelig styrking og endring i innretningen av basisfinansieringen. I årets evaluering finner vi samlet sett at det har vært positive endringer knyttet til rekruttering, fastlegenes økonomiske situasjon og arbeidsbelastning. Det kom flere fastleger inn i ordningen i 2023 enn noen gang tidligere (både i antall og prosent), samtidig som betydelig flere av fastlegene enn tidligere sier at det er sannsynlig at de er fastleger også i årene fremover. Det tar imidlertid tid å snu den negative utviklingen som har vært de siste årene, og det er fortsatt store utfordringer knyttet til innbyggernes tilgang på allmennlegetjenester. Antall innbyggere på liste uten fast lege er fortsatt på et historisk høyt nivå, og 45 prosent av innbyggerne i Norge bor i en kommune der ingen fastleger har åpen liste.

1. Innledning

Dette er den tredje evalueringsrapporten for følgeevalueringen av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. Årets evalueringsrapport favner bredere enn evalueringsrapport I og II, både ved å bygge på en mer omfattende informasjonsinnsamling og som følge av nye tiltak innført i allmennlegetjenesten. I dette kapittelet beskriver vi rammene for evalueringsoppdraget, hvordan evalueringen hensyntar nylig innførte tiltak og funn fra de to første evalueringsrapportene, samt oppbyggingen av årets evalueringsrapport.

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 understøtte dette idealet og blant annet sikre bedre kontinuitet i lege-pasient-forholdet (Sosial- og helsedepartementet, 1999). Fastlegeordningen skulle også 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».¹

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 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 er fornøyd med fastlegeordningen, er 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 tilstrekkelig antall fastleger, og mange har sluttet. Stadig utskiftning av leger og hjemler som i hovedsak bemannes av korte vikariater kan dermed 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. 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

I 2022 ble det nedsatt et ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten. Ekspertutvalget skulle utrede 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. Tiltakene adresserer en rekke ulike deler av allmennlegetjenesten, herunder organisering, finansiering, tverrfaglighet, fastlegers arbeid med attester, legevakt, kompetanse, digitalisering, innovasjon, forskning og ledelse.

I tillegg til ekspertutvalgets rapport, er det gjennomført flere utredningsoppdrag og prosjektarbeid rettet mot ulike deler av allmennlegetjenesten. I november 2021 leverte en ekspertgruppe for legevakt sin kartlegging av situasjonen i legevaksordningen (Ekspertgruppe legevakt, 2021). Det har også vært gjennomført piloter og

¹ Forskrift om fastlegeordning i kommunene §1

utprøvinger av blant annet primærhelseteam på fastlegekontor, digital hjemmeoppfølging, og digitalt triageringsverktøy på fastlegekontor.

Evalueringsoppdraget

På oppdrag for Helsedirektoratet gjennomfører Oslo Economics og Universitetet i Oslo, i samarbeid med tilknyttede fageksperter, en følgeevaluering av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. Handlingsplanens målområder og tilhørende effektmål omhandler i stor grad tilstanden i allmennlegetjenesten. Årets evaluering omfatter derfor også andre tiltak rettet mot allmennlegetjenesten, i tillegg til de spesifikke tiltakene skissert i handlingsplanen. Formålet med evalueringen er å undersøke hvilke effekter innførte tiltak har og i hvilken grad målene for utvikling av allmennlegetjenesten nås.

Evalueringsarbeidet dokumenteres i årlige rapporter, hvor de to første rapportene ble publisert i henholdsvis mai 2022 og 2023 (Pedersen, et al., 2023; Pedersen, et al., 2022). Dette er den tredje av totalt fire evalueringsrapporter, hvor siste evalueringsrapport vil bli publisert i mai 2025.

Om evalueringsrapport I og II

I evalueringsrapport I og II undersøkte vi status for implementering av tiltakene i handlingsplanen. Ved ferdigstillelse av evalueringsrapport II (april 2023), var ti tiltak i handlingsplanen iverksatt, mens syv var pågående.

Evalueringsrapport II pekte på at det fremdeles var betydelige 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 allmenntidmedisin hadde blitt styrket. Utvidelsen av ALIS-ordningen til en nasjonal ordning i 2022 ble særlig trukket frem som et positivt tiltak. Antall fastleger har økt over tid, og antall listeinnbyggere per fastlege var ved utgangen av 2022 på sitt laveste nivå noensinne. Finansieringen av fastlegeordningen hadde blitt vesentlig styrket i evalueringsperioden, men fastlegene pekte fortsatt på et behov for flere økonomiske tiltak.

Selv om funnene i evalueringsrapport II viste tegn til bedret rekruttering, så vi fremdeles utfordringer med kapasitet, tilgjengelighet og kvalitet i allmennlegetjenesten. I perioden fra gjennomføring av evaluering I til evaluering II, hadde antallet innbyggere uten fastlege økt med 75 000. Totalt var det 213 000 innbyggere uten fast lege ved utgangen av 2022. Evaluering II viste at tiltakene ved utgangen av 2022 hadde hatt en svak, men positiv effekt på fastlegenes arbeidsbelastning. Likevel oppga flertallet av fastlegene at de hadde for stor arbeidsbelastning og at de ønsket å redusere sin listelengde fremfor å avlastes for arbeidsoppgaver.

De to første evalueringsrapportene viste at det har blitt færre og større fastlegekontor. Dette kan gi økte muligheter for teamarbeid i fastlegetjenesten, i tråd med målene for handlingsplanen. Pilotprosjektet med primærhelseteam ble avsluttet like før evalueringsrapport II ble ferdigstilt, og gir ny kunnskap om teambaserte tilnærminger til allmennlegetjenesten.

Om evalueringsrapport III

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/rapporter. I tillegg har vi også gjennomført en workshop med referansegruppen for evalueringen. Analyseperioden for evalueringsrapport III inkluderer registerdata til og med 31.12.2023. I Tabell 1-1 gir vi en oversikt over datakildene i evalueringsrapport III. En nærmere beskrivelse er inkludert i vedlegg A.

Tabell 1-1: Oversikt over datakilder i evalueringsrapport III

Datakilde	Kortfattet beskrivelse
KUHR	Kontaktdata og tjenester levert fra fastlege registrert 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 2023. 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 fastleger og fastlegevikarer ble også gjennomført ved evaluering I og evaluering II. Spørreundersøkelsen ved evaluering I ble gjennomført i januar 2022. Her samtykket 1120 fastleger og fastlegevikarer til å delta. 94 prosent av respondentene var fastleger og 6 prosent fastlegevikarer. Spørreundersøkelsen ved evaluering II ble gjennomført november 2022. 1341 fastleger svarte på undersøkelsen, tilsvarende 26,5 prosent av landets fastleger. I tillegg svarte 97 fastlegevikarer på undersøkelsen.
Spørreundersøkelse blant øvrig personell på fastlegekontor	Gjennomført i november 2023. 205 respondenter svarte på undersøkelsen. 48 prosent av respondentene oppga å være helsesekretærer og 38 prosent oppga å være sykepleiere.
Spørreundersøkelse blant ansatte i kommunen med ansvar for allmennlegetjenesten	Gjennomført i november 2023. 216 respondenter svarte på undersøkelsen fra 175 av landets kommuner og bydeler i Oslo, tilsvarende 47 prosent av landets kommuner.
Intervjuer med ulike aktører	<ul style="list-style-type: none">• Fastleger/fastlegevikar (N=20)• Øvrig personell på legekantor (N=8)• Fastleger involvert i samhandlingsarbeid/samhandlingsleger (N=8)• Personell i øvrig kommunal helse og omsorgstjeneste (N=8) <p>I tillegg har vi snakket med representanter fra Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin, og ALIS-kontorer. Vi har også hatt kontakt med representanter i Helsedirektoratet i møter, på e-post og på telefon.</p>
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

Kapittel 2: Tilbud av allmennlegetjenester

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». I 2023 økte kapasiteten i ordningen for første gang siden 2017. Det er imidlertid utfordringer knyttet til innbyggernes tilgang på tjenester. Ved årsskiftet manglet 210 000 innbyggere fastlege og halvparten av befolkningen hadde ikke mulighet til å bytte fastlege.



Ved utgangen av 2023 stod over 210 000 innbyggere på liste uten fast lege. I løpet av 2023 ble det flere uten fast lege i de minst sentrale kommunene.



Etter mange år med negativ utvikling i samlet kapasitet, økte antall plasser på fastlegelister i 2023.



Fastlegenes gjennomsnittlige listetak fortsetter å falle. Økt kapasitet skyldes at det har kommet flere leger inn i ordningen.



Om lag halvparten av innbyggerne bor i kommuner der ingen fastleger har åpen liste. Antall på venteliste for å få ny fastlege har mer enn doblet seg siden 2020.



Antallet fysiske konsultasjoner økte fra 2022 til 2023, både totalt sett og per innbygger.



Antall e-konsultasjoner har vært økende siden 2016 til 2022, men det siste året har det vært en kraftig reduksjon i bruken av e-konsultasjoner.



Datagrunnlaget i kapittelet består av:

Registerdata fra KUHR, FLO og SSB.

Spørreundersøkelser blant fastleger og fastlegevikarer januar 2022, november 2022 og desember 2023.

2. Tilbud av allmennlegetjenester

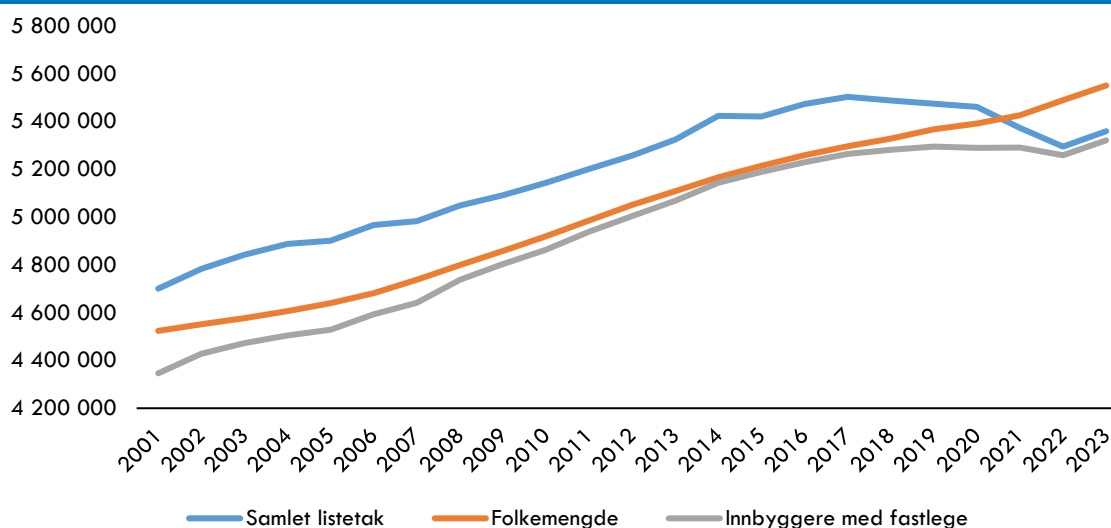
2.1 Endringer i tilbudet av allmennlegetjenester over tid

Formålet med fastlegeordningen er å sikre god kvalitet til rett tid, og at alle innbyggere i Norge har en fast lege å forholde seg til. Videre har innbyggere rett til å selv velge en fastlege. For å sikre tilgjengelighet av allmennlegetjenester, er det behov for tilstrekkelig kapasitet i fastlegeordningen slik at alle innbyggere har mulighet til å stå på en fastlegeliste og å bytte fastlege ved behov. Dette avhenger av at et tilstrekkelig antall fastleger tilbyr et tilstrekkelig antall plasser på fastlegeliste. Fastlegeavtalen mellom fastlege og kommune fastsetter det maksimale antallet pasienter fastlegen skal ta ansvar for, også kjent som listetak. Summen av fastlegenes listetak brukes som en indikator på kapasiteten i fastlegeordningen og tolkes som antallet personer som allmennleger har tilbudt seg å ta ansvar for.

2.1.1 Kapasitet i fastlegeordningen

Kapasiteten i fastlegeordningen (i form av samlet listetak) har vært lavere enn folkemengden siden 2021. Ved utgangen av 2023 var det totalt over 214 101 innbyggere som stod på fastlegelister uten tilknyttet lege. Den nasjonale kapasitetsutviklingen i fastlegeordningen endret retning i 2023, da samlet listetak økte (Figur 2-1). Det er imidlertid for tidlig å si om dette er en årlig variasjon eller en faktisk endring i trend.

Figur 2-1: Folkemengde, innbyggere med fastlege og samlet listetak* 2001-2023. Nivå tall per 4.kvartal

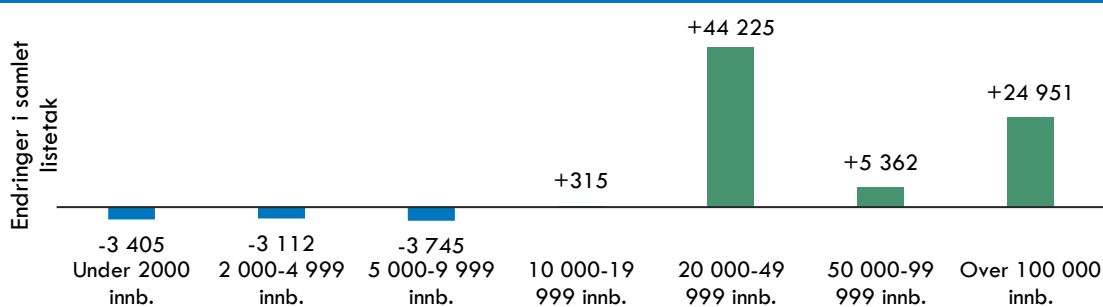


Kilde: SSB og FLO. Analyse: Oslo Economics og Universitetet i Oslo. * Listetak på lister som ikke er tilknyttet en fastlege er holdt utenfor.

Befolkningsveksten har tiltatt og befolkningen har vokst betydelig raskere de siste årene (61 200 netto i 2023). Høy befolkningsvekst skyldes blant annet at innvandringen har vært rekordstor i årene 2022 og 2023, til dels grunnet tilstrømming av flyktninger fra Ukraina. I relative termer vokser tallet på fastleger raskere enn befolkningen. Relativ vekst i antallet fastleger var på 4,2 prosent mens relativ vekst i befolkningen var på 1,1 prosent.

Selv om samlet listetak øker, er økningen ujevnt fordelt ut over landets kommuner, og noen innbyggere har fått dårligere tilgjengelighet til fastlege. I kommuner med over 10 000 innbyggere har listetaket økt med 74 853 plasser det siste året, mens listetaket er redusert med 10 262 plasser i kommuner med under 10 000 innbyggere. Relativt sett har reduksjonen vært størst i de aller minste kommunene med under 2 000 innbyggere; her er kapasiteten redusert med 4 prosent. Til sammenligning har kapasiteten økt med 4 prosent i kommuner med mellom 20 000 og 49 999 innbyggere (Figur 2-2). Tilsvarende mønster gjelder for sentralitetsklasse. I de minst sentrale kommunene er samlet listetak redusert, mens det har vært en økning i de sentrale kommunene.

Figur 2-2: Endring i samlet listetak* 2022 – 2023 for kommuner av ulik størrelse

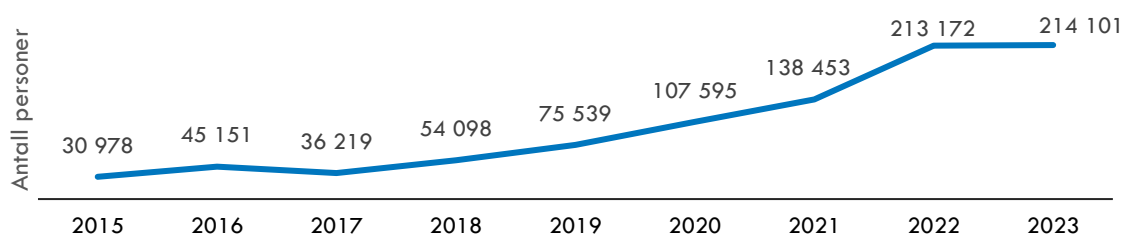


Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics og Universitetet i Oslo. * Samlet listetak inkluderer her kun lister med fast lege.

Sammenlignet med fjorårets evaluering, oppga en lavere andel av fastlegene i årets spørreundersøkelse at sin kommune har utfordringer knyttet til tilgjengelighet i allmennlegetjenesten. Det er imidlertid fortsatt mange fastleger (34 prosent) som oppga at kommunen i stor grad har utfordringer knyttet til tilgjengelighet. Fastleger i de minste kommunene (under 5 000 innbyggere) oppgir i mindre grad at kommunen har utfordringer knyttet til tilgjengelighet (vedlegg E).

En innbygger på en liste uten fast lege (ubesatt liste), får ikke kontinuiteten som følger av å ha en fast lege. En innbygger på en ubesatt liste kan likevel bli fulgt opp av en lege som tilbyr en viss grad av kontinuitet. Ubesatte lister bemannes primært av vikariater med ulik varighet, og det kan være flere vikarer som betjener den samme listen. Men, som vist av Delalic m.fl. (2023) blir kontinuitet, målt ved andelen konsultasjoner innbyggerne mottar hos mest brukte lege, noe høyere blant innbyggere som har fastlege. Ved utgangen av 2023 er det flere i de minst sentrale kommunene² som står på en liste uten fast lege, sammenlignet med ved utgangen av 2022. I mer sentrale kommuner (med unntak av kommuner innen sentralitetsklasse 2) har det vært en reduksjon (vedlegg E).

Figur 2-3: Innbyggere på liste uten fast lege 4. kvartal 2015-2023



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

2.1.2 Valgmuligheter for innbyggerne

Mangel på åpne lister begrenser valgmuligheten og gjør det utfordrende for en pasient 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. Dette ettersom noen kan ha spesifikke ønsker knyttet til kjønn. Funnene i årets evalueringsrapport tyder på at innbyggere i dag har en manglende mulighet til å bytte til en annen fastlege i sin kommune.

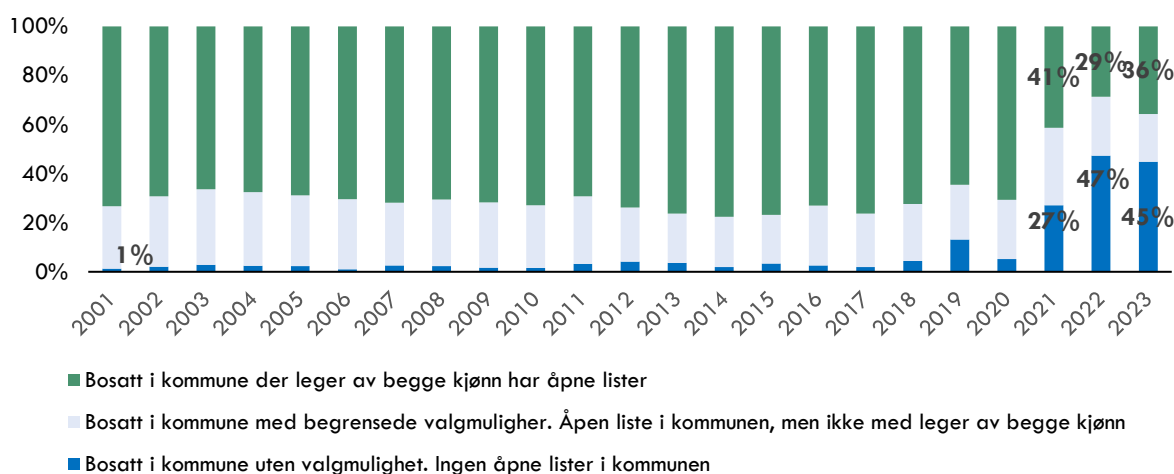
I 2023 bodde nesten halvparten (45 prosent) av Norges innbyggere i kommuner uten åpne lister (Figur 2-4). Denne andelen er noe lavere enn i 2022, men fortsatt på et historisk høyt nivå. Andelen innbyggere bosatt i en kommune der leger av begge kjønn har åpne lister, har holdt seg relativt stabil rundt 70 prosent fra 2001 til 2020. Fra 2020 er andelen imidlertid redusert til 41 prosent i 2021 og 29 prosent i 2022. I 2023 økte andelen noe (til 36 prosent). Andelen lister med ledig kapasitet (åpne lister der listetaket er høyere enn listelengde) har falt over tid, fra 50 prosent i 2001 til 11 prosent i 2023 (vedlegg E).

Antall innbyggere på venteliste for å få ny fastlege økte fra om lag 85 000 personer i 2018, til 154 000 i 2020, og videre til 351 000 i 2023 (vedlegg E). På grunn av få åpne lister i mange kommuner vil tilflyttere til disse kommunene ikke kunne bytte fastlege. Det vil si at de tar opp en plass på en liste og har fastlege i en

² Definerer ved sentralitetsklasse 5 og 6.

annen kommune enn der de bor. Et høyt antall pasienter på venteliste kan derfor skyldes en slags treghet som følger av manglende kapasitet.

Figur 2-4: Andel innbyggere bosatt i kommuner med begrenset mulighet for å bytte fastlege. Tall per 31/12 2001-2023 (Prosent)



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

2.1.3 Årsaker til endringer i kapasitet

Ved utgangen av 2023 var det totalt 5 268 fastleger i landet, en økning på 212 sammenlignet med året før (2-1). Blant legene med fastlegeavtale ved utgangen av 2023, var det 521 av disse som ikke hadde fastlegeavtale ved utgangen av 2022. Ved utgangen av 2023 hadde fastlegeordningen et samlet listetak på nesten 5,36 millioner personer. Økningen fra 2022 til 2023 er den største økningen i samlet listetak siden 2014. Det gjennomsnittlige listetaket blant fastlegene var på 1 017 plasser, en reduksjon fra 1 047 plasser i 2022.

Tabell 2-1: Sentrale tall for fastlegeordningen. Nasjonale nivåtall per 31. desember 2016-2023

År		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Fastleger*	Nivå	4 643	4 740	4 783	4 858	4 928	4 961	5 056	5 268
	Endring	58	97	43	75	70	33	95	212
Fastleger m/spes. i allmenntjenesten	Nivå	2 675	2 900	2 936	3 035	3 118	3 177	3 170	3 356
	Endring	24	225	36	99	83	59	-7	186
Samlet listetak**	Nivå	5 470 217	5 501 381	5 483 754	5 474 681	5 461 091	5 365 606	5 294 659	5 359 250
	Endring	50 919	31 164	-17 627	-9 073	-13 590	-95 485	-70 947	64 591
Innbyggere med fastlege	Nivå	5 229 087	5 263 199	5 281 147	5 294 725	5 289 341	5 290 048	5 258 230	5 320 813
	Endring	40 744	34 112	17 948	13 578	-5 384	707	-31 818	62 583
Folkemengde	Nivå	5 258 317	5 295 619	5 328 212	5 367 580	5 391 369	5 425 270	5 488 984	5 550 203
	Endring	44 332	37 302	32 593	39 368	23 789	33 901	63 714	61 219
Innbyggere per fastlege***	Nivå	1 132	1 117	1 113	1 105	1 094	1 092	1 086	1 054
	Endring	-5	-15	-4	-8	-11	0	-8	-32
Innbyggere på liste uten fast lege	Nivå	45 151	36 219	54 098	75 539	107 595	138 453	213 172	214 101
	Endring	14 173	-8 932	17 879	21 441	32 056	30 858	74 719	929

Kilder: SSB og FLO. Analyse: Oslo Economics og Universitetet i Oslo. * Her telles ikke fastleger med nylig etablerte kontrakter som ikke har noen listeinnbyggere. ** Listetak på lister som ikke er tilknyttet en fastlege er holdt utenfor. ***«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».

Endringer i listetak blant ulike fastleger fra 2022 til 2023

Det totale listetaket er både avhengig av hvor mange fastleger som begynner og slutter og hvilket listetak disse har, samt listetaket til fastleger som har en fastlegeavtale gjennom året (stabile leger). Den økte kapasiteten i fastlegeordningen i 2023 kommer primært fra at det har kommet flere leger inn i ordningen. De 521 nye fastlegene i 2023 hadde et totalt listetak på 395 384 plasser, mens de 309 legene som sluttet hadde et listetak på 283 086 plasser (Tabell 2-2). Stabile leger (4 747 gjennom 2023), reduserte listetaket sitt med totalt 47 707 plasser. Samlet sett gir dette en økning på 64 591 i listetaket fra 2022 til 2023.

Tabell 2-2: Listetak blant leger som begynte, sluttet og var stabile gjennom 2023

	Totalt	Leger som begynte i 2023 (N=521)	Leger som sluttet i 2023 (N=309)	Stabile leger (N=4 747)
Sum listetak 2022	5 294 659	0	283 086	5 011 573
Sum listetak 2023	5 359 250	395 384	0	4 963 866
Endring listetak 2022-2023	+64 591	+395 384	-283 086	-47 707

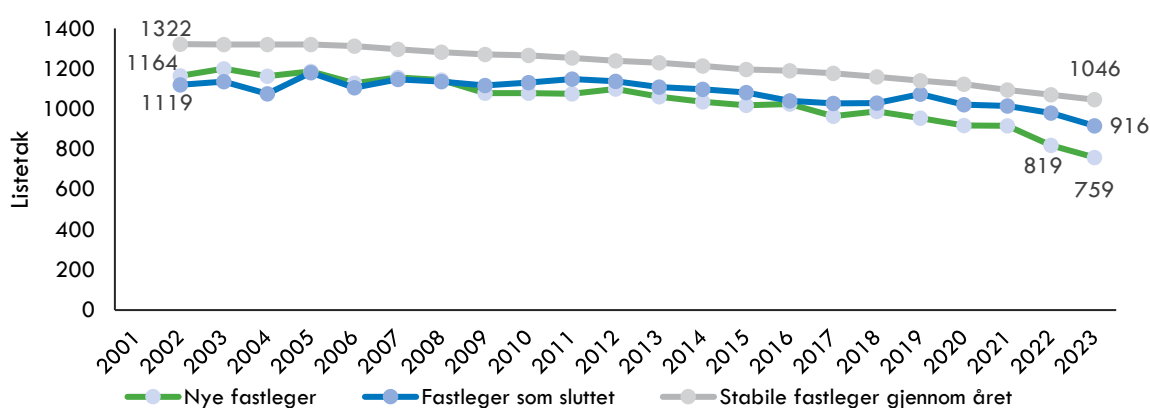
Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

De 4 747 legene som var stabile gjennom 2023 reduserte i gjennomsnitt listetaket sitt med 10 plasser. Fra 2022 til 2023 valgte 670 leger å redusere listetaket sitt, 474 leger valgte å øke listetaket sitt, mens 3 603 leger holdt listetaket uendret. Legene som reduserte listetaket sitt, reduserte denne i gjennomsnitt med 176 plasser. Legene som økte, økte i gjennomsnitt med 148 plasser.

Utvikling over tid i tilbudt kapasitet blant fastleger som begynner og slutter i ordningen

Det gjennomsnittlige listetaket har falt for alle fastleger, uavhengig av om de begynner, slutter eller har en avtale gjennom hele året (Figur 2-5). Fastleger på vei inn eller ut av en fastlegeavtale, har i gjennomsnitt et lavere listetak enn fastleger som forblir aktive hele året i perioden 2001 til 2023. Fastleger som begynner, har hatt et lavere gjennomsnittlig listetak enn fastleger som slutter siden 2009. Gjennomsnittlig listetak blant nye fastleger ble redusert med 7,3 prosent fra 2022 til 2023, som vil si fra 819 til 759 listeinnbyggere. At nye fastlegeavtaler etableres med stadig lavere listetak, i tillegg til at listetakene er lavere enn for fastlegene som avslutter sin praksis, bidrar isolert sett til lavere kapasitet i ordningen og at vi trenger flere fastleger. De siste årene har fastlønnsavtaler blitt stadig mer populært blant nye fastleger. I 2022 og 2023 hadde 46 prosent av nye fastleger en fastlønnsavtale, opp fra 25 prosent i 2017. Fastleger på fastlønnsavtaler har færre pasienter på sin liste, og økt bruk av fastlønnsavtaler kan være med på å forklare fallende listetak blant nye fastleger.

Figur 2-5: Listetak blant fastleger som begynner, fastleger som slutter, og fastleger som har en fastlegeavtale gjennom hele året, 2001-2032



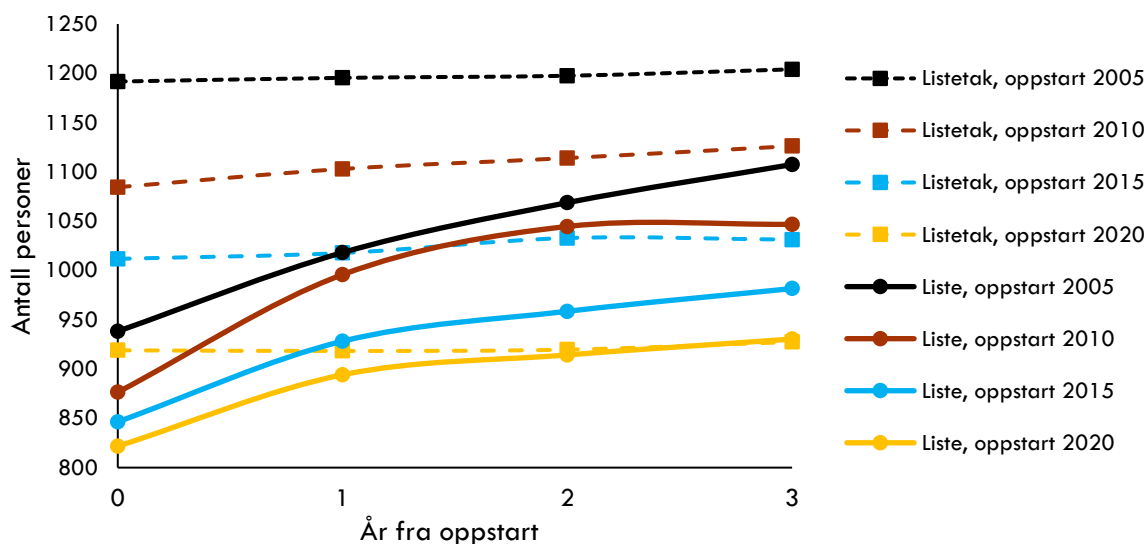
Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Et viktig spørsmål er hvordan nyetablerte fastlegers listelengde og listetak utvikler seg i årene etter oppstart. I Figur 2-6 beskriver vi utviklingen i gjennomsnittlig listelengde og listetak over de første tre årene som fastlege for fire kohorter av nye fastleger: fastleger som startet i henholdsvis 2005, 2010, 2015 og 2020.³ For hver av de

³ I tabell E.2-1 i vedlegg E gis utviklingen for samtlige kohorter av nye fastleger fra 2002.

fire kohortene finner vi at gjennomsnittlig listetak endres lite de tre første årene, mens gjennomsnittlig listelengde vokser i løpet av det første året med fastlegepraksis. Differansen mellom listetak og listelengde for de fire kohortene har avtatt gradvis over tid. For fastleger som etablerte seg i 2020 er differansen mellom listetak og listelengde såpass liten at listelengden er nær listetaket etter to år med fastlegepraksis.

Figur 2-6: Utviklingen i listetak og listelengde de første tre årene med fastlegepraksis. Fastleger med startår i 2005, 2010, 2015 og 2020.



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

2.2 Aktivitet målt ved antall konsultasjoner

Innbyggere i norske kommuner mottok totalt 18,8 millioner allmennmedisinske konsultasjoner i løpet av 2023, en økning på 90 000 konsultasjoner fra året før (Tabell 2-3). Fra 2022 til 2023 økte antallet fysiske konsultasjoner per innbygger, mens det ble færre e-konsultasjoner og legevaktkonsultasjoner per innbygger.

Tabell 2-3: Antall allmennmedisinske konsultasjoner og antall leger med allmennlegekonsultasjoner.

År		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Konsultasjoner m/ allmennlege (mill.)	Nivå	15,417	15,663	15,737	16,039	16,740	17,734	18,095	18,185
	Endring	0,246	0,246	0,074	0,302	0,702	0,994	0,360	0,090
Konsultasjoner m/ allmennlege per innbygger	Nivå	2,93	2,96	2,95	2,99	3,10	3,27	3,30	3,28
	Endring	0,02	0,03	0,00	0,03	0,12	0,16	0,03	-0,02
Konsultasjoner m/ allmennlege (mill.) eks legevakt	Nivå	14,167	14,427	14,509	14,785	15,549	16,510	16,829	16,923
	Endring	0,234	0,260	0,082	0,276	0,764	0,962	0,319	0,093
Legevaktkonsultasjoner m/ allmennlege (mill.)	Nivå	1,247	1,235	1,227	1,253	1,191	1,224	1,265	1,262
	Endring	0,012	-0,012	-0,008	0,026	-0,062	0,033	0,041	-0,003
Konsultasjoner m/ allmennlege eks legevakt per innbygger	Nivå	2,69	2,72	2,72	2,75	2,88	3,04	3,07	3,05
	Endring	0,02	0,03	0,00	0,03	0,13	0,16	0,02	-0,02
E-konsultasjoner m/ allmennlege (mill.) eks legevakt	Nivå	0,036	0,092	0,239	0,446	3,681	4,495	4,149	3,611
	Endring	0,019	0,056	0,146	0,208	3,235	0,814	-0,346	-0,538
Fysiske konsultasjoner eks legevakt per innbygger	Nivå	2,69	2,71	2,68	2,67	2,20	2,21	2,31	2,40
	Endring	0,02	0,02	-0,03	-0,01	-0,47	0,01	0,10	0,09
E-konsultasjoner eks legevakt per innbygger	Nivå	0,01	0,02	0,04	0,08	0,68	0,83	0,76	0,65
	Endring	0,00	0,01	0,03	0,04	0,60	0,15	-0,07	-0,11

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, 2aef og primærhelseteamtakstene 074a, 074ae, 074b, 074be.

1.1.1 Bruk av e-konsultasjoner

Antallet e-konsultasjoner har utviklet seg fra å være lite brukt i 2016, til å utgjøre en betydelig andel av konsultasjonene i dagens fastlegeordning (Tabell 2-4). Tilbudet om e-konsultasjon utenom ordinær arbeidstid tiltok raskt etter innføringen av 2æk-taksten i 2020. I 2022 ble det levert 784 000 e-konsultasjoner utenom ordinær arbeidstid, tilsvarende nærmere 20 prosent av e-konsultasjonene. Bruk av e-konsultasjon utenom ordinær arbeidstid ble mer enn halvert i 2023. I spørreundersøkelsen oppga nesten alle fastlegene at de tilbyr e-konsultasjon i form av telefonkonsultasjon (93 prosent) eller tekst/melding (86 prosent), mens om lag en tredjedel (30 prosent) tilbyr videokonsultasjoner. Fastlegenes tidsbruk på de ulike formene for e-konsultasjoner presenteres i delkapittel 4.3.

Tabell 2-4: Antall e-konsultasjoner innenfor/utenfor ordinær arbeidstid 2016-2023

År		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
E-konsultasjoner m/ allmennlege (mill.) eks. legevakt	Nivå	0,036	0,092	0,239	0,446	3,681	4,495	4,149	3,611
	Endring	0,019	0,056	0,146	0,208	3,235	0,814	-0,346	-0,538
Innenfor ordinær arbeidstid	Nivå	0,036	0,092	0,239	0,446	3,369	3,823	3,326	2,827
	Endring	0,019	0,056	0,146	0,208	2,923	0,454	-0,497	-0,499
Utenfor ordinær arbeidstid	Nivå	0,000	0,000	0,000	0,000	0,312	0,672	0,823	0,784
	Endring	0,000	0,000	0,000	0,000	0,312	0,360	0,151	-0,039
Andel e-konsultasjoner m/ allmennlege eks. legevakt levert kveld og helg	Nivå	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	8,5 %	15,0 %	19,8 %	10,5 %

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

Kapittel 3: Rekruttering og stabilitet

Det har vært stor rekruttering av fastleger i 2023, men det er fortsatt mange kommuner som oppgir å ha problemer med å rekruttere fastleger til ledige hjemler. Tiltakene som er innført de siste årene virker å være en viktig årsak til den økte rekrutteringen. Dårligere økonomisk situasjon på sykehusene kan også ha hatt betydning for rekruttering til allmennlegetjenesten. Det er tydelige tegn på bedret stabilitet blant fastlegene.



I 2023 ble det rekruttert 521 nye fastleger. Dette er den største rekrutteringen noensinne (både i antall og prosent).



Det er samtidig fortsatt utfordrende for mange kommuner å rekruttere nok leger. Dette gjelder særlige for usentrale kommuner.



70 prosent av fastlegene sier nå at det er svært sannsynlig at de er fastlege om fem år, opp fra 50 prosent i evalueringsrapport I (2022).



Nasjonale og lokale tiltak som er innført i fastlegeordningen pekes på av mange fastleger som viktige for bedret rekruttering og stabilitet. I tillegg er rekrutteringssituasjonen i spesialisthelsetjenesten viktig.



Antall fastleger som er spesialister allmenntmedisin økte i 2023 med 186 leger.



ALIS-tilskudd virker å være viktig for at kommunen skal kunne tilby gode spesialiseringløp, samtidig som det virker rekrutterende.



Datagrunnlaget i kapittelet består av:

Registerdata fra FLO og SSB. Data fra Helsedirektoratet.

Spørreundersøkelser blant fastleger og fastlegevikarer januar 2022, november 2022 og desember 2023. Spørreundersøkelse til kommuneansatte med ansvar for fastlegeordningen desember 2023.

Intervjuer med fastleger og representanter fra ALIS-kontor

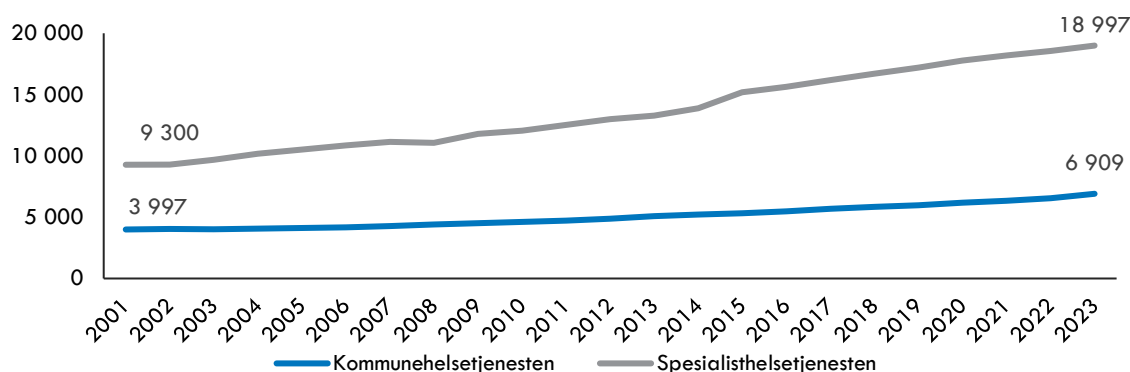
3. Rekruttering og stabilitet

3.1 Rekruttering og avgang

De fleste legene i Norge jobber i spesialisthelsetjenesten og siden 2001 har veksten i legeårsverk vært betydelig høyere i spesialisthelsetjenesten (105 prosent) enn i kommunehelsetjenesten (73 prosent) (Figur 3-1). I samme periode har befolkningen vokst med 23 prosent.

De siste årene har veksten i legeårsverk vært stadig likere i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, selv om veksten fortsatt er størst i spesialisthelsetjenesten. De siste årene har det vært en mer krevende økonomisk situasjon for sykehusene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023c). Dårligere økonomi og nedskjæringer i sykehus kan gjøre det mer attraktivt å velge allmenntjenesten fremfor spesialisthelsetjenesten.

Figur 3-1: Antall avtalte legeårsverk i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

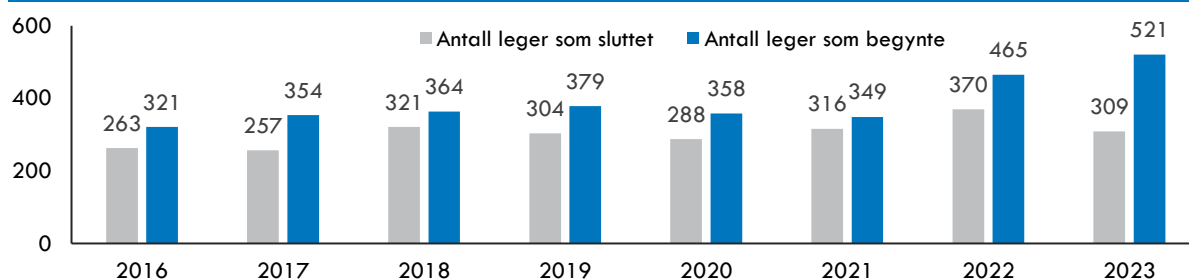


Kilde: SSB, tabell 11996, 09750, 13953, 09548 og 03735. Illustrasjon: Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Om lag 2 000 personer får autorisasjon som lege hvert år i Norge. I 2023 var andelen av dem som fikk autorisasjon med utdanning i Norge 30 prosent, om lag 30 prosent hadde utdanning fra øvrige nordiske land, mens resterende hadde utdanning fra øvrige europeiske land.

Både i 2022 og i 2023 har det vært betydelig rekruttering av nye fastleger (henholdsvis 465 og 521 nye fastleger). Til sammenligning har rekrutteringen årene før ligget på rundt 300-350 nye fastleger (Figur 3-2). I 2022 var det også et relativt høyt antall fastleger som sluttet. I 2023 sluttet færre fastleger, noe som førte til den høyeste netto tilveksten av nye fastleger (både i antall og prosent) siden oppstarten av fastlegeordningen i 2001. Dette kan tyde på at tiltak for å øke rekrutteringen til tjenesten har vært vellykket. Samtidig kan en rekke andre faktorer spille en rolle, som for eksempel hvor godt arbeidsmarkedet er for leger i andre deler av helsetjenesten, antall leger som har fått fullført LIS1, og kommunenes økonomiske situasjon.

Figur 3-2: Antall fastleger som begynner og slutter per år 2016-2023



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

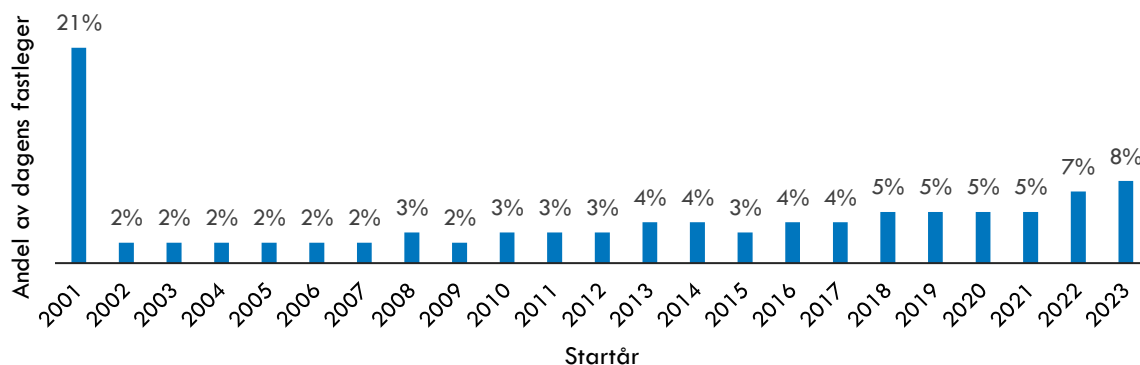
I intervjuer fortalte fastlegene også om bedre rekruttering i sine kommuner. Flere opplevde at kommunen har tatt situasjonen på alvor. Rekrutteringsutfordringene virker å være bedret som følge av både kommunale tiltak og den nye nasjonale ALIS-ordningen. Flere fortalte om en situasjon der de for første gang på mange år får opptil flere kvalifiserte søkere til utlyste stillinger. Samtidig er det fortsatt problemer flere steder, særlig i de mindre

sentrale kommunene med høy vaktbelastning. Flertallet (70 prosent) av kommunene oppga i spørreundersøkelsen å ha hatt utfordringer med å rekruttere fastleger til ledige hjemler det siste året. Det har vært en positiv netto tilvekst av fastleger på tvers av kommuner av ulik sentralitetsklasse.

Mange nye fastleger siden 2020

Av dagens fastleger, fikk 25 prosent sin første fastlegeavtale i årene fra og med 2020. Blant fastlegene med aktiv fastlegeavtale ved utgangen av 2023, hadde 21 prosent fastlegeavtale da fastlegeordningen ble etablert (fordeling av startår blant 5 268 fastleger som hadde avtale ved utgangen av 2023 beskrives i vedlegg E og Figur 3-3).

Figur 3-3: Fordeling av startår (prosent) av fastleger som hadde fastlegeavtale ved utgangen av 2023



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

Kommunale tiltak for økt rekruttering

Flere kommuner oppga i spørreundersøkelsen å ha innført tiltak for å bedre rekrutteringen. ALIS-avtaler og fast ansettelse er tiltakene som flest kommuner oppgir å ha benyttet det siste året. Det er naturlig at ALIS-avtaler er det mest tilbudte, ettersom ALIS-ordningen ble en nasjonal ordning i 2022. Flertallet (69 prosent) av kommunene oppga å ha tilbudt fast ansettelse i løpet av det siste året, hvorav andelen er 78 prosent blant de minst sentrale kommunene⁴ og 39 prosent blant de mest sentrale kommunene⁵. I tillegg har om lag en tredel av kommunene tilbudt 8.2-avtaler⁶. Få kommuner oppga å ha tilbudt gjenkjøpsgaranti (11 prosent) eller stillinger som introduksjonslege (7 prosent). Nordsjøturnus, fritak fra legevaksarbeid og kommunale bistillinger, ekstra feriedager til fastlegene, og bonusavtaler ble nevnt av over 40 prosent av kommunene.

Kommunene som oppga at de ikke har tilbudt kommunal ansettelse og 8.2-avtaler, svarte at dette skyldes at de tror at fastlegene ikke er interessert i tiltaket, i tillegg til at kommunene selv ikke ønsker å tilby dette. Kommunene oppga at fastlegene særlig er interessert i tiltak som gir styrkede sosiale rettigheter, bedre økonomiske betingelser og redusert arbeidsbelastning. Kommunene oppga at de ikke har ressurser eller et ønske om å tilby sykkelønsordninger og andre velferdsgoder. Det samme gjelder for bonusavtaler, ekstra lønn for legevaksarbeid og lokal økning i basistilskudd. Når det gjelder tiltak for redusert arbeidsbelastning, svarte kommunene først og fremst at de ikke ønsker å tilby tiltak som ekstra ferie (42 prosent) og fritak fra legevakt og kommunale bistillinger (42 prosent). I tillegg oppga flere kommuner at de ikke har økonomiske ressurser til å tilby ekstra ferie (22 prosent), eller at de ikke har kapasitet til å tilby fritak fra legevakt og kommunale bistillinger (25 prosent).

Flertallet av de ansatte i kommunene oppga i spørreundersøkelsen at de er litt eller helt enig i at tiltakene de har tatt i bruk har bidratt til bedre rekruttering og stabilitet. For ekstra ferie, bonusavtaler, gjenkjøpsgaranti, stillinger som introduksjonslege og ALIS-avtaler er andelen som er litt eller helt enig over 80 prosent. 8.2-avtaler og midlertidig fast ansettelse med senere omgjøring til næringsdrift er de tiltakene som kommunene i minst grad opplever har bidratt til økt rekruttering og stabilitet.

⁴ Definert som kommuner med sentralitetsklasse 5 eller 6 ihht. SSBs kategorisering.

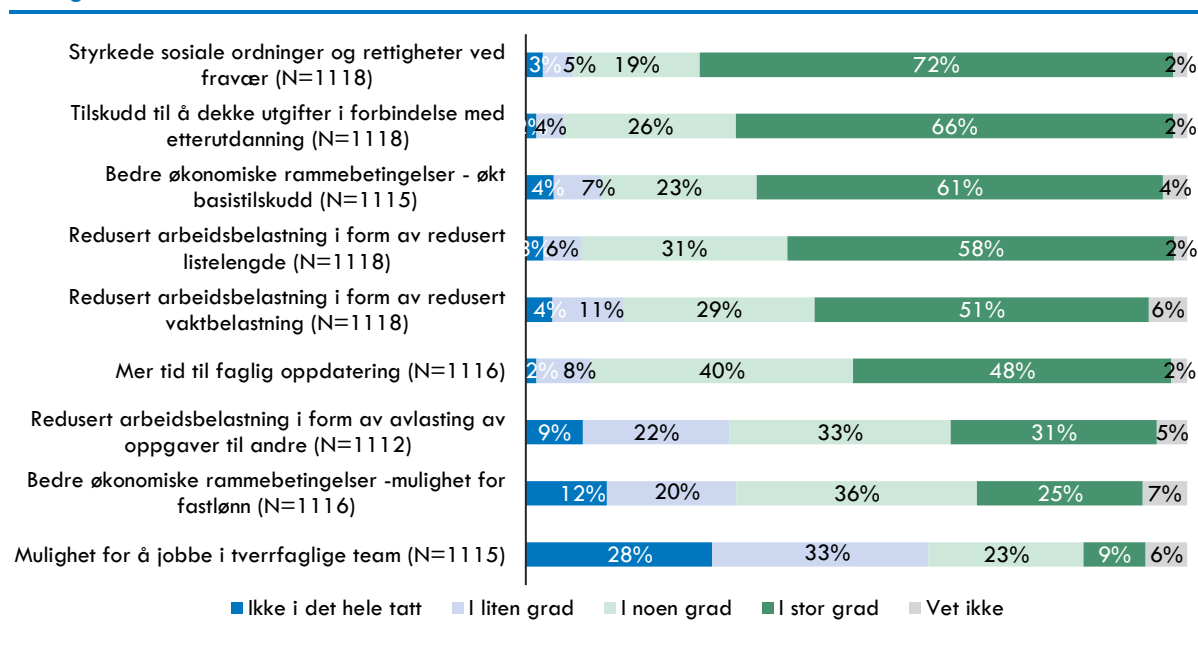
⁵ Definert som kommuner med sentralitetsklasse 1 eller 2 ihht. SSBs kategorisering.

⁶ 8.2-avtale er en avtale mellom fastlegen og kommunen, hvor kommunen eksempelvis bidrar med kontor, utstyr, hjelpepersonell og andre innsatsfaktorer på legekontoret (Helsedirektoratet, 2022a).

I intervjuer trakk flere fastleger frem gjenkjøpsavtaler og etableringstilskudd som viktige tiltak for rekruttering, i tillegg til 8.2-avtaler som inkluderer forsterket basistilskudd. En fastlege fortalte at kommunen har lyst ut flere hjemler med 8.2-avtale uten å få søkere. Da kommunen inkluderte en gjenkjøpsavtale fikk de derimot besatt hjemmelen. Fastlegene oppga at gjenkjøpsavtale senker terskelen for å gå inn i ordningen for særlig unge, uetablerte leger. De opplever at markedet for salg av hjemler er usikkert, og virker som en barriere for unge som er usikre på om de trives som fastlege. Ved at kommunen fjerner denne barrieren, blir det tryggere å prøve fastlegejobben. Også ALIS-tilskudd trekkes fram som et viktig tiltak for å bedre rekrutteringen.

I spørreundersøkelsen oppga flertallet av fastlegene (72 prosent) at styrkede sosiale ordninger og rettigheter ved fravær i stor grad vil bidra til økt rekruttering (Figur 3-4). I tillegg oppga over halvparten av legene at tiltak som tilskudd til dekning av utgifter ved etterutdanning (66 prosent), økt basistilskudd (61 prosent), redusert listelengde (58 prosent), og redusert vaktbelastning (51 prosent), i stor grad vil bidra til rekruttering. En fjerdedel av legene oppga at mulighet for fastlønn i stor grad vil virke rekrutterende. Mulighet for fastlønn er samtidig det vanligste tiltaket som kommunene oppga å ha tilbudt. Mange fastleger oppga i fritekstsvar at grunnen til at de ønsker å redusere arbeidsbelastningen er for å kunne tilby tjenester av høyere kvalitet, bruke mer tid på pasientene, og ha mulighet til å gå på kurs/delta i annen faglig utvikling. Praksiskompensasjon for kurs, faglig utvikling og etterutdanning trekkes også frem av mange.

Figur 3-4: Fastlegenes svar på: «I hvilken grad tror du følgende ville bidratt til å øke rekrutteringen av fastleger til din kommune?»



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer, utført desember 2023 av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Faglig utvikling - fastlegeordningen må nok håndtere flere og mer komplekse pasienter. Da må normaltariffen, altså takstene, brukes aktivt slik at man legger til rette for dette. Leger som ønsker å håndtere komplekse problemstillinger selv må kunne gjøre dette, men om det ikke er takstøkonomi så er det få som er interessert i å gjøre slikt på dugnad - ofte av prinsipp. Erfaringen fra de siste 22 år med fastlegeordning er at dersom man gjør ekstraarbeid som det ikke takstes for så blir det verken sett eller verdsett, tvert imot kan det føre til en forventning fra kommune og stat om at man klarer å ta unna og at arbeidsoppgaver som legen tar på seg fort blir etablert som "legens ansvar".

Sitat fra fastlege, oppgitt i spørreundersøkelsen

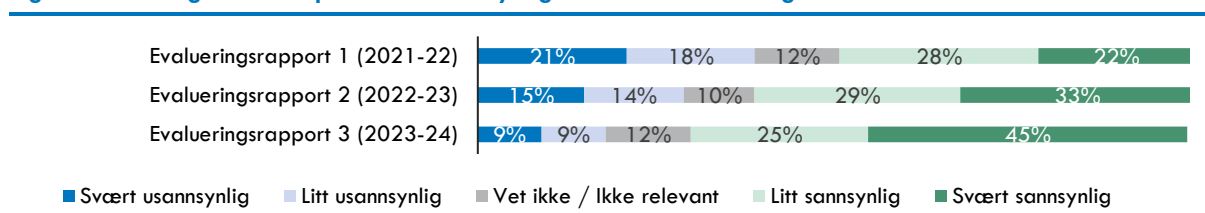
Det er noen forskjeller i svarfordelingen på tvers av fastlegenes driftsform. Det er signifikant flere fastleger med ren næringsdrift som oppgir at økt basistilskudd og styrkede sosiale rettigheter vil bidra til økt rekruttering. Vi finner ingen signifikante forskjeller i driftsform blant fastlegene som ønsker redusert vaktbelastning.

3.2 Stabilitet

Det er mobilitet inn og ut av fastlegeavtaler. 17 prosent av legene som startet opp i 2023, var leger som returnerte til fastlegeordningen etter at de en periode utenfor ordningen. Flertallet (80 prosent) av fastlegene som hadde en fastlegeavtale både i 2002 og ved utgangen av 2023 (83 leger), hadde fastlegeavtale i samtlige kvartaler i perioden 2002-2023. En mindre andel (17 leger) hadde opphold i fastlegeyrket som varte minst ett kvartal. 12 av legene (14 prosent) hadde hatt opphold som varte mer enn 2 år (vedlegg E).

Signifikant flere fastleger oppga i årets spørreundersøkelse at det er litt eller svært sannsynlig at de er fastlege om 5 år, sammenlignet med fjorårets evalueringsrapport (Figur 3-5). Vi finner kun en signifikant økning i denne andelen blant næringsdrivende (med og uten kommunal leieavtale).

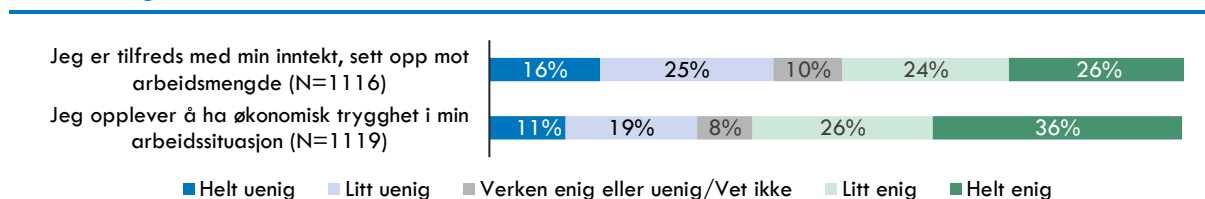
Figur 3-5: Fastlegenes svar på: «Hvor sannsynlig er det at du er fastlege om 5 år?»



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer, utført desember 2023 av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Halvparten av fastlegene oppga i spørreundersøkelsen at de er litt eller helt enig i at egen inntekt er tilfredsstillende, sett opp mot arbeidsmengde (Figur 3-6). Videre oppga over halvparten av fastlegene (62 prosent) at de er helt eller litt enige i at de har økonomisk trygghet i sin arbeidssituasjon. Det har vært en positiv utvikling også andelen som er litt eller helt enig i de to påstandene, sammenlignet med de to foregående evalueringsrapportene. Sammenlignet med næringsdrivende fastleger, er det signifikant flere fastleger med fast lønn som oppga at de er tilfredse med egen inntekt, og at de opplever økonomisk trygghet for alle tre evalueringsårene. Dette kan trolig forklares ved at disse fastlegene har flere sosiale ordninger som følge av at de er en arbeidstaker i kommunen, sammenlignet med fastleger som er selvstendig næringsdrivende (Pedersen, et al., 2022; Pedersen, et al., 2023).

Figur 3-6: Fastlegenes svar på: «Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn om dagens økonomiske rammebetingelser?»



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer, utført desember 2023 av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Alle fastlegene vi intervjuet opplever at rekrutteringssituasjonen er bedret, og at fastlegeyrket anses som mer attraktivt. Flere pekte på at gjenkjøpsavtaler, etableringstilskudd og andre ordninger som reduserer den økonomiske risikoen ved å gå inn i yrket, er svært positivt for rekrutteringen. Samtidig påpekte de at det virker som at rekruttering av nye fastleger prioriteres fremfor å sikre stabilitet blant de eksisterende fastlegene. ALIS-tilskuddet har forbedret økonomien til leger under spesialisering i allmennmedisin, men at tilskuddet er så høyt at legene under spesialisering i noen tilfeller tjener mer enn legene som allerede er spesialister i kommunen. Enkelte ALIS vil gå ned i inntekt ved fullført spesialisering. Ifølge fastlegene vi har intervjuet, går økte midler fra kommunen i stor grad til gjenkjøpsavtaler, etableringstilskudd og tilbud om fastlønn til nye fastleger. Samtidig er det for få tiltak for etablerte fastleger, noe som kan skape misnøye. Det har særlig vært dyrt for kommunene å etablere fastlønnsavtaler, noe som også går på bekostning av øvrige tiltak som kan vært hensiktsmessige. Flere oppga at kommunene er forståelsesfulle for situasjonen, men at de ikke har midler til å gjennomføre tiltak. Samtidig er det enighet blant fastlegene om at nye fastleger avlaster de etablerte fastlegene. De etablerte

fastlegene etterlyste i intervjuene langsiktighet i ordningen, og syntes at rammevilkår og finansiering bør være

Kommunens ansvar som utdanningsvirksomhet

I 2019 ble spesialistforskriften (§5 og §17) endret. Dette førte til at flere læringsmål og kriterier må være oppfylt før man kan søke om å bli spesialist i allmenntidmedisin. En av de største endringene ved ny ordning for ALIS var at kommunene fikk et pålagt ansvar for planlegging og tilrettelegging av utdanningsløpet for allmenntidleger under spesialisering (Holte, et al., 2023, p. 8; Spesialistforskriften, 2016). Endringen i spesialistforskriften medførte blant annet at kommunene må være registrert som utdanningsvirksomhet, og sørge for oppfølging av hver enkelt ALIS i kommunen. Blant annet skal kommunene sørge for at ALIS har en individuell utdanningsplan, sikre at ALIS får tildelt veileder og mottar nødvendig veiledning og supervisjon, sikre at læringsmål blir vurdert og dokumentert, og utstede bekreftelse på gjennomført tjeneste (ALIS-kontorene, u.d.e; Spesialistforskriften, 2016).

I forkant av endringen hadde ikke kommunene ansvar for spesialistutdanningen i allmenntidmedisin, slik at ny spesialistforskrift medførte en stor forandring for kommunene (Holte, et al., 2023). Holte mfl. (2023) undersøkte hvilke effekter overgangen til ny ordning for ALIS hadde for et utvalg kommuner. Funnene deres tyder blant annet på at overgangen til ny ordning for allmenntidleger i spesialisering medførte merarbeid og økte administrative kostnader for kommunene, ettersom kommunene fikk økt ansvar for å følge opp fastlegene.

forutsigbare. Sistnevnte gjelder særlig ved avvikling av knekkpunkt. I tillegg ble det trukket frem at store forskjeller i økonomiske betingelser mellom nabokommuner kan oppleves som urettferdig.

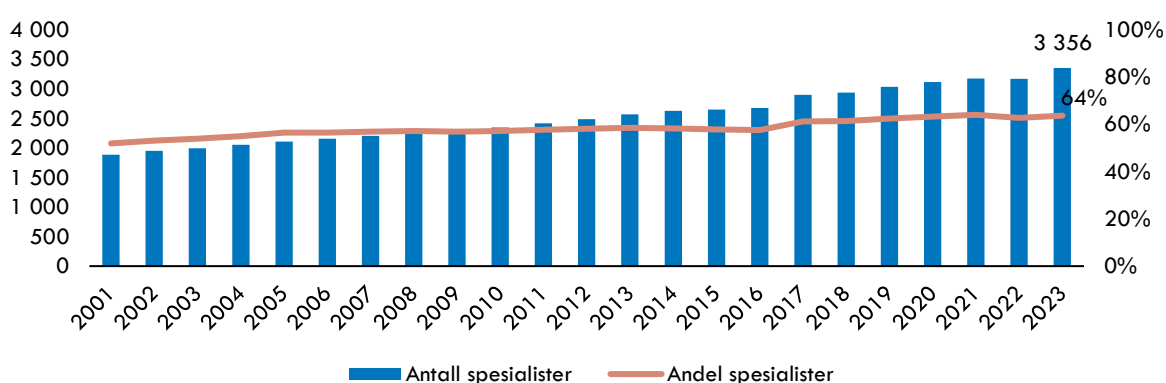
3.3 Spesialistutdanningen i allmenntidmedisin

3.3.1 Utvikling i antall spesialister i allmenntidmedisin

I vår spørreundersøkelse til kommunene, svarte flertallet (84 prosent) at de har allmenntidleger i spesialisering (ALIS). Alle kommunene med sentralitetsklasse 1 og 2 svarte at de har ALIS i kommunen. Blant de mer usentrale kommunene svarte også flertallet at de har ALIS; 95 prosent for kommunene med sentralitetsklasse 3 og 4, og 70 prosent blant kommunene med sentralitetsklasse 5 og 6.

Antall fastleger som er spesialist i allmenntidmedisin har økt gradvis over tid (Figur 3-7). Fra 2022 til 2023 økte antallet med 186 fastleger. Sammenlignet med året før, var det i 2023 færre spesialister som sluttet som fastlege, flere spesialister som startet som fastlege, og flere etablerte fastleger som ble spesialist (vedlegg E).

Figur 3-7: Antall og andel fastleger som er spesialist i allmenntidmedisin



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

I perioden 2020 til 2022 har gapet mellom antall spesialistgodkjenninger i allmenntidmedisin og antall fastleger som ble spesialister økt. Dette kan skyldes at flere spesialister i allmenntidmedisin valgte å ikke jobbe som fastlege. I 2023 var det totalt 396 spesialistgodkjenninger i allmenntidmedisin, hvor 365 (92 prosent) av legene var fastleger som fikk spesialistgodkjenning (vedlegg E).

Veiledning og supervisjon av allmennleger i spesialisering (ALIS)

Flertallet (68 prosent) av fastlegene oppga at de er spesialist i allmenntilleggsmedisin, mens en mindre andel (29 prosent) svarte at de for tiden er under spesialisering (etter gammel eller ny ordning) (se vedlegg E for kjennetegn ved fastleger som er under spesialisering). Blant fastlegene som oppga at de er spesialist i spørreundersøkelsen, svarte 41 prosent at de er veileder for ALIS.

Flertallet av ALIS og veiledere for ALIS oppgir i spørreundersøkelsen at de opplever at omfanget av veiledning er på et passende nivå (henholdsvis 64 prosent og 71 prosent) (vedlegg E). Blant de resterende er det flere som mener det er for mye veiledning, enn antallet som mener det er for lite veiledning. Noen av fastlegene vi intervjuet er veiledere for ALIS. Av disse oppga noen at de trives med å være veiledere, mens enkelte trekker frem at kompensasjonen er for lav og at arbeidet er tidkrevende. Det er mange detaljerte læringsmål som skal vurderes for hver enkelt lege under spesialisering. I tillegg trakk noen frem at mengden veiledning kan oppleves som liten i starten av spesialiseringsløpet, og mye mot slutten. En fastlege syntes at også supervisjon burde vært kompensert.

Videre tyder funn fra intervjuene på at enkelte kommuner strever med å få tak i nok veiledere. ALIS-kontorene opplever at det er mindre utfordrende å rekruttere tilstrekkelig med veiledere, og trekker frem at dette kan ha med å gjøre at man trenger mange nye veiledere samtidig knyttet til omlegging av spesialistutdanningen. Noen kommuner, særlig i Nord-Norge, har imidlertid fortsatt utfordringer med å skaffe nok individuelle veiledere. I rapporten til Holte mfl. (2023) blir mangel på veiledere i noen kommuner også trukket frem som en av hovedutfordringene med ny modell for spesialistutdanning i allmenntilleggsmedisin. I rapporten blir det påpekt at dette er problematisk når mye av læringen skal foregå gjennom veiledning.

3.3.2 LIS1-stillinger

Antall tilsatte i LIS1-stillinger har økt gradvis siden 2013, og i 2022 var det totalt 1 110 tilsatte i LIS1-stillinger i løpet av året (Helsedirektoratet, 2023i). Andelen søkere som ble tilsatt økte noe fra 2018 til 2022. Basert på siste rapporterte tall fra Helsedirektoratet (2023i), ble litt under halvparten av legene som søkte om LIS1-stilling høsten 2023 tilsatt (vedlegg E).

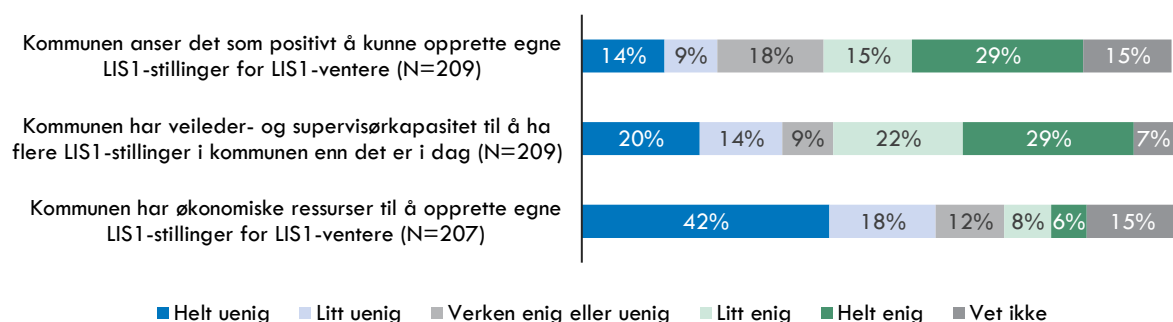
Tallene fra Helsedirektoratet (2023i) viser at antall tilsatte LIS1-stillinger har økt de siste årene, men at det fremdeles er en betydelig andel leger som ikke kommer i gang med spesialiseringsløpet fordi de venter på LIS1-plass. Regjeringen ønsker i årets statsbudsjett å opprette 66 nye LIS1-stillinger, og at det totalt skal lyses ut 1 185 LIS1-stillinger i 2024 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023b).

Et av forslagene til ekspertutvalget for allmennlegetjenesten er at kommuner og sykehus selv skal kunne opprette LIS1-stillinger etter behov, innenfor egne budsjetter (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023). Litt under halvparten (44 prosent) av respondentene på kommuneundersøkelsen er helt eller litt enig i at det er positivt å kunne opprette egne LIS1-stillinger for LIS1-ventere, mens 23 prosent er litt eller helt uenige (Figur 3-8). Samtidig er flertallet (60 prosent) av respondentene helt eller litt uenige i at kommunen har økonomiske ressurser til å opprette egne LIS1-stillinger for LIS1-ventere. Kommunene har mer delte meninger rundt påstanden om at de har veileder- og superviserkapasitet til å ha flere LIS1-stillinger, men andelen som er helt eller litt enig (51 prosent) er større enn andelen som er helt eller litt uenig (34 prosent). Svarfordelingen fordelt etter sentralitetsgrad tyder på at usentrale kommuner i mindre grad har økonomiske ressurser og veileder- og superviserkapasitet. Vi finner imidlertid kun en signifikant forskjell mellom kommuner av sentralitetsklasse 3-4 og 5-6 for den siste påstanden⁷.

Funn fra høringsvarene om forslaget til at sykehus og kommuner selv skal kunne opprette LIS1-stillinger viser at flere kommuner, Helsedirektoratet, ALIS-kontorene og Nasjonalt senter for distriktsmedisin er positive til at kommunen og sykehusene kan opprette egne LIS1-stillinger. ALIS-kontorene og Helsedirektoratet mener imidlertid at man trenger mer informasjon før man kan innføre forslaget, enten ved videre utredning eller en prøveperiode. De trekker frem at ordningen kan ha en utilsiktet sentraliserende effekt, ved at legeressursene tilfaller de sentrale kommunene og sykehusene på bekostning av de mer usentrale. Den norske legeforening er av samme grunn negative til forslaget, men støtter en økning av LIS1-stillinger fordelt fra sentralt hold (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023a).

⁷ En stor andel av respondentene har svart «Vet ikke» på disse spørsmålene, noe som vanskeliggjør analyser av forskjeller mellom kommuner av ulik sentralitetsklasse. Vi har utelatt respondenter som har oppgitt dette i analysen.

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



Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte i kommunene som har ansvar for allmennlegetjenesten, desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Svar på spørsmålet er analysert på individnivå.

3.3.3 Arbeid med å bedre spesialistutdanning i allmenntjenestemedisin

ALIS-kontor og deres pågående arbeid

For å hjelpe kommunene med utdanningsløpet i allmenntjenestemedisin, ble det i 2020 opprettet fem ALIS rådgivningskontor. Et sjette kontor i Oslo ble vedtatt opprettet i 2020. ALIS-kontorene har en rekke oppgaver gitt i deres mandat, og skal blant annet støtte og rådgive kommunene i deres arbeid med å tilby helhetlige utdanningsløp i allmenntjenestemedisin og samfunnsmedisin, bistå kommunene ved inngåelse av ALIS-avtaler (ALIS-kontorene, u.d.a) og gi råd til kommunene om tilskuddet Nasjonal ALIS og veiledning (Helsedirektoratet, 2021 a). Kontorene bistår utdanningsvirksomheter, veiledere og ALIS. Kontorene har i tillegg fått utvidet sitt mandat til å inkludere planlegging, etablering og oppfølging av spesialistutdanning i samfunnsmedisin. Kontorene fortalte at det brukes mye ressurser også på dette arbeidet. I denne rapporten har vi kun inkludert arbeidet som gjøres rettet mot spesialisering i allmenntjenestemedisin.

ALIS-kontorene har i 2023 arrangert en rekke veilederkurs (beregnet på veiledere av ALIS, SamLIS og LIS1), ulike faglige samlinger, dialogmøter med en stor andel av kommunene i Norge, nettverksmøter, ALIS-samlinger, webinarer og andre møter med for eksempel statsforvaltere. I årsrapportene til ALIS-kontorene kommer det frem at de særlig mottar henvendelser knyttet til:

- Forståelse og vurdering av læringsmål
- Registrering som utdanningsvirksomhet
- Nasjonal ALIS og veiledning, ALIS-avtaler og ALIS-tilskudd, herunder utforming av ALIS-avtaler, rapportering på tilskudd
- Veiledning og veiledningsfunksjonen, veiledningsavtaler og refusjon av utgifter
- Tellende tjenestetid
- Læringsarenaer, læringsaktiviteter og godkjent utdanningsløp
- Kompetanseportalen
- Konvertering fra gammel til ny ordning
- Institusjonstjeneste

I tillegg oppgir noen av kontorene å få en rekke spørsmål knyttet til arbeidskontrakter mellom leger og kommuner (for eksempel spørsmål om lønn), noe som ligger utenfor ALIS-kontorene sitt mandat.

ALIS-kontorene oppga at de både jobber nedstrøms og oppstrøms; ved å styrke kommunenes kompetanse slik at de står skikket til å oppfylle krav i spesialistforskriften (gjennom veiledning og webinarer blant annet) og ved å jobbe opp mot Helsedirektoratet, Legeforeningen og KS for å være en aktiv aktør i utvikling av tjenesten.

I intervjuer oppga ALIS-kontorene et økende omfang av kontakt med kommuner, samtidig som det er noen kommuner de sjeldent er i kontakt med. De opplever ikke at det virker å være en tydelig forskjell blant kommunene de har dialog med og får henvendelser fra og de kommunene de ikke er i dialog med, med tanke på blant annet kommunestørrelse og rekrutteringssituasjon. Hyppig utskifting av ansatte i kommunen skaper et behov for kontinuerlig dialog og arbeid. Samtidig er det fortsatt noen kommuner som ikke er registrerte utdanningsvirksomheter for allmenntjenestemedisin i alle regioner, per 31.12.2023 (Vedlegg E). Mangel på registrering skyldes i hovedsak at prosessen ikke er fullført, eller at kommunen ikke ønsker å registrere seg.

ALIS-kontorene opplever at ansvaret for spesialistutdanningen innebærer mye arbeid for kommunene, særlig knyttet til å sette seg inn i, og holde seg oppdatert på regelverk og forskrifter. Større kommuner med flere ALIS virker å ha en fordel mot mindre kommuner som sjelden har ALIS. For disse kommunene kan regler ha endret seg mellom hver gang de har en ALIS. Samtidig medfører hver enkelt ALIS betydelig merarbeid knyttet til individuell behandling i form av blant annet avtaler, veiledning og tilskuddsbehandling.

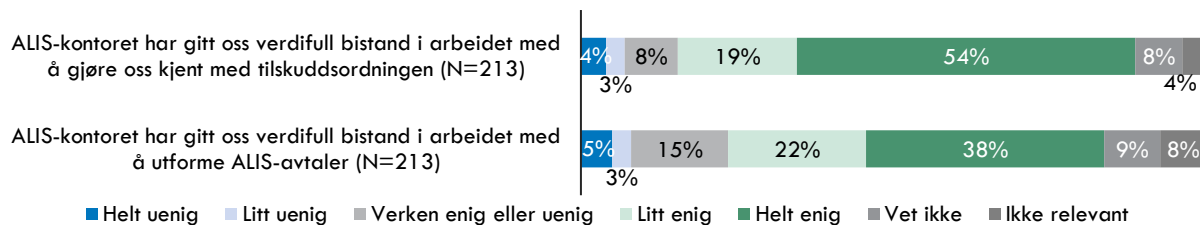
Slik det beskrives i Holte mfl. (2023), opplever ALIS-kontorene at kommunene har utfordringer med å vurdere hvorvidt kompetansekrav er oppnådd, fordi legene i mange tilfeller har fragmenterte utdanningsløp. ALIS-kontorene løfter videre frem at kommunene har et stort ansvar knyttet til å sørge for en tilstrekkelig kvalitet i spesialistutdanningen.

Videre har kommunene ansvar for å sørge for tilstrekkelig kapasitet til å veilede ALIS og LIS i kommunen, noe som tidligere har vært utfordrende. De fleste ALIS-kontorene opplever nå at situasjonen har stabilisert seg, blant annet gjennom lavere etterspørsel etter veilederkurs. Noen kommuner, særlig i Nord-Norge, har imidlertid fortsatt utfordringer med å skaffe nok individuelle veiledere.

ALIS-kontorene opplever at de gjør en viktig jobb knyttet til spesialistutdanningen i kommuner. Dette underbygges av funn fra spørreundersøkelsen knyttet til hjelp med ALIS-avtaler og tilskuddsordningen, samt deltagelse på arrangementer i regi av ALIS-kontorene og mye kontakt mellom kommunene og ALIS-kontorene ellers. Over halvparten av respondentene i undersøkelsen til kommuneansatte oppga å være litt eller helt enig i at ALIS-kontorene har gitt verdifull bistand i arbeidet med å gjøre dem kjent med tilskuddsordningen og i arbeidet med å utforme ALIS-avtaler (henholdsvis 73 og 60 prosent) (Figur 3-9)⁸. Videre oppga respondentene i fritekstsvarene at de er positive til samarbeidet og bistanden de har fått fra ALIS-kontorene, og påpeker at kontorene er lett tilgjengelige, og gir gode og konkrete råd.

ALIS-kontorene opplever til en viss grad en noe løs forankring. Videre opplever de at de i stor grad må løse ting på egenhånd, og gjerne kunne hatt en tettere dialog med Helsedirektoratet. Utover dette har de blant annet god dialog med statsforvalterne, og ser at det er en viktig funksjon.

Figur 3-9: Kommunenes svar på: «Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander?»



Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte i kommunene som har ansvar for allmennlegetjenesten desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Svar på spørsmålet er analysert på individnivå. Spørsmålet er stilt også til ansatte i kommuner som ikke har vært i kontakt med ALIS-kontor.

Nasjonal ALIS og veiledning og ALIS-avtaler

Alle leger under spesialisering i allmennmedisin⁹ kan få tilbud om en ALIS-avtale (ALIS-kontorene, u.d.b). ALIS-avtaler inngås mellom den enkelte ALIS og kommunen, og inneholder flere særskilte tiltak som skal bidra til at spesialistutdanningen i allmennmedisin oppleves som mer forutsigbar og trygg for ALIS. Disse tiltakene kommer i tillegg til det ALIS har krav på som følge av spesialistforskriften. Når kommuner har inngått ALIS-avtaler, kan de søke om tilskudd for å dekke sine merkostnader ved inngåelse av ALIS-avtaler, også kjent som Nasjonal ALIS og veiledning (Helsedirektoratet, 2024a). Tilskuddet skal også dekke kommunens utgifter til forskriftsfestet veiledning til leger i spesialisering uten ALIS-avtale. 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-kontorene, u.d.b). Noen informanter fra ALIS-kontorene erfarer imidlertid at denne andelen ikke er tilstrekkelig, og at oppfølging av ALIS-ordningen er betydelig mer ressurskrevende.

Fra 2022 til 2023 økte bevilgningen til Nasjonal ALIS og veiledning, og antall leger med ALIS-avtaler (Tabell 3-1). I 2024 ble det bevilget 559,7 millioner kroner i tilskudd som kommuner kan søke om. I forbindelse med

⁸ Spørsmålet om hvorvidt kommunens opplever å ha fått verdifull bistand er gitt til alle kommuner, uavhengig av hvor mye de har vært i kontakt med kontoret.

⁹ For fastleger i vikariater må stillingsperioden være på minst tre måneder (Helsedirektoratet, 2024c).

bevilgningen ble det imidlertid innført en ny regel, hvor ALIS kan miste retten til ALIS-tilskudd dersom legen er ansatt eller tilknyttet et vikarbyrå eller en annen kommersiell aktør. Endringen gjelder for alle nye ALIS-avtaler som inngås fra og med 18. april 2024 (Brækhus, 2024).

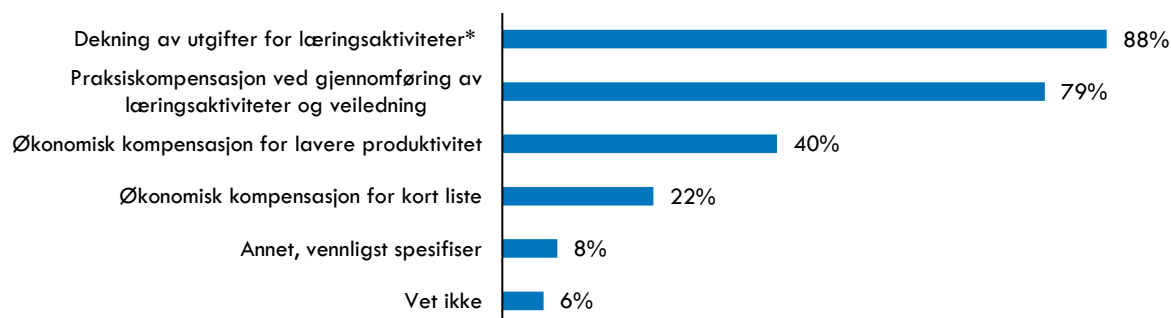
Tabell 3-1: Samlet budsjett og antall kommuner og leger med tilskudd, Nasjonal ALIS og veiledning

	2022	2023	2024
Samlet budsjett for ordningen	241,9 millioner	461,1 millioner	559,7 millioner
Antall kommuner som har søkt om tilskudd	187	227	
Antall leger med ALIS-avtale	1 239	1 813	
Antall leger med kun veiledning	355	88	

Kilde: Helsedirektoratet (2023b; 2024a)

I årets spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer, svarte nesten alle (92 prosent) av legene som er under spesialisering etter ny ordning at de har en ALIS-avtale med kommunen. På spørsmålet om hvilke elementer som inngår i egen ALIS-avtale, svarte flere leger dekning av utgifter ved gjennomføring av læringsaktiviteter (88 prosent) og praksiskompensasjon for fravær fra praksis knyttet til gjennomføring av læringsaktiviteter og veiledning (79 prosent) (Figur 3-10).

Figur 3-10: Fastlegenes svar på: «Hvilke elementer inngår i din ALIS-avtale? Kryss av for alle relevante svaralternativer»



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer, desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. N=257. Dekning utover det som dekkes av legeforeningens Utdanningsfond II. For fastleger i kommuner med sentralitetsklasse 6 er det anledning til å oppgi ytterligere elementer i ALIS-avtalen.

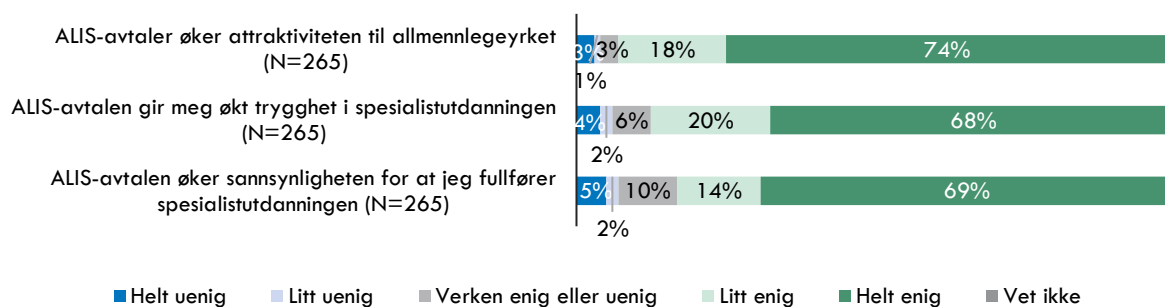
I ALIS-avtalen er det spesifisert at kommunene kan bruke inntil 5 prosent av ALIS-tilskuddet til å tilrettelegge for gode utdanningsløp. Kommunene kan blant annet bruke dette på å dekke utgifter knyttet til en ALIS-koordinator (ALIS-kontorene, u.d.b). ALIS-koordinatorer har som hovedoppgave å følge opp og legge til rette for ALIS i spesialiseringsløpet. Koordinator kan jobbe innad i en kommune eller i flere kommuner hvis flere kommuner har gått sammen om dette (ALIS-kontorene, u.d.c). Flertallet (58 prosent) av kommunene svarte at de enten ikke har ressurser eller at de ikke har behov for dette. Litt under en fjerdedel (22 prosent) av kommunene svarte at de har egen ALIS-koordinator, men med ulik stillingsprosent. Ifølge ALIS-kontorene er en viktig faktor for hvorvidt kommunen lykkes med å tilrettelegge for gode utdanningsløp om det er satt av egne midler i kommunen til å jobbe med spesialistutdanningen. De forteller at en del kommuner har ansatt en lege i deltidsstilling for å følge opp ALIS i kommunen, og at det virker å være svært vellykket grep for disse kommunene.

Fastlegenes erfaringer med Nasjonal ALIS og veiledning og ALIS-avtaler

Flertallet av fastlegene oppga at de enten er helt eller litt enig i at ALIS-avtaler øker attraktiviteten til allmennlegetyrket (92 prosent), at det gir økt trygghet i spesialistutdanningen (88 prosent), og/eller at det øker sannsynligheten for at vedkommende fullfører spesialistutdanningen (83 prosent) (Figur 3-11). Fastlegene vi intervjuet var også positive til ALIS-avtalene, og pekte på at de bidrar til bedre økonomi for legen under spesialisering, og mer forutsigbarhet for legen i form av at de får dekket kursutgifter og får kompensasjon for fravær fra praksis. I tillegg ble det trukket frem at ordningen har vært avgjørende for å rekruttere nye fastleger.

Noen fastleger påpekte derimot at enkelte kommuner har en så sjenerøs ordning at leger under spesialisering kan tjene mer enn leger som allerede er spesialister, og at det blir behov for tiltak (for eksempel økt basis-tilskudd) for å beholde de som allerede er spesialister. Det trekkes også frem at legene fremdeles må gå på kurs etter at de har blitt spesialist, som blant annet kan skyldes krav etterutdanning for å forlenge retten til å ta spesialisttast hvert 5. år¹⁰, og at de ikke får kompensasjon slik som ALIS for kursutgifter eller tappt inntekt som følge av fravær fra egen praksis.

Figur 3-11: Fastlegenes svar på: «Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn om ALIS-avtalen?»



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer, desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Kommunenes erfaringer med Nasjonal ALIS og veiledning og ALIS-avtaler

ALIS-kontorene oppgir at kommunene i stor grad opplever tilskuddsordningen som viktig og at den virker rekrutterende og stabiliserende for ordningen, slik som tilbakemeldingene også er fra fastleger. Samtidig er det arbeidskrevende for kommunen å inngå ALIS-avtale. Videre virker det negativt at regelverk stadig endres. Avtalene skaper i mange tilfeller konflikter mellom leger og kommuner som i stor grad kunne vært unngått med tydeligere retningslinjer i ordningen, slik at det ble likere praksis på tvers av kommuner.

Nesten halvparten (48 prosent) av respondentene på kommuneundersøkelsen oppga å være litt eller helt enig i at Nasjonal ALIS og veiledning per i dag er enkelt å forholde seg til, mens rundt en fjerdedel (24 prosent) oppga å være helt eller litt uenig. Flere respondenter fra kommunene påpekte i fritekstsvaret at det er utfordringer knyttet til utformingen av Nasjonal ALIS og veiledning. Noen påpekte at søknadsprosessen er grei, men at det er ressurskrevende for kommunen å følge opp og administrere ordningen.

Flere av kommunene påpekte i fritekstsvarene at det er krevende for kommunen når ordningen og regelverket endres hyppig, og at regelverket i seg selv fremstår som byråkratisk og komplisert. I tillegg ble det trukket frem av enkelte at det er ressurskrevende og uforutsigbart for kommunen når tildeling av tilskuddet først skjer etter at tilskuddsåret er i gang. ALIS-kontorene trekker i intervju og på sin hjemmeside frem at det er utfordrende for kommunene å administrere ordningen, ettersom det ikke er samsvar mellom perioden for tildeling av tilskudd og kommunens budsjett- og regnskapsår. Eksempelvis var tilskuddsperioden for utlysningen i april 2023, fra 1. oktober 2022 til og med 31. august 2023. Etter 31. august vil det være nye satser og regelverk for 2024 som gjelder. Dette innebærer at kommunene må ha god oversikt over hvor mye som utbetales til den enkelte ALIS (ALIS-kontorene, u.d.d).

¹⁰ Helsedirektoratet (2023h)

Kapittel 4: Bemanning av allmennlegetjenesten

Bemanningssituasjonen virker å ha bedret seg de siste tre årene. Samtidig er kommuner i stor grad avhengig av vikarer for å bemanne fastlegeordningen. Mange fastleger opplever en for stor arbeidsbelastning av arbeid på legevakt. Samtidig oppgir fastlegene at de i større grad enn tidligere har en mer håndterbar arbeidsbelastning.



Bemanningssituasjonen ser ut til å ha bedret seg i allmennlegetjenesten, samtidig som noen kommuner stadig har utfordringer.



Bruk av vikarbyrå er omfattende og bidrar til høye merkostnader for kommunene. I tillegg skaper det utfordringer med kvalitet og kontinuitet i fastlegeordningen.



Organisering og bemanning av legevakt varierer på tvers av kommuner, hvor mindre sentrale kommunene i større grad samarbeider om interkommunale legevakter.



Mange fastleger opplever arbeidsbelastningen knyttet til legevakt å være høy, og ønsker mer bruk av fastlønn ved nattevakter på legevakt.



Fastlegene oppgir at de i større grad opplever en mer håndterbar arbeidsbelastning, og selvrapportert antall timer legene jobber er redusert.



I 2023 ble fastlegenes lister redusert mer enn noen gang tidligere, med en gjennomsnittlig reduksjon på 30 innbyggere per fastlege.



Datagrunnlaget i kapitlet består av:
Registerdata fra KUHR, FLO og SSB.

Spørreundersøkelser blant fastleger og fastlegevikarer januar 2022, november 2022 og desember 2023. Spørreundersøkelse til kommuneansatte med ansvar for fastlegeordningen desember 2023.

Intervjuer med fastleger i utvalgte case-kommuner

4. Bemanning av allmennlegetjenesten

4.1 Bemanning i allmennlegetjenesten

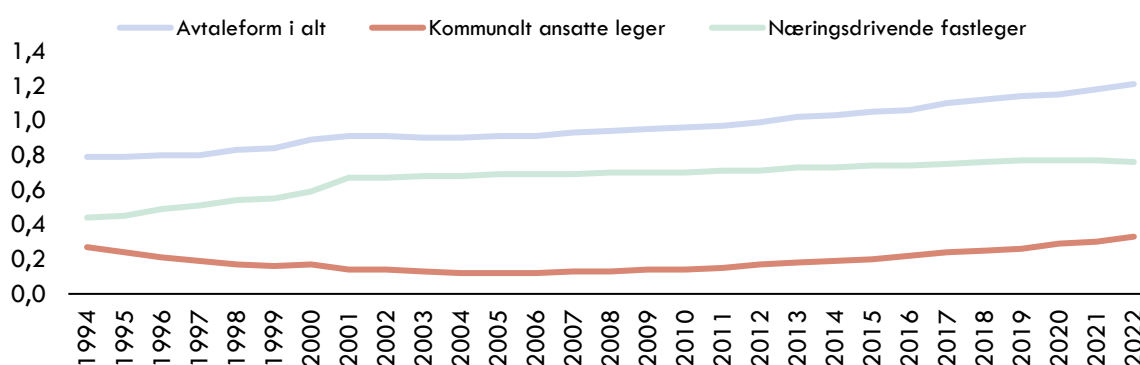
Norge har en av de høyeste legedekningene og sykepleierdekningene i verden, og ligger også et stykke over de andre nordiske landene (OECD, 2023). Norge har også en høy andel allmennleger, men her er sammenligning på tvers av land mer utfordrende. Av sammenlignbare europeiske land har Norge og Skottland et høyt antall allmennleger per innbygger, mens Danmark, England og Nederland ligger lavere (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023).

Legebemanningen i kommunehelsetjenesten har økt over tid, og antall legeårsværk per innbygger har økt med 14 prosent i perioden 2017 til 2022 og 32 prosent i perioden 2012 til 2022 (Figur 4-1). 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). Om lag halvparten (47 prosent) av kommunene i vår spørreundersøkelse oppga at det jobber allmennleger i kommunen som ikke jobber som fastlege. Denne andelen er størst blant de mest sentrale kommunene (80 prosent) (sentralitetsklasse 1-2), og mindre blant de minst sentrale kommunene (29 prosent) (sentralitetsklasse 5-6).

Bemanningsveksten 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 i 2012. I perioden 2015 til 2021 har den prosentvise veksten i legeårsværk i kommunehelsetjenesten vært noe lavere enn i spesialisthelsetjenesten (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023). Det er også vesentlig flere leger i spesialisthelsetjenesten enn i kommunehelsetjenesten, slik at den absolutte veksten i antall leger er betydelig større i spesialisthelsetjenesten.

I tillegg til legene, er det en rekke annet helsepersonell som jobber i kommunehelsetjenesten, men datagrunnlaget på disse er noe mer mangelfullt. I 2020 jobbet det 200 000 årsverk i kommunehelsetjenesten. Dette utgjorde en rekke sykepleiere, helsesykepleiere, helsesekretærer, mv. (Helsedirektoratet, 2021b)

Figur 4-1: Antall legeårsværk 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.

I løpet av 2023 utløste 8 889 allmennleger takstinntekter fra allmennlegetjenester (eks. legevakt), og 6 343 allmennleger utløste takstinntekter fra legevakt (Tabell 4-1). Antall leger registrert med en allmennlegekonsultasjon er dermed høyere enn antallet leger med en fastlegeavtale i 2023 (5 268 fastleger ved utgangen av 2023).

Fastlegene som har svart på vår spørreundersøkelse rapporterer om mindre grad av bemanningsutfordringer i kommunen nå enn tidligere. I evalueringsrapport I (2022) oppga over halvparten av fastlegene (51 prosent) at egen kommune i stor grad har bemanningsutfordringer, mot henholdsvis 48 og 34 prosent i evalueringsrapport II

(2023) og evalueringsrapport III. Det virker ikke å være stor forskjell mellom fastleger i kommuner av ulik størrelse når det gjelder hvorvidt de opplever bemanningsutfordringer (vedlegg E).

Tabell 4-1: Antall leger med allmennlegekonsultasjoner.

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

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

Blant dem som oppgir at kommunen har utfordringer knyttet til bemanning i allmennlegetjenesten, oppgir nesten alle fastlegene (97 prosent) utfordringer innen fastlegeordningen og over halvparten (62 prosent) utfordringer innen legevakt. Færre oppgir at det er utfordringer innen bemanning av sykehjem (35 prosent) og helsestasjon (23 prosent).

4.1.1 Bruk av vikarer i allmennlegetjenesten

I snitt har fastlegene som har besvart spørreundersøkelsen én vikar som arbeider ved kontoret. Antallet vikarer på legekantoret øker med antallet fastleger på kontoret. Flere av fastlegene i intervju forteller at det er avlastende med en «felles» vikar på legekantoret. Vikaren bemanner listen til de ulike legene ved sykdom eller faste dager. Antallet vikarleger som har hatt en allmennlegekonsultasjon per år fra 2019 til 2023 har variert noe (Tabell 4-2). Antallet som har hatt legevaktkonsultasjon har ikke endret seg i samme tidsperiode, men antallet vikarleger med konsultasjon i kommunal legevakt har økt fra 21 til 59.

Tabell 4-2: Antall leger med vikarlegekonsultasjoner 2019-2023

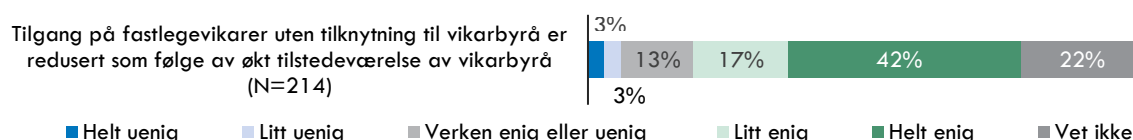
År	2019	2020	2021	2022	2023
Antall vikarleger m/allmennlegekonsultasjon* eks. legevakt	1 053	1 345	1 228	1 162	1 140
Antall vikarleger m/legevakt-konsultasjon	590	622	660	679	622

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

Bruk av vikarbyrå og rammeavtaler med vikarbyrå

Helsedirektoratet gjennomførte i april 2023 en spørreundersøkelse blant kommuner og bydeler i Oslo knyttet til vikarbruk i kommunene. De finner at om lag 2 av 3 kommuner har leid inn en lege fra vikarbyrå i løpet av de siste tre årene og at om lag halvparten har brukt innleie av vikarbyrå i større grad enn tidligere (Helsedirektoratet, 2023c). Over halvparten (59 prosent) av kommunerepresentantene i vår undersøkelse er helt eller litt enig i at tilgang på fastlegevikarer uten tilknytning til vikarbyrå er redusert som følge av økt tilbud fra vikarbyrå (Figur 4-2). Tilsvarende finner Helsedirektoratet at et flertall av kommunene er enige i at det ville vært utfordrende å skaffe tilstrekkelig med vikarleger i fravær av vikarbyrå (Helsedirektoratet, 2023c).

Figur 4-2: Kommunenes svar på: «Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander?»



Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte i kommunene som har ansvar for allmennlegetjenesten, desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Svar på spørsmålet er analysert på individnivå.

I vår undersøkelse oppga 25 prosent av kommunene at de har en rammeavtale med vikarbyrå om innleie av vikarleger til allmennlegetjenesten. Bruk av vikarbyrå varierer noe med sentralitetsklasse, men forskjellene er ikke statistisk signifikante. De fleste kommunerespondentene (88 prosent) oppga at rammeavtalen med vikarbyrå dekker bemanning av fastlegekontor. For om lag halvparten dekker rammeavtalen bemanning av sykehjem (51 prosent) og legevakt (49 prosent), mens for om lag en fjerdedel (26 prosent) dekker avtalen også bemanning av

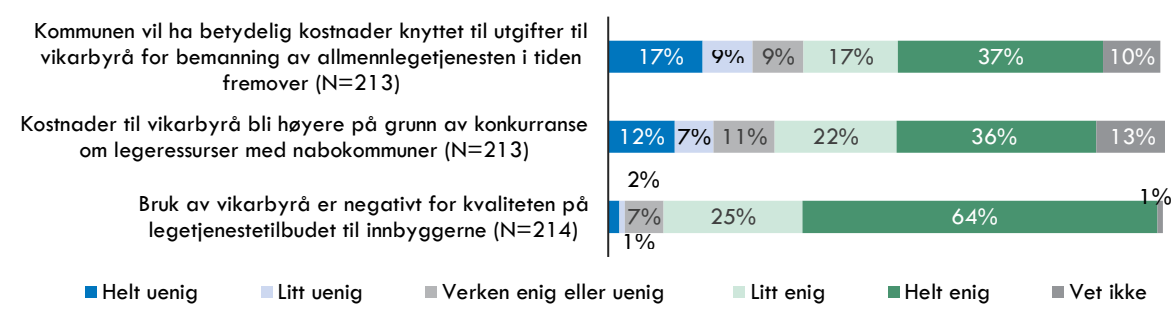
helsestasjon (vedlegg D). I Helsedirektoratets spørreundersøkelse blant kommuner kommer det frem at vikarbyrå i liten grad benyttes for å dekke kortvarig fravær, som i hovedsak dekkes gjennom kollegial dekning.

Under halvparten (39 prosent) av kommunene oppga å ha samarbeidet med andre kommuner om inngåelse av rammeavtale med vikarbyrå. Slikt samarbeid er lite utbredt i sentrale kommuner. I kommuner av sentralitetsklasse 1-2 oppgir 14 prosent å ha samarbeidet med andre kommuner, mens andelene er henholdsvis 40 og 45 prosent i kommuner av sentralitetsklasse 3-4 og 5-6. Helsedirektoratet finner lignende tall (Helsedirektoratet, 2023c).

Konsekvenser av vikarbruk for allmennlegetjenesten

Flertallet (89 prosent) av representanter fra kommunene er enige i at bruk av vikarbyrå er negativt for kvaliteten på legetjenestetilbudet til innbyggerne (Figur 4-3). I Helsedirektoratets undersøkelse oppga 59 prosent å være fornøyde med kvaliteten på vikarlegene. Det har tidligere blitt pekt på at hovedbekymringen er knyttet til den hyppige utskiftningen av leger (Brækhus & Kalveland, 2023). Mindre kjennskap til pasientene og øvrige tjenester i kommunen vanskeliggjør oppfølging av pasienter som trenger langvarig oppfølging. Videre oppga over halvparten av kommunene (54 prosent) at de vil ha betydelige utgifter knyttet til bruk av vikarbyrå for å bemanne allmennlegetjenesten fremover, og at kostnadene er høyere på grunn av konkurranse om legeressurser med nabokommuner (58 prosent). Helsedirektoratet fant i sin undersøkelse oppga 70 prosent at kostnaden knyttet til å leie inn en vikar gjennom vikarbyrå er høyere enn å leie inn lege uten vikarbyrå (Helsedirektoratet, 2023c).

Figur 4-3: Kommunenes svar på: «Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander?»



Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte i kommunene som har ansvar for allmennlegetjenesten, desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Svar på spørsmålet er analysert på individnivå.

Vikaravtaler og attraktivitet ved å være vikar

I spørreundersøkelsen til fastleger er 6 prosent (tilsvarende 67 leger) fastlegevikarer, og kun 2 oppga å jobbe som fastlegevikar gjennom vikarbyrå. De fleste vikarene har jobbet som vikar mellom 1 og 4 år (66 prosent). 11 prosent har jobbet lengre enn 5 år, mens 26 prosent har jobbet som vikar mindre enn 1 år. Flertallet av fastlegevikarene i utvalget er vikar for selvstendig næringsdrivende lege. De fleste vikarene oppga at de mottar takstinntekter fra Helfo og egenandeler fra pasienter, mens hjemmelshaveren mottar basistilskuddet. I tillegg betaler mange en ekstra leie til hjemmelshaver, enten en fast sum per måned eller en andel av månedlige takstinntekter.

Flertallet av fastlegevikarene (61 prosent) oppga at de ønsker å bli fastlege, mens 23 prosent foretrekker å være vikar. 8 prosent ønsker å jobbe med noe annet. De som oppga at de foretrekker å være vikar, trekker i hovedsak frem at risikoen knyttet til kjøp, og eventuelt salg, av hjemmel er for stor. Videre oppga vikarene at de ønsker fleksibiliteten de har når de ikke binder seg til en liste, i tillegg til å ikke måtte ha ansvaret for den administrative driften av praksisen.

*«Slippe å binde meg til driften av klinikk med alt det det innebærer av ekstra arbeid.
Kunne gjøre andre jobber i perioder uten å måtte ordne med egen vikar.»*

Sitat fra fastlegevikar, oppgitt i spørreundersøkelse

4.1.2 Bruk av leger uten LIS1

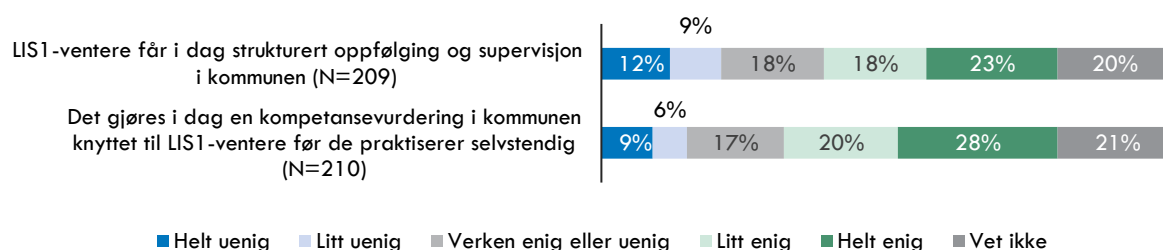
I 2012 ble turnusordningen omlagt til dagens søknadsbaserte ordning med LIS1-stillinger. Dette innebærer at legen får full autorisasjon etter fullført grunnutdanning i medisin, istedenfor tidligere ordning hvor autorisasjon ble gitt etter fullført turnustjeneste. Det ble ikke gjort kompensierende endringer i innholdet i grunnutdanningen, og Helsedirektoratet foreslo ved omleggingen at leger uten gjennomført praktisk læringstjeneste (LIS1) skulle

arbeide under veiledning (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023). I henhold til forskrift om kompetansekrav for leger skal alle leger som skal yte helsehjelp i kommunal helse- og omsorgssektor være spesialist i allmenmedisin eller være under spesialisering i allmenmedisin (Kompetanseforskriften, 2017). Det gis imidlertid unntak fra dette kravet dersom legen skal tiltre i et vikariat i inntil ett års varighet.

Leger som ikke har fått en LIS1-stilling kan imidlertid jobbe som vikar i LIS2/3-stillinger. Det stilles ingen formelle krav til veiledning og supervisjon, slik det gjøres for en lege i spesialisering. Kommunen (eller annen arbeidsgiver) har likevel plikt til å gi uformell veiledning og supervisjon, og har etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester plikt til å tilse at tilstrekkelig fagkompetanse sikres i tjenestene (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011).

I spørreundersøkelsen oppga 41 prosent av kommunerepresentantene å være helt eller litt enige i at LIS1-ventere får strukturert oppfølging og supervisjon. Om lag halvparten er helt eller litt enig i at det gjøres en kompetansevurdering før de praktiserer selvstendig (Figur 4-4).

Figur 4-4: Kommunenes svar på: «Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander?»



Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte i kommunene som har ansvar for allmennlegetjenesten, desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Svar på spørsmålet er analysert på individnivå.

På bakgrunn av behovet for oppfølging og opplæring (nevnt over), anbefalte ekspertutvalget 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). Kommunerepresentantene har delte meninger når det gjelder hvordan forslaget om at LIS1 ikke bør kunne praktisere selvstendig vil påvirke kommunens tilgang på legeressurser. 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) er helt eller litt uenig i påstanden. Flere aktører har gitt innspill til forslaget fra Ekspertutvalget om at LIS1 ikke kan praktisere selvstendig og støtter i stor grad dette forslaget. Dette gjelder både noen sentrale og usentrale kommuner, og aktører som KS.

4.2 Organisering og bemanning av legevakt i kommunen

4.2.1 Organisering av legevakt

Basert på Norsk kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) sin oversikt for 2022 er det 81 interkommunale legevakter i Norge, tilsvarende i underkant av halvparten av alle legevakter. De interkommunale legevaktene varierer i størrelse, og den største interkommunale legevakten dekker 12 kommuner. 269 kommuner (76 prosent av alle kommuner) er del av en interkommunal legevakt. Det er i hovedsak de mer sentrale kommunene som har ansvaret for drift, mens de mer usentrale kommunene stiller leger til bemanning (Legeforeningen, 2024).

Blant kommuner med sentralitetsklasse 1-2, oppga om lag halvparten å ha kommunal legevakt (52 prosent) og interkommunal legevakt (48 prosent). Blant de mindre sentrale kommunene er det mer vanlig med interkommunal legevakt. En kommune kan ha både kommunal og interkommunal legevakt; det vil typisk være bemannet utelukkende kommunalt på dagtid, mens natt og helger dekkes av det interkommunale samarbeidet.

Blant kommunene som oppga å ikke ha et interkommunalt samarbeid om legevakt, svarte om lag en fjerdedel (26 prosent) at det ikke vil være aktuelt fordi de har dekket behov for legevakt i egen kommune. Dette gjelder særlig for sentrale kommuner. En fjerdedel (24 prosent) oppgir at uforanderlige forhold (som for eksempel store avstander) gjør at det ikke vil være praktisk mulig med et interkommunalt samarbeid (vedlegg D). I fritekstsvaret oppgir representanter fra kommunene at stor samarbeidsvilje, politisk vilje og tilstrekkelig med ressurser som forutsetninger for et vellykket interkommunalt legevaktssamarbeid. Noen kommuner (32 prosent) oppga at de

bruker videokonsultasjoner i legevakttjenesten. Få (8 prosent) oppga at de bruker organisering med en sentral og tilhørende satellitt i kommunens legevaktstjeneste¹¹.

I intervjuer fortalte de fleste fastlegene at de avlønnes etter gjeldende takster, som selvstendig næringsdrivende leger. I tariffavtalen SFS2305 «Særavtalen» mellom KS og Den norske legeforening er det avtalt beredskaps-godtgjøring for legevaksarbeid avhengig av vaktklasse¹² og befolkningsgrunnlag. Det er imidlertid åpent for å avtale egne satser lokalt og eventuelt avtale en fastlønn for legevaksarbeidet, der takster og egenandeler tilfaller kommunen. Legeforeningen har foretatt en omfattende og detaljert kartlegging av organiseringen og bemanningen ved samtlige av landets 168 legevakter, hvorav 60 av legevaktene å ha egne avtaler for avlønning (Legeforeningen, 2024).

Fastlegene var i intervjuer kritiske til avlønning av legevakt slik det er avtalt i Særavtalen, særlig på nattestid, og ønsker en fastlønnsavtale for arbeidet. Bruk av takster gjør at fastlegene kan tjene mindre på rolige nattevakter enn de gjør på en kurativ dag på fastlegekontoret. I tillegg kan nattevakter med takstavlønning skape ugunstige insentiver til overbehandling på legevakt. De fleste som har fastlønn på natt, opplever at det har blitt mer attraktivt å ta nattevakter. En av fastlegene peker imidlertid på at med fastlønn blir avlønning lik uavhengig av belastning en gitt natt, og at fastlønn kombinert med et aktivitetsbasert element kunne gitt bedre kompensering.

Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten anbefaler mer bruk av fastlønn for legevaksarbeidet (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023). I hørings svar er aktører i stor grad enig i dette, men noen trekker frem at det bør eventuelt innføres etter en utredning knyttet til finansiering av legevakt.

4.2.2 Bemanning av legevakt

Kommunene oppgir i hovedsak at legevakt bemannes av næringsdrivende fastleger (74 prosent) og kommunalt ansatte fastleger (66 prosent). Bemanning varierer noe på tvers av sentralitetsklasse, for eksempel oppga kommuner med høy sentralitetsklasse i større grad å ha leger ansatt i fast stilling i legevakt, mens mindre sentrale kommuner oppga i større grad kommunalt ansatte fastleger, leger i Nordsjøturnus og vikarer (vedlegg D).

KS finner, tilsvarende som våre funn, at om lag 38 prosent av kommunene har egne ansatte legevaksleger, og at andelen er høyere blant kommuner med større befolkning (KS, 2023). De finner videre at over halvparten (68 prosent) bemanner legevakt med LIS1 og 36 prosent bruker vikarer (for fravær utenom ferie). Videre finner de at 18 prosent av kommunene har leger i Nordsjøturnus som inngår i legevaktarbeid og at 16 prosent av kommunene vurderer å innføre Nordsjøturnus.

I spørreundersøkelsen oppga over halvparten (62 prosent) av fastlegene at de har utfordringer med bemanning av legevakten i kommunen. Blant fastlegene vi intervjuet, er det generelt stor misnøye knyttet til legevakt, i hovedsak fordi det er for få leger til å dekke vaktene. Flere forteller om mange vakante vakter og bruk av beordring fra kommunens side, noe som bidrar til et dårlig samarbeidsklima mellom fastlegene og kommunen. Andelen som oppga utfordringer knyttet til bemanning av legevakt er imidlertid signifikant redusert fra fjorårets evaluering (72 prosent) (Pedersen, et al., 2023).

Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten mente at det bør etableres rammer for hvor mye legevaksarbeid fastleger kan pålegges (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023). De viste til at behovet for en forsvarlig arbeidstidsordning støttes av partene i trepartssamarbeidet og at Helsedirektoratet har anbefalt at legevaksarbeid bør inngå i fastlegens allmennlegeoppgaver. En slik begrensning vil imidlertid medføre et behov for at flere leger arbeider i legevakt, da det er sannsynlig at den enkelte lege vil jobbe mindre. I KS sin spørreundersøkelse om legevakt oppga et flertall (67 prosent) av kommunene at det vil medføre at kommunen (legevakt) vil bli (mer) avhengig av andre leger enn fastleger. Videre er en ikke ubetydelig andel (36 prosent) helt eller delvis uenige i at tilstrekkelig mange fastleger sannsynligvis vil samtykke til legevakt utover en maksimumsgrense (KS, 2023). Om lag halvparten (47 prosent) av kommunene som har besvart undersøkelsen, oppga å være helt eller delvis enig i at å innføre en maksimumsgrense for pålagt legevakt vil gjøre det lettere å rekruttere fastleger (KS, 2023). Samtidig er over halvparten (57 prosent) enig i at det vil medføre høyere kostnader for kommunen.

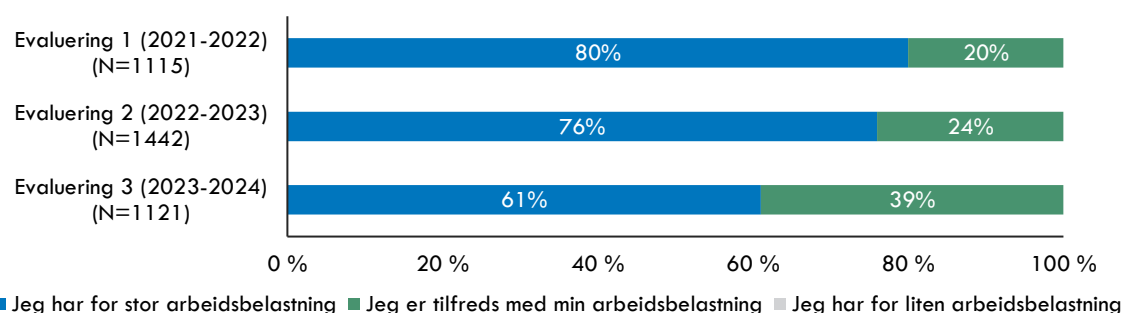
¹¹ Disse har deltatt i et pilotprosjekt for legevaktorganisering hvor interkommunal legevakt er organisert som én legevaktsentral og flere legevaktssatellitter (bemannet av sykepleiere) i kommunene rundt.

¹² I SFS2305 defineres legevakter i vaktklasse 1 til 4 avhengig av antall minutter aktivt arbeid som gjøres i gjennomsnitt per klokke på vakt.

4.3 Opplevd arbeidsbelastning

Andelen som oppga å være tilfreds med arbeidsbelastningen har økt signifikant fra 2022 til 2024 (Figur 4-5). Næringsdrivende (med og uten kommunal leieavtale) oppga i størst grad å ha for stor arbeidsbelastning. Reduksjonen i andelen som oppga for stor arbeidsbelastning gjelder imidlertid for alle driftsformer. I intervjuer forteller fastlegene at arbeidsbelastningen i liten grad er endret det siste året, men at de har opplevd en tydelig økning i arbeidsbelastningen de siste årene. Flere har forsøkt å redusere listen, uten at det nødvendigvis har påvirket arbeidsbelastningen betydelig.

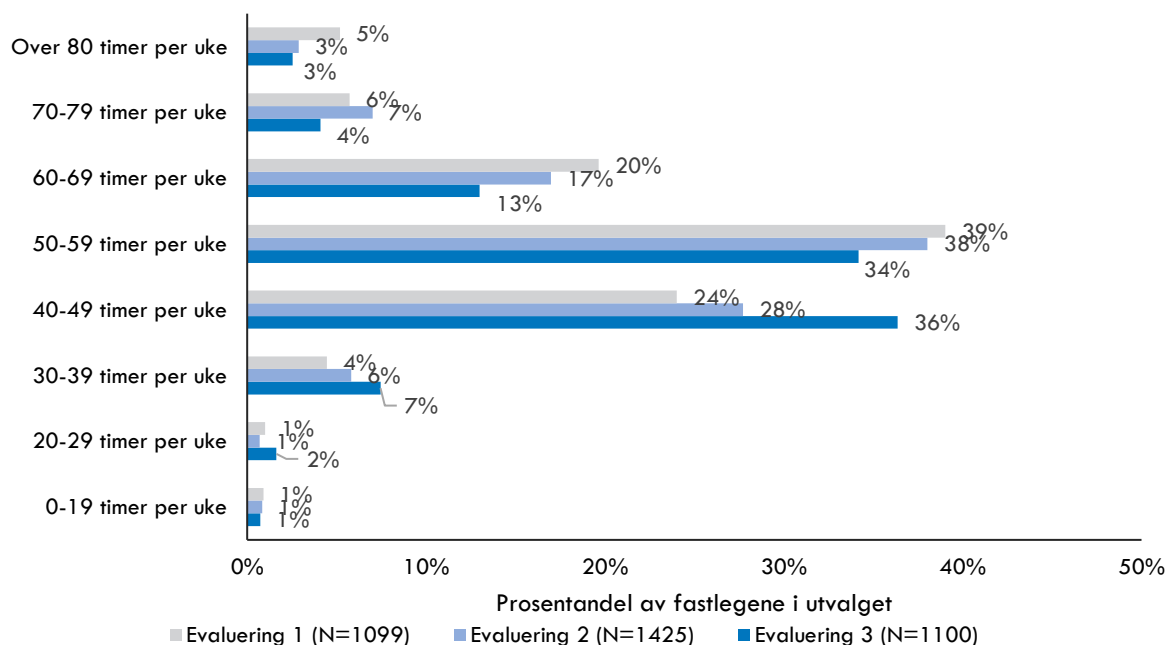
Figur 4-5: Fastlegenes svar på: «Hvordan opplever du din nåværende arbeidsbelastning?»



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer, utført desember 2023 av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

I løpet av de siste tre årene oppga fastlegene å jobbe færre timer i uken totalt sett (Figur 4-6). I forbindelse med første evaluering oppga fastlegene å jobbe 57 timer per uke i gjennomsnitt. I andre evaluering oppga de 55,5 timer, mens de i årets evaluering oppga 53 arbeidstimer per uke. Det har i perioden vært en nedgang i andelen som oppga å jobbe over 50 timer i uken, samtidig som andelen som oppga å jobbe mellom 30 og 49 timer har økt. Målt ved gjennomsnittlig totalt antall timer¹³ per uke jobber kommunalt ansatte med fast lønn og bonus og kun fast lønn flest timer, etterfulgt av næringsdrivende med kommunal leieavtale og uten (vedlegg E). Forskjellene er i stor grad drevet av ulik legevaktbelastning, som vi kommer nærmere inn på i kapittel 4.3.2.

Figur 4-6: Fastlegenes egne anslag for total arbeidstid per uke (gjennomsnitt)



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Evalueringsrapport I: undersøkelse gjennomført januar 2022. Evalueringsrapport II: undersøkelse gjennomført desember 2022. Evalueringsrapport III: undersøkelse gjennomført desember 2023.

¹³ Vi tar ikke høyde for at en del timer er oppgitt å være i bakvakt eller hjemmevakt.

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

Fastlegene som opplever for stor arbeidsbelastning oppga å arbeide 57 timer i gjennomsnitt, mens fastlegene som er tilfreds med egen arbeidsbelastning oppga å jobbe 47 timer i uken. Forskjellen mellom de to gruppene er signifikant. Fastlegene med for stor arbeidsbelastning jobber imidlertid i hovedsak mer på eget legekantor, men oppga ikke flere arbeidstimer på øvrige aktiviteter, sammenlignet med fastlegene som oppga å være fornøyd med egen arbeidsbelastning.

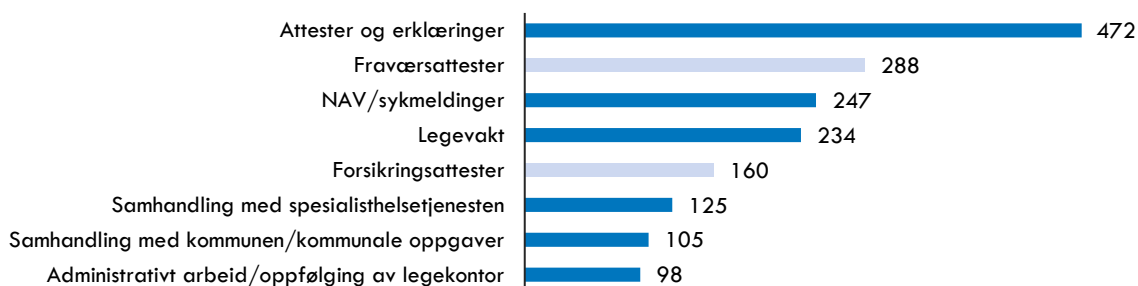
4.3.1 Arbeid på legekantor

Arbeid på legekantor utgjør den største andelen av legenes arbeidstid, i gjennomsnitt 81 prosent av arbeidstiden på tvers av driftsformer. Næringsdrivende uten kommunal leieavtale rapporterte å bruke signifikant mer tid på arbeid på legekantor enn de tre øvrige driftsformene.

Arbeidsoppgaver på legekantoret fastleger ønsker å fritas fra

I fritekstsvar i spørreundersøkelsen til fastlegene trekkes det særlig frem at fastleger bør fritas fra arbeid med ulike attester og legeerklæringer, og da særlig fraværsattester for elever i videregående skole og attester i forbindelse med private helseforsikringer (Figur 4-7). Dette samsvarer med resultatene fra de to foregående evalueringsrapportene. Også i intervjuer trakk fastleger frem fraværsmeldinger hos videregående elever som en unødvendig belastning, og de etterlyser begrensninger på hvem som har lov til å kreve en attest fra fastlegen.

Figur 4-7: Antall respondenter som har nevnt ulike tema i fritekstsvar på spørsmål om hvilke arbeidsoppgaver fastleger bør fritas for



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. N=933. Analysen er utført ved å gjøre tekstsøk i fritekstsvar av ord tilknyttet de ulike kategoriene. Fraværsattester (videregående skole) og forsikringsattester er angitt med lyseblå farge ettersom de utgjør underkategorier av alle attester og legeerklæringer.

Lovendring i folketrygdloven 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 at bidrar til høyere arbeidsbelastning (NAV, 2023). Fastlegene trakk frem at det varierer mellom pasienter om det er hensiktsmessig å forlenge sykmelding uten fysisk konsultasjon, men at den vurderingen kan gjøres av dem. Andre ting, som kontroll for førerkort og saker som omhandler privat helseforsikring, ble også trukket frem som unødvendig tidskrevende.

En av fastlegene vi intervjuet har en delaliste og trakk frem dette som nyttig for å få redusert arbeidsbelastningen på legekantoret. Delaliste oppleves som mer fleksibelt enn å bruke vikar ettersom man da kan skrive takster samme dag. Dette gjør det mulig at én lege for eksempel kan bruke dagen til hjemmebesøk eller møter med NAV, mens en annen kan ha konsultasjoner på kontoret.

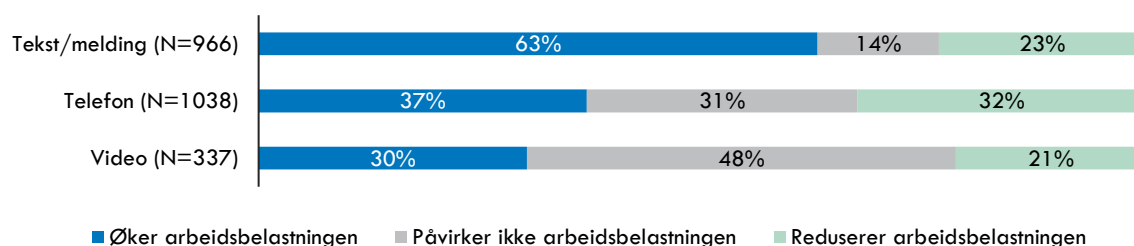
Fastlegers erfaringer med e-konsultasjon

Blant fastlegene i utvalget oppga nesten alle (99 prosent) at de tilbyr e-konsultasjonstjenester til sine pasienter. Nesten alle (93 prosent) tilbyr telefonkonsultasjoner og tekst-/meldingskonsultasjoner (86 prosent), mens under halvparten tilbyr videokonsultasjoner (30 prosent).

I spørreundersøkelsen ba vi fastlegene oppgi hvordan de fordeler den totale tiden på e-konsultasjon mellom tekst-, telefon- og videokonsultasjoner. Fastlegene (som tilbyr minst en form for e-konsultasjon) oppga å bruke mest tid på tekst-konsultasjoner (i gjennomsnitt 52 prosent av tid brukt på e-konsultasjoner), etterfulgt av telefon-konsultasjoner (42 prosent) og videokonsultasjoner (4 prosent). Tid brukt på videokonsultasjoner er særlig lav fordi andelen som tilbyr videokonsultasjoner er lav sammenlignet med de to andre e-konsultasjonsformene. Andelen av tid brukt på videokonsultasjoner blant de fastlegene som tilbyr dette er 16 prosent.

Fastlegene er delt i opplevelsen av hvordan e-konsultasjonene påvirker samlet arbeidsbelastning (Figur 4-8). Særlig tekst-konsultasjoner virker å øke belastningen (63 prosent oppgir dette). For telefonkonsultasjoner og videokonsultasjoner er det imidlertid nesten halvparten som oppga at det øker arbeidsbelastningen. Flest oppga at telefonkonsultasjoner reduserer arbeidsbelastningen, mens noen færre oppgir at tekst- og videokonsultasjoner reduserer arbeidsbelastningen.

Figur 4-8 Fastlegenes svar på: «Hvordan opplever du at følgende typer e-konsultasjon påvirker din samlede arbeidsbelastning?»



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

I intervjuer er fastlegene tilsvarende delt med hensyn til hvorvidt e-konsultasjoner reduserer arbeidsbelastningen eller ikke. Noen opplever skriftlige e-konsultasjoner som tidsbesparende, fordi det muliggjør rask avklaring uten en fysisk time. De trekker også frem at det er fleksibelt. Andre opplever derimot at det øker arbeidsbelastningen fordi e-konsultasjoner senker terskelen for å ta kontakt med fastlegen. Dette medfører flere konsultasjoner, kanskje for problemer pasientene ikke oppsøkte lege for tidligere. En fastlege trakk frem at det er mange e-konsultasjoner der det ikke virker riktig å føre en takst, fordi man ikke opplever å faktisk gi medisinske råd. Det hender også at pasientene presenterer problemstillinger som ikke kan løses ved e-konsultasjon, slik at det resulterer i en fysisk konsultasjon i tillegg.

Administrasjon av legekantoret

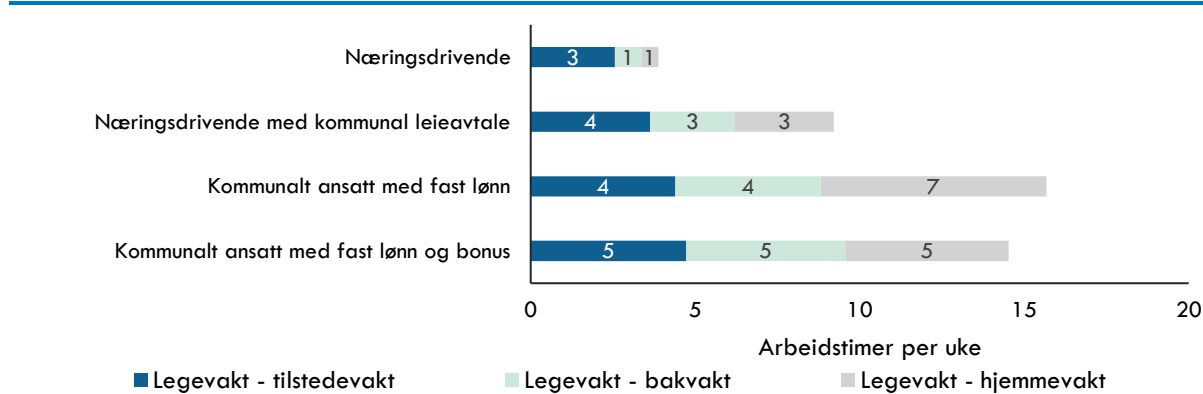
I spørreundersøkelsen oppga 24 prosent å bruke mindre enn 1 time i uken på administrasjon av egen praksis, mens 39 prosent bruker 1-2 timer. Selvstendig næringsdrivende bruker mest tid på denne typen arbeid. Mange fast ansatte leger og næringsdrivende med kommunal avtale arbeider på legekantor driftet av kommunen, noe som reduserer mengden administrativt arbeid. 30 prosent av næringsdrivende oppga å bruke 3-5 timer i uken, mot henholdsvis 10, 13 og 8 prosent blant næringsdrivende med kommunal leieavtale, kommunalt ansatte med fast lønn og kommunalt ansatte med fast lønn og bonus. Det har vært en signifikant økning i andelen næringsdrivende (med og uten 8.2-avtale) som oppgir å bruke under en time i uken (vedlegg E).

4.3.2 Legevakt

I spørreundersøkelsen oppga de næringsdrivende (med og uten kommunal leieavtale) å bruke signifikant mindre tid på legevaksarbeid¹⁴, sammenlignet med kommunalt ansatte leger (Figur 4-9). Næringsdrivende med kommunal leieavtale bruker signifikant mer tid på legevakt enn de uten leieavtale. Det er ikke en signifikant forskjell i legevaksarbeid for fast ansatte leger med og uten bonus. Kun kommunalt ansatte med fast lønn og bonus har hatt en reduksjon i arbeidstid på legevakt i evaluingsperioden. Reduksjonen skyldes i hovedsak færre timer med hjemmevakt (vedlegg E). Et høyt antall timer på bakvakt og hjemmevakt blant kommunalt ansatte henger trolig sammen med at disse fastlegene i større grad jobber i mindre og mer usentrale kommuner, der denne typen vakter er mer brukt. Videre ser man en reduksjon i rapportert tidsbruk på legevakt med økende kommunestørrelse og mer tid på legevakt blant fastleger med under 1000 innbyggere på liste (vedlegg E).

¹⁴ Vi oppgir timer uten å omregne timer på bakvakt og hjemmevakt til ekvivalente arbeidstimer på tilstedevakt.

Figur 4-9: Oppgitt arbeidstid på legevakt etter driftsform



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Evalueringsrapport I: undersøkelse gjennomført januar 2022. Evalueringsrapport II: undersøkelse gjennomført desember 2022. Evalueringsrapport III: undersøkelse gjennomført desember 2023.

Fastlegenes og kommunenes opplevelser av legevaktsarbeid

Av fastlegene i vår spørreundersøkelse som også jobber på legevakt oppga i underkant av 60 prosent at de gjerne skulle vært foruten legevaktsarbeid (vedlegg E). Det er imidlertid signifikant flere blant de kommunalt ansatte som oppgir at de ikke ville være foruten legevaktsarbeidet (selv om det øker arbeidsbelastningen), sammenlignet med næringsdrivende.

De yngste fastlegene ser ut til å i større grad ønske legevakt (vedlegg E). Fastleger i intervjuer har imidlertid trukket frem at legevaktsarbeid kan være særlig belastende for unge fastleger, fordi man stort sett er alene på vakt. I spørreundersøkelsen er det imidlertid variasjon i hvorvidt fastlegene oppga å være alene på vakt. Om lag 20 prosent oppga å alltid være eneste legen på vakt. De fleste av disse har støttepersonell som sykepleier til stede, og flere oppga at det også er en lege på bakvakt som kan stille opp ved stor pågang. Omtrent 40 prosent er aldri alene på vakt, mens 20 prosent ofte er alene. En stor del av de som ofte er alene oppgir at de stort sett kun er alene på nattevakter. Mange av fastlegene i utvalget vårt har fritak fra legevakt, og har derfor ikke besvart spørsmålet. I Legeforeningen sin undersøkelse blant landets legevakter (totalt 168) oppga 82 av legevaktene at legene ikke er alene på vakt. 43 legevakter har leger delvis alene på vakt (med støttepersonell, alene deler av vekten, mulighet for støtte fra nærliggende helseforetak), mens 36 oppga at legene er alene på vakt, hvorav alle er av vaktklasse 1.¹⁵ Resterende legevakter har ikke besvart spørsmålet.

46 prosent av kommunene i vår spørreundersøkelse oppga at de tror arbeidsbelastningen i legevakttjenesten er for høy for fastlegene (vedlegg E). Det er ikke signifikante forskjeller mellom store og små kommuner på dette spørsmålet, med unntak av at andelen er noe lavere i kommuner med mellom 50 000 og 100 000 innbyggere. Det er imidlertid få respondenter i denne gruppen, så resultatene må tolkes med varsomhet.

Blant kommunene som oppga at fastlegene har for høy arbeidsbelastning, utdypet noen i fritekstsvar at de har innført eller planlegger å innføre tiltak for å redusere arbeidstid og/eller arbeidsbelastning i legevakt. I mange av disse kommunene blir belastningen i vakt høy som følge av ubesatte hjemler i kommunen. Flere av oppga at de stadig ansetter vikarer for å avlaste og flere har, eller vurderer, legevaktsleger i Nordsjøturnus. I tillegg forsøker mange å ansette i faste legevaktstillinger, men rekrutteringen oppleves utfordrende. Andre tiltak som brukes er praksiskompensasjon for fri etter vakt, økt lønn og fast lønn. Interkommunalt samarbeid nevnes også som et tiltak for å redusere vaktbelastningen.

Helsedirektoratet forvalter en tilskuddsordning for styrking av legevakttjenesten i kommuner med under 5 000 innbyggere i sentralitetsklasse 5 og 6. Blant kommunene av sentralitetsklasse 5 og 6 i vår undersøkelse (58 kommuner), oppga om lag halvparten å ha søkt om dette tilskuddet. Blant kommunene som har søkt tilskudd for å styrke legevakttjenesten, oppga flest å ha brukt tilskuddet til å leie inn vikarleger for å avlaste fastlegene i kommunen og øke kompetansen blant de som arbeider i legevakten. Noen kommuner har også opprettet egne stillinger i legevakt eller ansatt mer hjelpepersonell for å redusere arbeidsbelastningen for fastlegene. At tiltak for å redusere arbeidsbelastningen i legevakt blant fastlegene i kommunen prioriteres, underbygger at det stadig er en utfordrende situasjon knyttet til bemanning av legevakt, slik fastlegene beskriver i intervjuer.

¹⁵ Legevakter i vaktklasse 1 er etter SFS2305 definert som legevakt der antall minutter aktivt arbeid i gjennomsnitt per klokke på vakt er 0 – 10 minutter.

Kommuner som gjennomfører kompetansehevingstiltak med tilskuddet, har tiltak for å øke kompetanse både blant fastleger og hjelpepersonell. Eksempler på kompetansehevingstiltak er kursing i bruk av nytt utstyr eller i akuttmedisin. Hjelpepersonell kurses for å kunne avlaste fastlegene ved å gjennomføre flere prosedyrer. Mange bruker også tilskuddet på utstyr som materiell, nye maskiner for undersøkelser, legevaktbil og klær. Flere nevner også økt lønn som insentiv til legene, fastlønn på legevaktene og praksiskompensasjon for fri før og etter vakt.

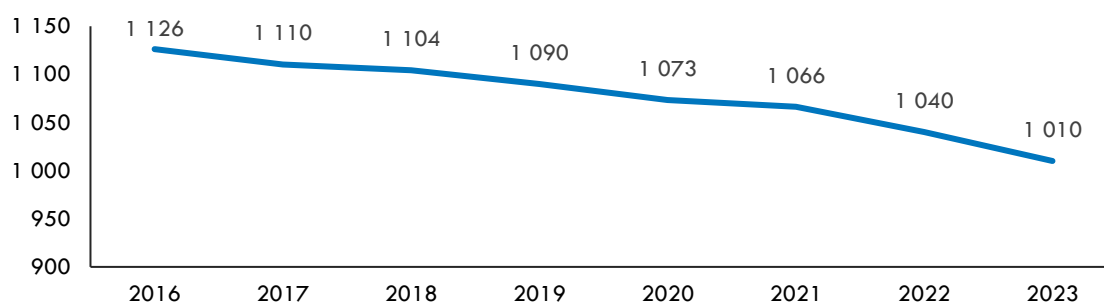
4.3.3 Andre allmennmedisinske oppgaver

De næringsdrivende fastlegene oppga i spørreundersøkelsen å bruke signifikant mindre tid enn fastleger med øvrige driftsformer på andre allmennmedisinske oppgaver.¹⁶ Det er ingen signifikant forskjell i tiden næringsdrivende med kommunal leieavtale og kommunalt ansatte med fast lønn bruker på andre allmennmedisinske oppgaver, og disse to gruppene bruker signifikant mer tid enn kommunalt ansatte med fast lønn og bonus. Ingen av gruppene av fastleger har hatt en signifikant reduksjon i tid brukt på denne type arbeid i løpet av evalueringsperioden (vedlegg E). I spørreundersøkelsen oppga 31 prosent av kommunene at omfanget av denne typen arbeid har gått opp de siste to årene, mens 15 prosent oppga at omfanget har gått ned. Andelen som oppga at omfanget har gått ned er økende med kommunistørrelse (vedlegg E). Blant fastleger er det kun fastleger i kommuner med over 100 000 innbyggere som har hatt en signifikant reduksjon i antall timer de oppgir å bruke fra fjorårets til årets evaluering (vedlegg E).

4.3.4 Listelengde og arbeidsbelastning

I 2023 var den gjennomsnittlige listelengde blant fastleger 1 010 innbyggere, redusert fra 1 040 året før (Figur 4-10). Reduksjonen er den største, både i absolutte og relative tall, noensinne. Endringen skyldes både at nye fastleger har kortere lister enn tidligere, og at etablerte fastleger har redusert listene mer enn før. Sammenlignet med tidligere år er det omtrent like mange fastleger som velger å redusere listen sin, men de reduserer listen mer enn før. I 2021, 2022 og 2023 var gjennomsnittlig kutt på henholdsvis 154, 149 og 178 listeinnbyggere. Samtidig ser man at fastlegene som velger å øke listene sine, øker med færre plasser enn tidligere år. Det er særlig unge leger som velger å øke listene sine. Karakteristikkene ved de som velger og å redusere og ha uendret liste er nokså like. Man ser tegn til at fastleger i sentrale kommuner i større grad velger å redusere listene sine.

Figur 4-10: Utvikling i fastlegers listelengde*. Nivå tall per fjerde kvartal 2016-2023



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

Mange fastleger har uttrykt et ønske om å redusere listelengden for å redusere arbeidsbelastningen (Pedersen, et al., 2023). Litt over halvparten (52 prosent) av fastlegene i utvalget oppga at de kunne tenke seg å redusere listetaket. Dette er en statistisk signifikant nedgang sammenlignet med funn fra fjorårets spørreundersøkelse (66 prosent) (Pedersen, et al., 2023).

Registerdata viser at flertallet (57 prosent) av de som var fastleger både ved utgangen av 2022 og 2023, har redusert listelengden sin i løpet av 2023. 38 prosent har fått lengre liste, og 5 prosent har like lang liste. 12 prosent av fastlegene har redusert listene sine med 50 innbyggere eller mer i løpet av 2023, mens 10 prosent har økt med minst 50 personer.

Blant de som ønsker å redusere listetaket, men ikke har gjort det, oppga de fleste (52 prosent) at årsaken er økonomisk tap ved redusert listelengde. Det er særlig de næringsdrivende fastlegene som oppga dette, men flere kommunalt ansatte oppga at kommunen ikke har akseptert en reduksjon i listelengde.

¹⁶ I henhold til rammeavtalen mellom KS og Den norske legeförening kan kommunen pålegge en fastlege annet allmennmedisinsk arbeid opptil 7,5 timer per uke. Dette kan f.eks. være arbeid som sykehjemslege, helsestasjonslege e.l..

Kapittel 5: Finansieringsformer i allmennlegetjenesten

I 2023 har det vært en betydelig styrking og endring i innretningen av finansieringen i fastlegeordningen. Fastlegene er positive til styrkingen, men negative til at basistilskuddet har blitt pasienttilpasset. I tillegg blir kommunal ansettelse av fastleger stadig mer utbredt. I 2023 var 46 prosent av de som startet som fastlege kommunalt ansatt.



Utgiftene til allmennlegetjenesten har vokst over tid og utgjør i dag om lag 7 prosent av offentlige helseutgifter. I tillegg har kommunene store og økende kostnader til egne tiltak for å sikre rekruttering og stabilitet.



Kommunal ansettelse av fastleger blir stadig mer utbredt. I 2023 var totalt 20 prosent av fastlegene i Norge kommunalt ansatt, mens andelen var 46 prosent blant de som startet som fastlege.



I 2023 økte gjennomsnittlig basistilskudd per innbygger med 28 prosent. I usentrale kommuner med lavt utdanningsnivå økte basistilskuddet i gjennomsnitt med 52 prosent. Flere fastleger enn tidligere opplever økonomisk trygghet.



Fastlegene er negative til at basistilskuddet har blitt pasienttilpasset og at knekkpunktet er fjernet. De opplever at det motiverer til lengre lister og kortere konsultasjoner, og ikke bidrar til bedre kvalitet på tjenestene.



Flere næringsdrivende fastleger økte, og færre reduserte, listetaket sitt i 2023, men det er for tidlig å si hvor mye av dette som skyldes endringer i basistilskuddet.



I 2023 har vi sett den største rekrutteringen til fastlegeyrket noensinne, og den største reduksjonen i fastlegenes gjennomsnittlige listelengde noensinne.



Datagrunnlaget i kapittelet består av:
Registerdata fra KUHR, FLO og SSB.

Spørreundersøkelser blant fastleger og fastlegevikarer januar 2022, november 2022 og desember 2023. Spørreundersøkelse til kommuneansatte med ansvar for fastlegeordningen desember 2023.

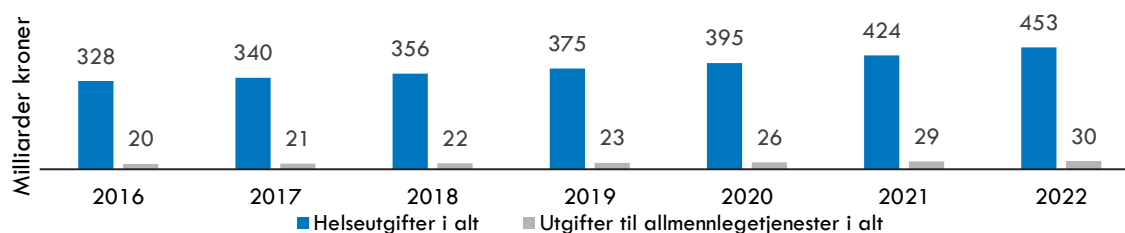
Intervjuer med fastleger i utvalgte case-kommuner

5. Finansieringsformer i allmennlegetjenesten

5.1 Kostnader til allmennlegetjenester

De samlede helseutgiftene i nasjonalregnskapet var i 2022 på 453 milliarder kroner, hvorav 30 milliarder var utgifter til allmennlegetjenester (Figur 5-1). Både de samlede helseutgiftene og utgiftene til allmennlegetjenester har vokst over tid og allmennlegetjenester utgjør mellom 6 og 7 prosent av samlede helseutgifter.

Figur 5-1: Utgifter til allmennlegetjenester i Nasjonalregnskapet*, milliarder kroner



Kilde: SSB, tabell 10811. Illustrasjon: Oslo Economics og Universitetet i Oslo. * Tall for 2021 og 2022 er foreløpige. Inkl. egenbetalinger.

Privat næringsdrift er hovedmodellen for betaling i fastlegeordningen og innebærer at fastlegen har ansvar for inntekter og kostnader knyttet til driften av legekantoret. Inntektene består av basistilskudd fra kommunen, refusjoner fra Helfo og egenandeler betalt av pasientene. Basistilskuddet utbetales per pasient på fastlegelisten, mens refusjoner og egenandeler betales for utførte tjenester utfra takstene i normaltariffen. Basistilskuddet skal i utgangspunktet dekkes av statlige overføringer til kommunen.

Takstbetalinger til allmennleger (refusjoner og egenandeler) utgjorde 11 milliarder kroner i 2023, hvorav 1,1 milliard var knyttet til legevaksarbeid. Takstbetalingene økte med 6 prosent fra 2022 til 2023, og hele veksten kom i takstbetalinger utenfor legevakt. Kostnader i form av utbetaling av basistilskudd var på 4,3 milliarder kroner i 2023, opp 20 prosent fra året før. I 2023 utgjorde takstbetalinger 70 prosent av betalingene til fastlegekontor, ned fra 75 prosent i 2016. Samlet sett utgjorde kostnader i form av takstbetalinger og basistilskudd 15,2 milliarder kroner¹⁷ i 2023 (Tabell 5-1).

Tabell 5-1: Kostnader til allmenntillegger tjenester ved takstbetalinger og basistilskudd, milliarder kroner

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

Kilde: KUHR og FLO, Helsedirektoratet og NAV.

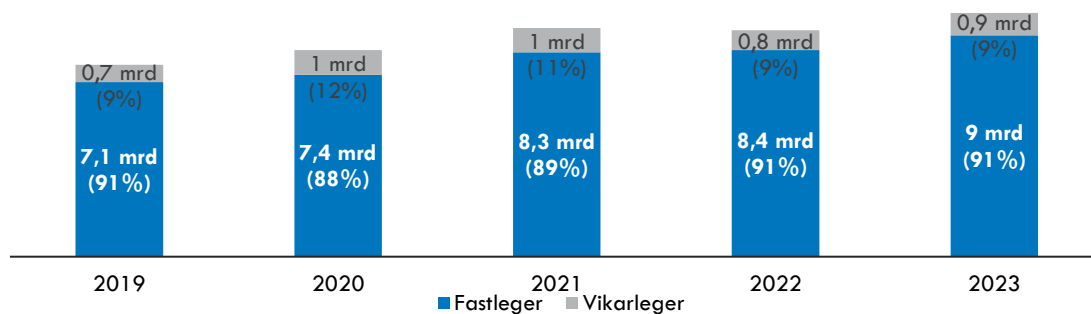
Et av forslagene til ekspertutvalget var å øke andelen basistilskudd, slik at dette utgjør 50 prosent av fastlegenes samlede finansiering. Høringssvarene til ekspertutvalgets rapport inneholder stor spredning i synspunktet på økt andel basistilskudd. KS, Helsedirektoratet, Arbeids- og velferdsdirektoratet og Norsk Sykepleierforbund var blant de som støttet forslaget. Støtten var begrunnet i at de mente økt andel basistilskudd kan bidra til økt forutsigbarhet, spesielt for nyetablerte leger, prioritering av nødvendige oppgaver og økt kvalitet i tjenestene. Derimot er det noen aktører som ikke støtter forslaget, deriblant Den norske legeforeningen. I deres høringssvar ble det trukket frem at en høy andel finansiering gjennom takstsystemet bidrar til å sikre tilgjengelige fastlegetjenester, mens en økt andel finansiering gjennom basistilskuddet kan bidra til reduserte insentiver for fastlegene til å tilby høy kapasitet og tilgjengelighet. Nasjonalt senter for distriktsmedisin problematiserer også i sitt høringssvar at en økt andel basistilskuddet vil bidra til bedre kvalitet og innovasjon i fastlegetjenestene, og at endringer

¹⁷ Vi er ikke kjent med at det finnes detaljerte redegjørelser for hvilke allmennlegetjenester som utgjør forskjellen mellom utgiftene i nasjonalregnskapet og utgifter til takstbetalinger og basistilskudd. Trolig inngår utgifter som legevakt og andre allmenntillegger tjenester som for eksempel utgifter til tilsynslegetjenesten ved sykehjem og utgifter til helsestasjonslege.

i finansieringsmodellen bør utredes nærmere og piloteres i utprøvningsprosjekter før det breddes ut nasjonalt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023a).

I 2023 stod vikarleger for 900 millioner av totalt 9,9 milliarder kroner i takstbetaling for allmenntjenester (eks. legevakt) (Figur 5-2). Siden 2019 har vikarleger utgjort om lag 10 prosent av aktiviteten i allmennlegetjenesten. Andelen var høyest i 2020 og 2021. Også for legevakt har andelen ligget på rundt 10 prosent.

Figur 5-2: Fordeling av takstbetaling i allmennlegetjenesten (eks. legevakt) mellom fastleger og vikarleger 2019-2023



Kilde: KUHR og FLO, Helsedirektoratet og NAV.

I tillegg til kostnader ved allmennlegetjenesten på nasjonalt nivå er det også kostnader for kommunene knyttet til kommunale tiltak for å sikre rekruttering til og stabilitet i allmennlegetjenesten. I den senest gjennomførte kartleggingen ble kommunesektorens merkostnader i 2021 estimert til 813 millioner kroner (Ipsos, SØA, 2022).

5.2 Ulike driftsformer i fastlegeordningen

5.2.1 Variasjon i driftsformer

Utbredelsen av de ulike betalingsmodellene i fastlegeordningen har variert over tid, men privat næringsdrift er hovedmodellen for betaling i fastlegeordningen. Noen av legene med privat næringsdrift har 8.2-avtale med kommunen.¹⁸ 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.

Tabell 5-2: Estimert andel fastleger med ulike driftsform fordelt på kommunestørrelse, ved utgangen av 2023

Kommune- størrelse	Næringsdrift etter hovedmodellen	Næringsdrift med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fastlønn	Kommunalt ansatt med fastlønn og bonusavtale	Antall fastlegehjemler
Under 5 000 innbyggere	3 %	31 %	27 %	39 %	529
5 000 til 10 000 innbyggere	35 %	28 %	12 %	24 %	514
10 000 til 50 000 innbyggere	70 %	10 %	7 %	13 %	1 946
50 000 til 100 000 innbyggere	87 %	3 %	6 %	4 %	827
Over 100 000 innbyggere	95 %	1 %	1 %	3 %	1 476
Totalt	3 688 (69,7 %)	546 (10,3 %)	403 (7,6 %)	655 (12,4 %)	5 292

Kilde: FLO og spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

¹⁸ 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.

Ved utgangen av 2023 var det 5 268 fastleger i Norge. Av disse var 80 prosent næringsdrivende og 20 prosent kommunalt ansatt. Disse legene håndterte til sammen 5 292 lister, i tillegg til 322 lister uten fast lege.

Våre estimater tyder på at 70 prosent av fastlegene har ren næringsdrift, mens 10 prosent er næringsdrivende med 8.2-avtale. 20 prosent av fastlegene er kommunalt ansatte, hvorav 12 prosent av har bonusavtale¹⁹ (Tabell 5-2). Kommunal ansettelse har blitt mer utbredt over tid, og gjennom evalueringssperioden virker bonusavtale å ha blitt mer utbredt blant de som er kommunalt ansatt (Pedersen, et al., 2023; Pedersen, et al., 2022). Kommunal ansettelse og 8.2-avtaler er fortsatt mest utbredt i mindre kommuner, vanligere blant kvinnelige fastleger heller enn hos mannlige fastleger og vanligere hos yngre heller enn eldre fastleger.

5.2.2 Preferanser for ulike driftsformer

Fra evalueringsrapport I (2022) til evalueringsrapport II (2023) var det en betydelig økning i andelen av fastlegene som foretrakk næringsdrift, og økningen gjaldt på tvers av undergrupper (Pedersen, et al., 2023). I årets evalueringsrapport synes preferansene i stor grad å være like som i fjor.

Tilsvarende som i tidligere undersøkelser finner vi at det er flere som foretrekker næringsdrift blant mannlige og eldre fastleger, i tillegg til fastleger i større kommuner. Dette gjenspeiler dagens fordeling av driftsform blant fastlegene. Det er også noen flere som foretrekker en annen enn sin nåværende driftsform blant de som har vært fastlege i mindre enn tre år, sammenlignet med fastleger med lengre ansiennitet (se flere analyser i vedlegg E).

Samlet sett oppga flertallet (67 prosent) av fastlegene under spesialisering at de foretrekker næringsdrift som driftsform under spesialisering, enten med eller uten 8.2-avtale (vedlegg E). Som i de tidligere evalueringsrapportene er det flere av de kommunalt ansatte legene under spesialisering som ønsker å bytte driftsform etter ferdig spesialisering, sammenlignet med de næringsdrivende legene. Mindre enn 5 prosent av de næringsdrivende under spesialisering ønsker å bytte driftsform etter ferdig spesialisering, mens 32 prosent av de kommunalt ansatte fastlegene ønsker å bytte.

Samtidig som flere oppgir et ønske om å bytte driftsform, vet vi at det historisk har vært uvanlig for fastleger å bytte driftsform. Av 9 891 leger som har hatt minst én fastlegeavtale siden fastlegeordningen ble innført i 2001, har kun 9 prosent (861 leger) forsøkt både næringsdrift og kommunal ansettelse (Tabell 5-3).

Tabell 5-3: Leger som har vært fastlege i perioden 2001-2023 fordelt etter erfaring med ulike driftsformer

Erfaring med ulike driftsformer	Antall leger	Andel
Kun erfaring med næringsdrift	7 726	78 %
Kun erfaring med kommunal ansettelse	1 304	13 %
Erfaring med begge driftsformer	861	9 %
Totalt antall leger med fastlegeavtale (2001-2023)	9 891	100 %

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

5.2.3 Kommunale tilpasninger for økt rekruttering og stabilitet

Mange kommuner har bevilget ekstra midler utover den nasjonale finansieringen av fastlegeordningen for å sikre rekruttering og stabilitet (Abelsen, et al., 2021; Ipsos, SØA, 2022). Kommunene kan gjøre en rekke tilpasninger i fastlegenes rammebetingelser utover hovedmodellen i form av kommunal ansettelse, kommunal finansiering av hele/deler av legekontoets kostnader, bedre vilkår og sosiale rettigheter, fritak fra enkelte typer arbeidsoppgaver osv. I tillegg til langvarige endringer i rammebetingelser, opplever mange kommuner å måtte gjøre mer midlertidige tilpasninger for å ivareta tilbudet av allmennlegetjenester til sin befolkning. Dette gjelder for eksempel bruk av fastlegevikarer enten i direkte avtale eller gjennom vikarbyrå.

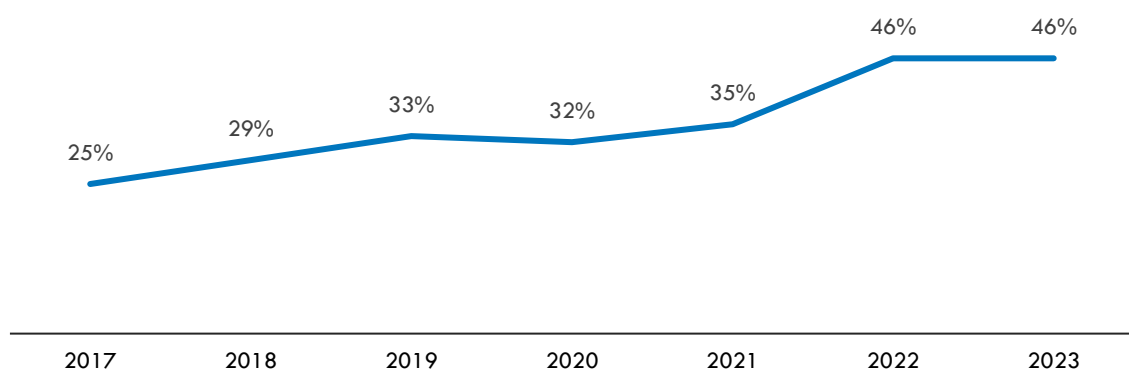
Fastlønsavtaler

Andelen kommunalt ansatte fastleger har økt over tid, fra 12 prosent i 2017 til 20 prosent ved utgangen av 2023. Siden 2017 har det særlig blitt flere kommunalt ansatte fastleger i kommuner med 10 000 til 50 000 innbyggere. I de minst sentrale kommunene (sentralitetsklasse 6) er 75 prosent av fastlegene kommunalt ansatt. Andelen faller med økende sentralitet og i de mest sentrale kommunene (sentralitetsklasse 1 og 2) er kun 6

¹⁹ Registerdata gir andelen av fastlegene som er kommunalt ansatt i kommuner av ulik størrelse. Deretter benyttes svar fra spørreundersøkelsen til å anslå andelen med 8.2-avtale og bonusavtale innenfor hhv. næringsdrift og kommunal ansettelse.

prosent kommunalt ansatt (vedlegg E). I 2022 og 2023 var 46 prosent av de som startet som fastlege kommunalt ansatt (Figur 5-3). Andelen av de nye som er kommunalt ansatt har økt over tid, fra 25 prosent i 2017.

Figur 5-3: Andel fastlønnsavtaler blant nye fastlegeavtaler* hvert år 2017-2023



Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics og Universitetet i Oslo. *Med nye fastlegeavtaler menes nye fastleger. Etablerte fastleger som endrer driftsform er ikke inkludert her.

8.2-avtaler og bonusavtaler

Årets spørreundersøkelse til fastleger viser (som i tidligere år) at fastlegene har flere ulike typer innretninger på sine 8.2-avtaler med kommunen. Det vanligste er fortsatt at kommunen beholder hele basistilskuddet og til gjengjeld dekker utgiftene til kontorlokaler, annet personell på kontoret, forbruksmateriell, journalsystemer og IT (ofte omtalt som nullavtale). Det er flere varianter hvor kommunen kun beholder deler av basistilskuddet og/eller kun dekker deler av driftsutgiftene. Det kan også virke som at det over tid har blitt noe vanligere at 8.2-avtalene inneholder en form for praksiskompensasjon ved sykefravær, sykt barn eller utdanningsdager. For de kommunalt ansatte fastlegene som har bonusordning, består dette som oftest av at legen får utbetalt en prosentandel av refusjonene og egenandelene de genererer gjennom takstsystemet. De fleste med bonusordning mottar mellom 20 og 30 prosent av refusjoner og egenandeler, men det er betydelig variasjon. De siste årene har den såkalte «Tromsø-modellen» som kombinerer lokal økning i basistilskudd, utdanningstilskudd, etableringstilskudd og kommunal sykeforsikring blitt en populær type kommunal avtale.

Nordsjø-turnus

De siste årene har flere kommuner benyttet seg av såkalte Nordsjø-turnuser hvor allmennleger ansettes til å jobbe intensivt i en periode, for deretter å ha en lengre periode fri (for eksempel to uker jobb og fire uker fri). Det er ingen samlet oversikt over hvilke kommuner som benytter seg av Nordsjø-turnus. I våre spørreundersøkelser er det 20 kommuner (12 prosent av utvalget) og 10 fastleger (<1 prosent av utvalget) som oppga å ha Nordsjø-turnus. Dette er noe lavere forekomst enn i en spørreundersøkelse KS gjennomførte i september 2023 med svar fra 205 kommuner. I denne undersøkelsen oppga 18 prosent at de hadde leger i Nordsjø-turnus i legevaktstjenesten, mens 16 prosent av kommunene oppga at de ikke hadde Nordsjø-turnus, men vurderte å begynne med det. Blant kommuner med under 2 000 innbyggere oppga 38 prosent at de hadde Nordsjø-turnus (KS, 2023). Blant de minst sentrale kommunene oppga 27 prosent av kommunene i vår spørreundersøkelse å ha leger i Nordsjø-turnus (vedlegg E).

Det vanligste er at stillingene med Nordsjø-turnus inkluderer fastlege- og legevaktarbeid. I noen tilfeller er det kun legevaktarbeid som inngår, mens noen har både fastlege, legevakt, sykehjem, helsestasjon og skolehelse-tjeneste inkludert. Blant kommunene i vår undersøkelse som oppga at fastlegene har høy arbeidsbelastning i legevakt, er det flere som oppga at de vurderer Nordsjø-turnus for å ivareta tilbudet av akuttmedisinske tjenester og samtidig avlaste fastlegene i kommunen. Enkelte har også stilling som kommuneoverlege inkludert i sin Nordsjø-turnus. Den vanligste typen Nordsjø-turnus blant respondentene i spørreundersøkelsen er å jobbe to uker intensivt og deretter ha fire uker fri. Det finnes imidlertid også en rekke andre varianter.

Kommunene som har allmennleger i Nordsjø-turnus oppga at det har bidratt til økt rekruttering, økt stabilitet og økt kvalitet i allmennlegetjenesten i kommunen. Samtidig sier kommunene at Nordsjø-turnusen har medført økte kostnader for kommunen. Det er imidlertid uklart hvorvidt kommunenes kostnader har økt i forhold til ordinære kostnader til allmennlegetjenester, eller om de er økt i forhold til kostnadene ved rekrutteringsutfordringer hvor kostnader til vikarbruk ofte vil være høye.

5.3 Endringer i basisfinansiering (pasienttilpasset basistilskudd)

5.3.1 Utvikling og endring i basisfinansiering over tid

Basisfinansiering utgjør om lag 30 prosent av finansieringen av fastlegeordningen. Basisfinansiering består i dag av tre elementer som i hovedsak er uavhengige av aktiviteten til fastlegen; (1) grunntilskudd, (2) utjamningstilskudd og (3) basistilskudd (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023).

Formålet med både utjamningstilskuddet og grunntilskuddet er å gi en økonomisk kompensasjon for fastleger som har ufrivillige korte lister, og skal redusere terskelen for å bli fastlege (Helsedirektoratet, 2022b). Grunntilskudd gis til et fåtall fastleger som har lister med mindre enn 500 innbyggere, men listetak over 500 innbyggere. Disse fastlegene får dermed basistilskudd tilsvarende 500 listeinnbyggere opptil 2 år (Helsedirektoratet, 2023g). Utjamningstilskuddet gis til fastleger i kommuner med mindre enn 5 000 innbyggere og hvor gjennomsnittlig listelengde i kommunen er mindre enn 1 200 personer. Legen mottar dermed et basistilskudd som tilsvarer differansen mellom gjennomsnittlig listelengde i kommunen og referanselengden på 1 200 personer.

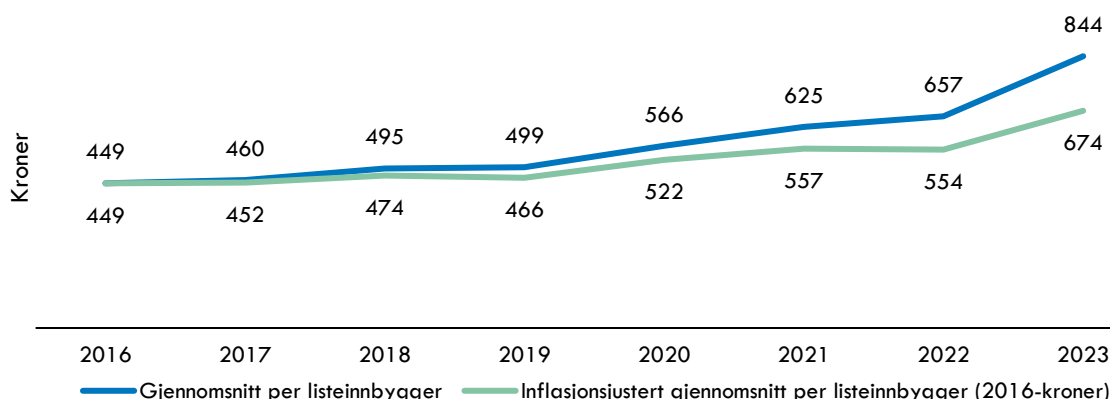
Før fastlegereformen ble innført, mottok mange allmennleger et fast driftstilskudd fra kommunen i kombinasjon med takster i normaltariffen, som ble dekket av pasienter og Rikstrygdeverket (det som senere ble Helfo). Da fastlegeordningen ble innført ble driftstilskuddet erstattet med et per capita-basert basistilskudd (Pedersen, et al., 2022). Basistilskuddet utgjør den største delen av basisfinansieringen, hvor fastlegen mottar et fast beløp per innbygger på listen. I perioden 2001 til 2020 var per capita satsen den samme for alle listeinnbyggere. Basistilskuddet har både blitt styrket og endret utforming flere ganger i løpet av de siste årene.

I forbindelse med lanseringen av handlingsplanen for allmennlegetjenesten ble det i 2020 innført et knekkpunkt i basistilskuddet, hvor fastlegene mottok en høyere sats per person for de første 1 000 innbyggerne på listen. I tillegg ble også basistilskuddet til fastlegene styrket med 350 millioner kroner fra og med 2021 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a). I 2022 ble basistilskuddet styrket ytterligere med 205 millioner kroner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021).

I 2023 ble basisfinansieringen endret på ny ved innføring av pasienttilpasset basistilskudd, hvor tilskuddet nå er basert på et utvalg indikatorer som skal forutse behovet for fastlegetjenester på fastlegens liste (Helfo, 2023). Endringen ble kombinert med en styrking av basisfinansiering i statsbudsjettet med en helårseffekt på 720 millioner kroner. I statsbudsjett for 2024 har regjeringen foreslått å øke pasienttilpasset basistilskudd med 250 millioner kroner i 2024 (Prop. 1 S (2023-2024)).

Gjennomsnittlig basistilskudd per innbygger har økt over tid, også justert for inflasjon, med størst vekst i 2020 og 2023. I forbindelse med lansering av handlingsplan for allmennlegetjenesten i 2020 økte basistilskuddet med 12 prosent, og i 2023 økte basistilskudd med 22 prosent (justert for inflasjon) (Figur 5-4).

Figur 5-4: Gjennomsnittlig basistilskudd per listeinnbygger* (nominell og reell verdi), 2016-2023



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

5.3.2 Utforming av pasienttilpasset basistilskudd

Med pasienttilpasset basistilskudd, avhenger basistilskuddet fastlegen mottar for den enkelte listeinnbygger av listeinnbyggerens alder, kjønn og bruk av fastlegetjenester siste 12 måneder, samt kommunens eller bydelens sentralitet og andel av innbyggerne med lavt utdanningsnivå. Alder, kjønn og bruk av fastlegetjenester gir størst utslag for basistilskuddet for én enkelt listeinnbygger, men ettersom kjennetegn ved kommunen vil gi utslag for mange innbyggere på listen på én gang vil disse kjennetegnene oftest gi størst utslag i legens basistilskudd.

Forskjeller mellom kommuner

I 2022 var gjennomsnittlig basistilskudd per innbygger tilnærmet likt for kommunene på tvers av sentralitetsklasse og kommunens utdanningsnivå. Basistilskudd per innbygger var noe høyere i mer usentrale kommuner som følge av at flere fastleger i disse kommunene mottar grunntilskudd. I 2023 har gjennomsnittlig basistilskudd per innbygger steget betydelig for kommuner med ulike kjennetegn. Økningen har vært størst i kommuner som er usentrale og/eller har lavt utdanningsnivå. Gapet i gjennomsnittlig basistilskudd per innbygger mellom sentrale kommuner med høyt utdanningsnivå og usentrale kommuner med lavt utdanningsnivå, økte fra om lag 20 kroner i 2022 til 200 kroner i 2023 (Tabell 5-4). I usentrale kommuner med lavt utdanningsnivå steg basistilskudd per innbygger med 52 prosent i 2023, sammenlignet med en 23 prosents økning i sentrale kommuner med høyt utdanningsnivå.

Tabell 5-4: Gjennomsnittlig basistilskudd per innbygger* fordelt etter kjennetegn av kommunen

Kommunens sentralitet	Kommunens utdanningsnivå	Gjennomsnittlig basistilskudd per innbygger 2022	Gjennomsnittlig basistilskudd per innbygger 2023	Prosentvis økning 2022-2023
Sentral	Høy	653 kr	803 kr	+ 23%
Sentral	Lav	659 kr	907 kr	+ 38%
Usentral	Høy	675 kr	912 kr	+ 35%
Usentral	Lav	675 kr	1 018 kr	+ 52%

Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics og Universitetet i Oslo. * Beregnet til årlige størrelser med utgangspunkt i basistilskudd (inkl. eventuelt grunntilskudd) utbetalt i desember 2023. Inkluderer kun de som var fastlege ved utgangen av både 2022 og 2023. Usentral kommune = sentralitetsklasse 5 eller 6. Lavt utdanningsnivå = minst 28 prosent av befolkningen over 16 år har grunnskoleutdanning som høyeste utdanningsnivå (kilde: helfo.no).

Fastlegens arbeidssituasjon er imidlertid ulike i sentrale og usentrale kommuner, og listene er betydelig kortere i usentrale kommuner. Fastleger i sentrale kommuner med høyt utdanningsnivå hadde i gjennomsnitt over 1 100 innbyggere på listen ved utgangen av 2023, mot litt over 700 i usentrale kommuner med lavt utdanningsnivå. Selv om økningen i satsen per listeinnbygger er størst i usentrale kommuner, motvirkes dette delvis av at fastlegene i sentrale kommuner har flere listeinnbyggere som har fått oppjustert sats. Forskjellen mellom basistilskudd per fastlege i usentrale og sentrale kommuner med samme utdanningsnivå er tilsvarende i 2023 som i 2022, om lag 20 000 kr per måned. Derimot har fastleger i kommuner med lavt utdanningsnivå fått vesentlig større økning i basistilskudd enn i kommuner med høyt utdanningsnivå (sentralitet holdt likt). For eksempel mottar fastlegene i usentrale kommuner med lavt utdanningsnivå i gjennomsnitt 6 000 kr mer i basistilskudd per måned enn fastlegene i usentrale kommuner med høyt utdanningsnivå, mens de to gruppene lå omtrent likt i 2022. (vedlegg E)

Konsekvenser for kommunene

Utformingen av pasienttilpasset basistilskudd medfører at usentrale kommuner (sentralitetsindeks 5 og 6) med en stor andel av voksne innbyggerne med grunnskole som høyeste utdanning, må øke basistilskuddet til næringsdrivende leger mer enn sentrale kommuner med høyt utdannet befolkning. Det samme gjelder for kommuner med en stor andel eldre innbyggere. Samtidig med innføring av pasienttilpasset basistilskudd 1. mai 2023, ble basistilskuddet til fastleger økt med 480 millioner kroner for 2023. Rammetilskuddet til kommunene ble økt tilsvarende og midlene ble fordelt etter delkostnadsnøkkelen for kommunehelse (jf. Prop. 1 S for 2023 fra Kommunal- og distriktsdepartementet (omtalt under programkategori 13.70)). Det innebærer at det ikke er noen spesiell kompensasjon til de kommunene som får en relativt større økning i utgiftene til fastlegeordningen i forbindelse med innføringen av pasienttilpasset basistilskuddet. Siden en stor andel av fastlegene i usentrale kommuner er kommunalt ansatte med fast lønn, vil ikke økningen av basistilskuddet få noen umiddelbar konsekvens for dem, men kan tenkes å inngå som argument i påfølgende lønnsforhandlinger. For fastleger med privat praksis blir det umiddelbart en større inntektsøkning i usentrale kommuner enn i sentrale kommuner uten at denne forskjellen reflekteres i overføringene fra staten.

Forskjell etter tjenestebehov blant listeinnbyggere

Basistilskuddet per listeinnbygger avhenger kjennetegn ved listeinnbyggeren (alder, kjønn og bruk av fastlege-tjenester siste 12 måneder), med formål om at fastlegelister der listeinnbyggerne har større tjenestebehov skal få mer i basistilskudd. Gjennomsnittlig basistilskudd per listeinnbygger på en fastleges liste gir et mål på det beregnede tjenestebehovet per liste.²⁰ Vi finner (se utdypende figurer og forklaring i kap. E.5 i vedlegg E):

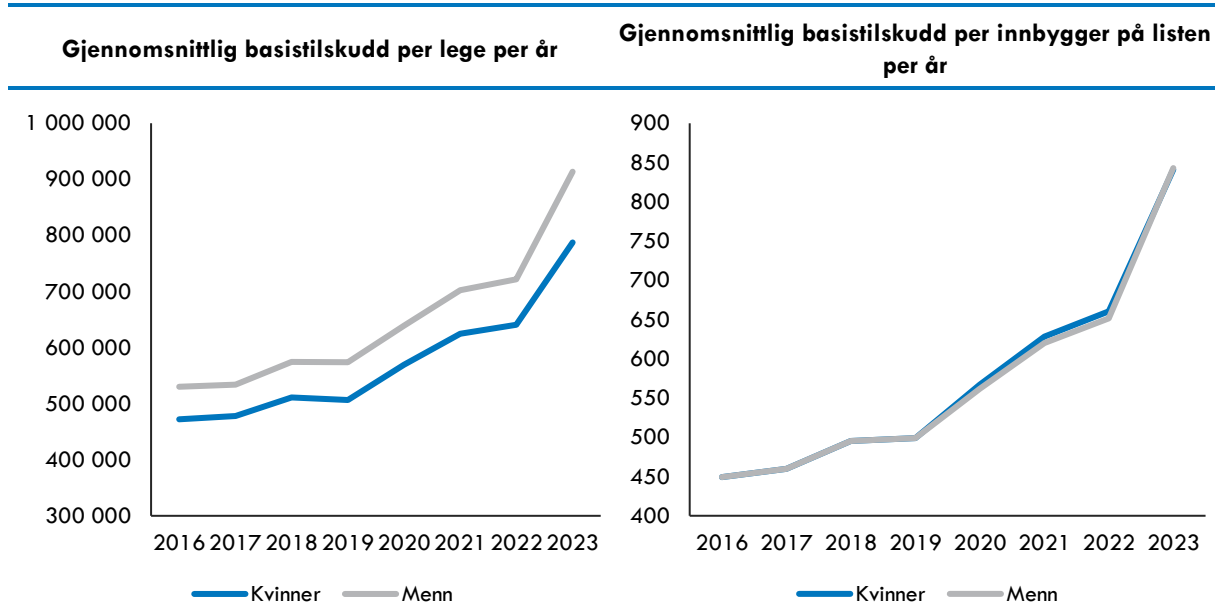
- Fallende sammenheng mellom basistilskudd per innbygger og fastlegepraksissens listelengde (statistisk signifikant)
- Stigende sammenheng basistilskudd per innbygger og antall konsultasjoner per listeinnbygger i løpet av 2023 (statistisk signifikant)
- Stigende sammenheng mellom basistilskudd per innbygger og antall tidstakster per listeinnbygger i løpet av 2023 (statistisk signifikant)

Dette tyder på at innføring av pasienttilpasset basistilskudd har gitt økninger i basistilskudd per listeinnbygger som samsvarer med listeinnbyggernes tjenestebehov. På fastlegelister der hver av innbyggerne mottar flere og lengre konsultasjoner med sin fastlege er basistilskudd per listeinnbygger større, samtidig som antallet listeinnbyggere er lavere.

Forskjeller mellom fastleger

Mannlige fastleger får mer i samlet basistilskudd enn kvinnelige som følge av at menn i gjennomsnitt har flere innbyggere på sin fastlegeliste. Før 2020 var dette den eneste forskjellen i basistilskudd mellom menn og kvinner ettersom basistilskuddet per innbygger var likt for alle innbyggere. I perioden 2020 til 2022 var basistilskuddet høyere for de første 1 000 innbyggerne på den enkelte fastleges liste. Ettersom kvinner i gjennomsnitt har kortere lister enn menn, gjorde dette at kvinner fikk et høyere gjennomsnittlig basistilskudd per innbygger enn menn i denne perioden (om lag 1 prosent høyere) (Figur 5-5). Med fjerningen av knekkpunkt og innføring av pasienttilpasset basistilskudd i 2023 fikk derimot menn noe høyere basistilskudd per innbygger enn kvinner. Ved utgangen av 2023 mottok kvinner i gjennomsnitt 841 kr per listeinnbygger per år, mens tilsvarende for menn var 843 kr. Ulik listelengde gjør imidlertid at menn i hele perioden har fått høyere samlet basistilskudd enn kvinner.

Figur 5-5: Gjennomsnittlig basistilskudd per fastlege og per innbygger på listen, forskjell mellom menn og kvinner, 2016-2023



Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics og Universitetet i Oslo. * Beregnet til årlige størrelser med utgangspunkt i basistilskudd utbetalt i desember hvert år (fastleger som mottar grunnstilskudd er holdt utenom).

Når det gjelder forskjeller mellom fastleger av ulik alder, får eldre fastleger i gjennomsnitt mer i basistilskudd totalt enn yngre fastleger som følge av at de har flere innbyggere på listen. Yngre fastleger fikk mer i gjennom-

²⁰ I denne beregningen holdes tillegg i basistilskuddet for kommunekjennetegn utenom. Beregnet med utgangspunkt i basistilskudd og listelengder 01.12.2023. 1. og 99. persentil er trimmet for å holde ekstremverdier utenom.

snittlig basistilskudd per innbygger fra 2020 som følge av at de har kortere lister og dermed fikk knekkpunkts-tillegg for en større andel av innbyggerne på listen. I 2023 ble forskjellen i basistilskudd per innbygger mellom de ulike aldersgruppene mindre, men det er fortsatt slik at fastlegene under 40 år i gjennomsnitt får høyere basistilskudd per innbygger enn fastleger over 60 år. (Se beregninger i vedlegg E)

5.3.3 Effekter av endring i basisfinansiering

For næringsdrivende fastleger avhenger inntekten i dag av innbyggerne på fastlegelisten og behandlingen legen gir til disse. Økningen og 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.

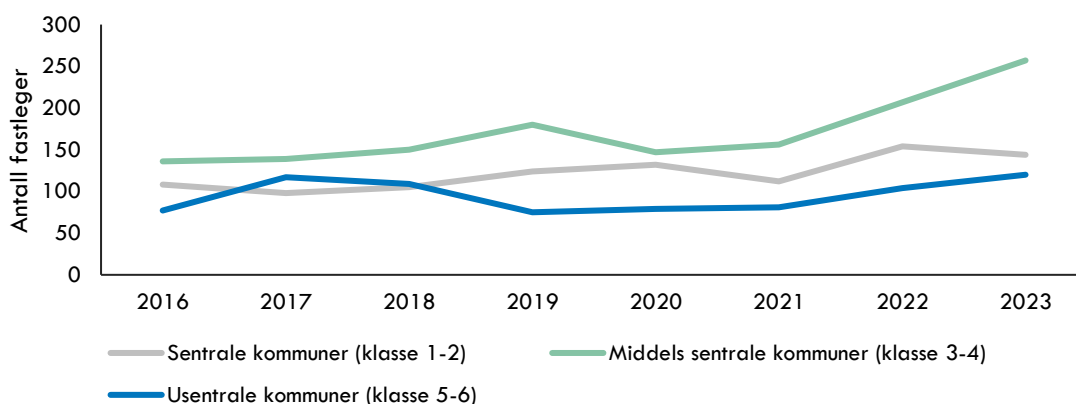
Effekter av endret basisfinansiering på rekruttering

Økt inntekt vil generelt være positivt for rekrutteringen til et yrke ettersom det gjør yrket mer lukrativt sammenlignet med andre yrker. I 2023 har inntekten legene får fra basistilskuddet økt betydelig (Tabell 5-4), samtidig som rekrutteringen til yrket har vært høyere enn på lang tid (Figur 3-2). Styrkingen av basisfinansieringen virker å ha vært positivt for rekrutteringen, samtidig er det utfordrende å vite hvor mye som skyldes andre faktorer, som for eksempel den økonomiske utviklingen i spesialisthelsetjenesten.

Videre ser det ikke ut til at rekrutteringen av fastleger er særlig styrket i usentrale kommuner, til tross for at økningen i basistilskuddet har vært vesentlig større i disse kommunene. Rekrutteringen har vært sterkest og opplevd sterkest vekst fra 2022 til 2023 i middels sentrale kommuner (Figur 5-6). At kommunal ansettelse er betydelig mer utbredt blant fastleger i usentrale kommuner vil imidlertid antagelig dempe den rekrutterende effekten av økt basistilskudd i disse kommunene.

Det er heller ingen klare tegn til at innføringen av pasienttilpasset basistilskudd har gitt en ekstra effekt på rekruttering i kommuner og bydeler med lavt utdanningsnivå. Innenfor hver sentralitetsklasse er det ikke klare tegn til at en større andel av nye fastleger etablerer seg i kommuner eller bydeler med lavt utdanningsnivå (og dermed høyere basistilskudd) (se kapittel E.5 i vedlegg E).

Figur 5-6: Rekruttering av fastleger per år fordelt etter kommunens sentralitetsklasse, 2016-2023



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

Effekter av endret basisfinansiering på listelengde

Endringer i basistilskudd har også påvirkning på fastlegers ønskede antall innbyggere på sin fastlegeliste. Ved økt basistilskudd vil en fastlege få større økning i inntekt per ekstra innbygger den får inn på sin liste, samtidig som legen får høyere inntekt fra de innbyggerne den allerede har på sin liste. Økningen vil gi to motstridende insentiver. På den ene siden blir det mer lukrativt å ta på seg ekstra listeansvar, noe som motiverer økning av listen. På den andre siden trengs det færre innbyggere på listen for å nå et visst inntektsnivå, slik at det er mulig å redusere listen, og på den måten får redusert arbeidsbelastning, uten å gå ned i inntekt. At knekkpunktet ble fjernet, motiverer også til økt listelengde. Med knekkpunkt var det mer lukrativt å øke listen opp til 1 000 listeinnbyggere, enn å øke listen videre, mens det nå er like lukrativt å øke listen uansett hvor lang listen var fra før.

Som nevnt på side 49 virker innføringen av pasienttilpasset basistilskudd å ha ført til at de listeinnbyggerne med høyere tjenestebehov (i form av antall konsultasjoner og antall lange konsultasjoner) gir høyere basistilskudd til fastlegen. Vi finner imidlertid ikke en sammenheng mellom basistilskudd per innbygger og endring i fastlegens

listelengde i løpet av 2023 (vedlegg E). Med andre ord finner vi ikke tegn til at fastleger med listeinnbyggere med høyere tjenestebehov har endret listelengden sin som følge av innføringen av pasienttilpasset basistilskudd.

Det kan ta tid å fylle opp eller redusere en fastlegeliste. Endringer i fastlegenes ønskede listelengde gir derfor først utslag i fastlegenes listetak. Blant næringsdrivende fastleger som var fastleger hele året, var det i 2023 en større andel som økte listetaket sitt med minst 50 plasser og en lavere andel som reduserte listetaket med minst 50 plasser enn tidligere (Tabell 5-5). Økningen i listetak per lege var imidlertid mindre enn i 2021 og 2022, samtidig som de som reduserte listetaket reduserte det med mer enn tidligere. Dermed ble samlet kapasitet fortsatt redusert i 2023. Blant de som var fastleger i hele 2023 ble listetaket i gjennomsnitt redusert med 10 plasser per lege.

I 2023 var andelen kvinner blant de som økte listetaket noe høyere enn i tidligere år. I tillegg kom litt færre av økningene og flere av reduksjonene i listetak i usentrale kommuner enn tidligere (vedlegg E). Alt i alt virker det imidlertid ikke å være store endringer i hvilke fastleger som endrer listetaket sammenlignet med tidligere år.

Tabell 5-5: Endring i listetak blant de som var næringsdrivende fastlege* hele året, 2020-2023

	2020 til 2021	2021 til 2022	2022 til 2023
Andel leger som økte listetaket med minst 50 plasser i løpet av året	4 %	5 %	8 %
Andel leger som ikke endret listetaket med mer enn 50 plasser i løpet av året	75 %	78 %	80 %
Andel leger som reduserte listetaket med minst 50 plasser i løpet av året	21 %	17 %	12 %
Gjennomsnittlig økning i listetak blant de som økte med minst 50 plasser	+217	+231	+160
Gjennomsnittlig reduksjon i listetak blant de som reduserte med minst 50 plasser	-146	-167	-180

Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics og Universitetet i Oslo. * Kommuntalt ansatte fastleger er ikke inkludert i denne analysen.

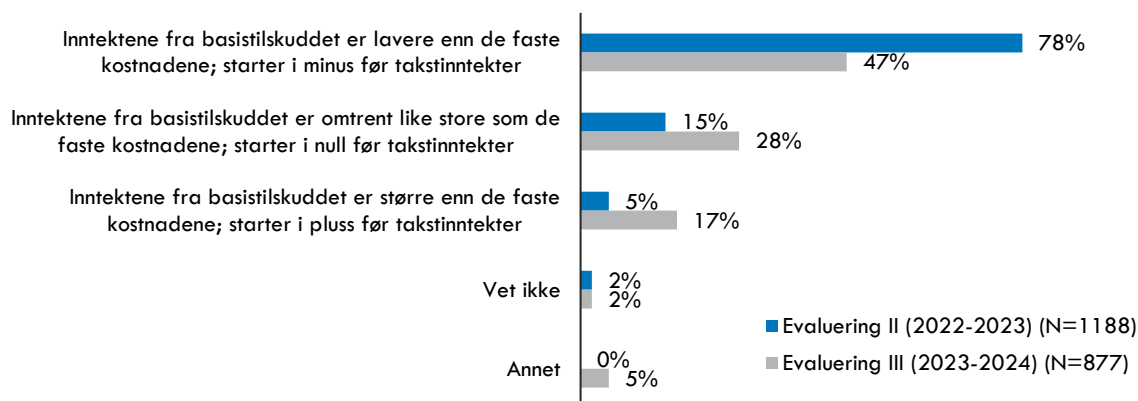
Det kan synes som at endringene i basisfinansieringen bidro til at flere næringsdrivende fastleger økte og færre reduserte listetaket, men det er fortsatt for tidlig å kunne konkludere om årsak-virkningsforholdet. Det er nødvendig med videre analyser med data over en lengre tidsperiode.

5.3.4 Fastlegenes erfaringer med pasienttilpasset basistilskudd

Fastlegene vi har intervjuet opplever det som positivt at basistilskuddet har økt. De opplever at styrket økonomi er bra for rekruttering, bidrar positivt til arbeidssituasjonen og viser at utfordringene i fastlegeordningen tas på alvor.

Tidligere i evalueringsperioden pekte både fastlegene og kommunene på økt basistilskudd som det viktigste tiltaket for bedret rekruttering og stabilitet i ordningen (Pedersen, et al., 2022). I årets spørreundersøkelse oppga fastlegene en bedring i sin økonomiske situasjon. Mens det i fjorårets spørreundersøkelse var 78 prosent som oppga at basistilskuddet var lavere enn de faste kostnadene, har tilsvarende andel falt til 47 prosent i årets undersøkelse (Figur 5-7). Det er ikke nødvendigvis meningen at basistilskuddet skal dekke fastlegenes faste kostnader, men det gir allikevel et bilde på fastlegenes opplevelse av økonomisk trygghet. I tillegg oppga 62 prosent av fastlegene at de opplever økonomisk trygghet i sin arbeidssituasjon (vedlegg B), sammenlignet med 46 prosent i første evalueringsrapport (Pedersen, et al., 2022).

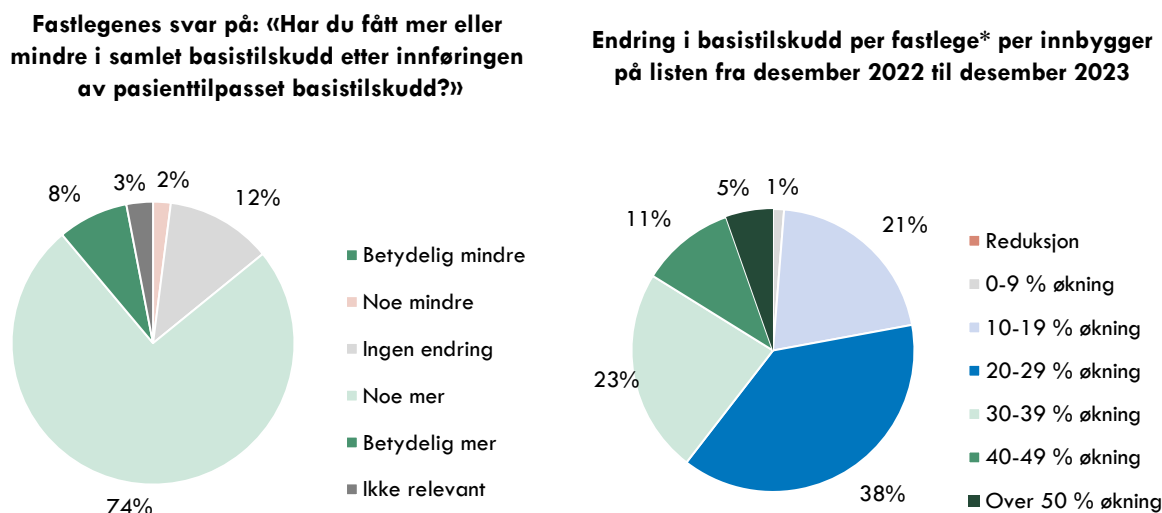
Figur 5-7: Fastlegenes svar på: «I hvilken grad dekker inntektene fra basistilskuddet dine faste kostnader (kostnader til lokale, annet personell på legekantoret og utstyr?)»



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Evalueringsrapport II: undersøkelse gjennomført desember 2022. Evalueringsrapport III: undersøkelse gjennomført desember 2023.

I spørreundersøkelsen svarte de fleste fastlegene (74 prosent) at de har fått noe mer i basistilskudd etter innføringen av pasienttilpasset basistilskudd. 12 prosent svarte at det er ingen endring i hva de får i basistilskudd, mens kun 2 prosent oppga at de har fått mindre (Figur 5-8). Fra registerdata finner vi at ingen fastleger fikk mindre i basistilskudd per innbygger på listen i desember 2023 enn i desember 2022 (fastleger med grunnstilskudd er holdt utenom). Tilnærmet alle fikk over 10 prosent økning, og det vanligste var 20 til 30 prosent økning. 5 prosent av fastlegene fikk over 50 prosent økning i basistilskuddet per innbygger på listen. En årsak til at flere fastleger i spørreundersøkelsen oppga ingen endring eller nedgang i basistilskuddet, kan være at de har redusert listelengden, slik at de får mindre i samlet basistilskudd per måned selv om basistilskudd per innbygger har økt.

Figur 5-8: Endring i basistilskudd fra spørreundersøkelse til fastleger og fra registerdata

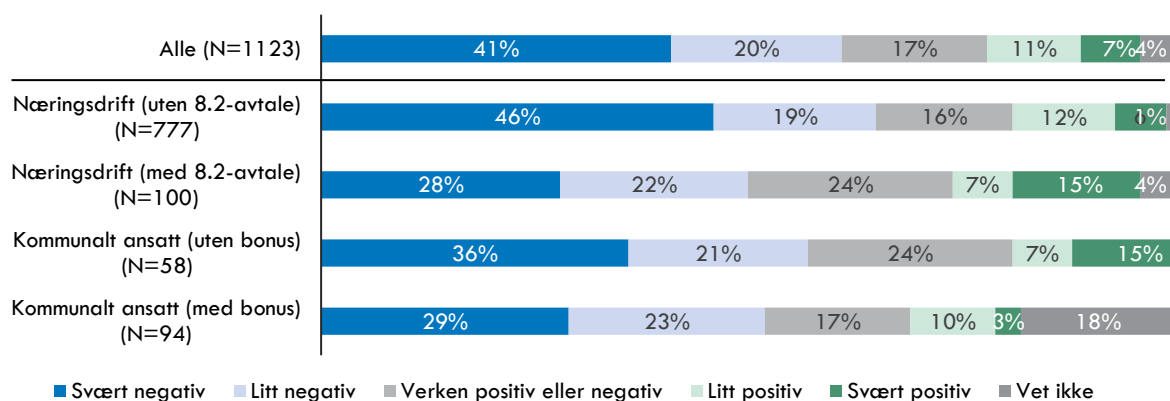


Kilde: FLO og spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. *Inkluderer kun de som var fastlege ved utgangen av både 2022 og 2023. Fastleger som mottok grunnstilskudd, er holdt utenom.

Samtidig som fastlegene er positive til styrkingen av basisfinansieringen, er det flere som trakk frem at det er negativt med så store endringer i utformingen av finansieringen fordi det bidrar til økt uforutsigbarhet. I tillegg er fastlegene negative til flere aspekter ved pasienttilpasset basistilskudd. I spørreundersøkelsen oppga 61 prosent å være negative (hvorav 41 prosent svært negative) til at knekkpunktet ble erstattet av pasienttilpasset basistilskudd (Figur 5-9). Også på tvers av driftsform, alder, listelengde og kommunens sentralitet er flertallet av fastlegene negative, men det er noe variasjon mellom gruppene. Fastleger i sentrale kommuner er noe mer negative

enn de i usentrale kommuner og de med kortere liste er noe mer negative enn de med lang liste. Andelen som er negative til endringen er imidlertid noe lavere enn andelen som i fjorårets undersøkelse var negative til endringen før den hadde funnet sted. I fjorårets undersøkelse var 79 prosent negative (hvorav 64 prosent svært negative) til forslaget om å erstatte knekkpunktet med risikojustering av basistilskuddet (Pedersen, et al., 2023).

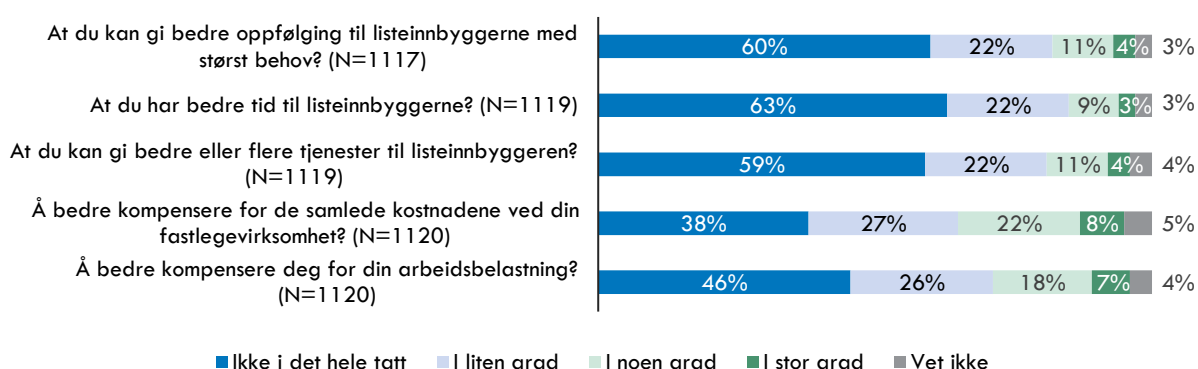
Figur 5-9: Fastlegenes svar på: «Alt i alt, hvor positiv eller negativ er du til å erstatte knekkpunktet med pasienttilpasset basistilskudd?»



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Fastlegene opplever ikke at pasienttilpasset basistilskudd bidrar til at de kan gi bedre oppfølging til listeinnbyggerne med størst behov, at de har bedre tid til listeinnbyggeren eller at de kan gi bedre eller flere tjenester til listeinnbyggerne sine. Om lag 60 prosent oppga at pasienttilpasset basistilskudd ikke i det hele tatt bidrar til disse målene, og over 20 prosent svarer at det i liten grad bidrar til disse målene (Figur 5-10). Dette understøttes av intervjuene, hvor fastlegene oppga at de ikke endrer hvilke pasienter de har på sin liste, hvor lang liste de har eller hvor mye tid de bruker på ulike pasientgrupper som følge av innretningen av basistilskuddet. Fastlegene pekte på at utforming av basistilskuddet generelt ikke påvirker hvordan de jobber i arbeidshverdagen ettersom endringen påvirker de faste inntektene, og ikke aktiviteten på legekantoret. Flere trekker frem at det er endringer i takstsystemet som fører til endret atferd, ikke endring i basisfinansieringen. Mange av fastlegene pekte på at en omlegging av takstsystemet, med økte takster for prosedyrer og oppfølging av pasienter med særlige behov, ville vært mer hensiktsmessig.

Figur 5-10: Fastlegenes svar på: «I hvilken grad tror du at pasienttilpasset basistilskudd vil bidra til:»



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Flertallet av fastlegene oppga også at pasienttilpasset basistilskudd ikke i det hele tatt eller i liten grad bidrar til å bedre kompensere for arbeidsbelastning og de samlede kostnadene ved fastlegevirksomheten (Figur 5-10). I intervjuer sa flertallet at selv om økningen var positiv opplever fastlegene at pasienttilpasset basistilskudd i liten grad kompenserer for dagens arbeidsbelastning og drift. Tilnærmet alle sa at de heller ville hatt tilsvarende økning i knekkpunktsmodellen. Hovedårsaken er at vektingen av ulike typer pasienter ikke oppleves å reflektere den faktiske arbeidsmengden den enkelte pasient medfører for fastlegen. For eksempel trekkes særlig yngre

pasienter med rus- og psykiatrilidelser frem som en type pasient som krever mye oppfølging, men som ikke reflekteres i utformingen av basistilskuddet. Ettersom fastlegene ikke selv bestemmer sammensetningen av pasienter på sin liste, opplever flere fastleger at forskjellene i basistilskudd mellom leger som noe vilkårlig og urettferdig. I tillegg trekker mange frem at ordningen skaper større uforutsigbarhet ettersom basistilskuddet vil kunne variere fra måned til måned.

«Ordningen er totalt uforutsigbar i forhold til arbeidsmengde og tyngde på listen. De tyngste eldre kan like gjerne være fast beboer på sykehjem og dermed ikke belaste listen i det hele tatt, mens en ung psyk pasient kan gi mye merarbeid.»

Sitat fra fastlege, oppgitt i spørreundersøkelsen

Flere av fastlegene trakk også frem at de er misfornøyde med fjerningen av knekkpunktet og endringen i insentiver dette medfører. De opplever at knekkpunktet signaliserte et ønske om at fastlegene skulle ha kortere lister. Mange peker på at høyere basistilskudd uten knekkpunkt gir insentiver til å ha lengre lister og kortere konsultasjoner, noe som igjen kan stimulere til høyere frekvens av henvisninger heller enn at fastlegene utfører prosedyrer selv. Flere påpeker at økte insentiver til lange lister og korte konsultasjoner er i motstrid med målet om bedre oppfølging av listeinnbyggere med størst behov. På den annen side er det også fastleger som er positive til endringen som påpeker at de i større grad enn tidligere blir belønnet for å ta på seg mer arbeid.

I tillegg er det flere av fastlegene som peker på at endringen kan gi større ulikhet i betaling mellom unge og eldre leger, ettersom eldre leger ofte har lengre lister. Det er også mange, både i intervjuer og i spørreundersøkelsen, som sa de har hørt at kvinner kommer dårligere ut enn menn som følge av endringen i finansiering, og at dette er negativt.

5.3.5 Konsekvenser for kommunalt ansatte og fastleger med 8.2-avtale

Fastleger som er kommunalt ansatte påvirkes ikke direkte av endringer i basisfinansieringen på nasjonalt nivå ettersom basistilskuddet tilfaller kommunen, som i sin tur betaler en fast lønn til legen. Det samme gjelder også for mange næringsdrivende fastleger med en 8.2-avtale med kommunen, hvor kommunen ofte beholder basistilskuddet, men til gjengjeld dekker legekontoets driftskostnader.

Blant kommunalt ansatte fastleger oppga tilnærmet alle at økt og endret basistilskudd ikke har påvirket deres lønn og at det ikke er avklart i deres ansettelsesavtaler hvordan slike nasjonale endringer påvirker legens lønn. Imidlertid oppga 18 prosent av kommunene at kommunalt ansatte fastleger har fått økt lønn som følge av økning i basistilskuddet (vedlegg E). Flere av legene trekker frem at økningen i basistilskuddet vil tas opp i neste lønnsforhandling, og at økt basistilskudd til kommunen gir bedre mulighet til å forhandle høyere lønn.

Konsekvensen av endringen i basisfinansieringen for næringsdrivende med 8.2-avtaler avhenger i stor grad av hva slags type avtale som er inngått. Mange av disse fastlegene oppga i spørreundersøkelsen at det ikke er avklart hvordan endringer i basistilskudd på nasjonalt nivå skal håndteres i avtalen. Flertallet (54 prosent) av kommunene oppga tilsvarende (vedlegg E).

I avtaler der kommunen beholder hele basistilskuddet (ofte omtalt som nullavtaler) er det vanligvis ikke avklart i avtalen hvordan endring i basistilskuddet skal håndteres, og økningen tilfaller som regel kommunen. Flere fastleger oppga i undersøkelsen at de planlegger å reforhandle avtalen med kommunen. Fastlegene som betaler en fastsatt sum til kommunene mot at de mottar lokale, utstyr eller personell, informerer at legene mottar hele basistilskuddet, mens summen som betales til kommunen indeksreguleres. Noen leger har avtale om at kommunen beholder en prosentandel av basistilskuddet. I disse tilfellene fører økt basistilskudd til økt betaling både for kommunen og legen. Om lag halvparten av kommunene (49 prosent) oppga imidlertid at økningen i basistilskudd har ført til økt betaling til fastlegene med 8.2-avtalene.

Kapittel 6: Kommunens styring og ledelse av fastlegeordningen

Kommunen har et lovpålagt ansvar om å organisere fastlegeordningen. Våre undersøkelser tyder på at det er stor variasjon mellom landets kommuner, både når det gjelder hvilke verktøy kommunen tar i bruk for å lede ordningen, og når det gjelder hvor god ledelse og dialog med fastlegene fungerer.



Over halvparten av kommunene opplever at konkurranse med nabokommuner om legeressurser medfører vesentlige merkostnader for kommunen.



Om lag halvparten av kommunene har utarbeidet en plan for drift og utvikling av allmennlegetjenester.



Flertallet av kommunene (71 prosent) bruker lokalt samarbeidsutvalg som arena for å følge opp fastlegeordningen og lede fastlegene, mens litt under halvparten (45 prosent) bruker allmennlegeutvalg som arena.



Fastleger har delte meninger om hvorvidt kommunen har god dialog med fastlegene og god ledelse av fastlegeordninger.



Kommunene opplever i større grad enn fastlegene å ha god dialog med fastlegene og god ledelse av fastlegeordningen.



Blant hindre for god ledelse av fastlegeordningen oppga flest uenigheter mellom fastlege og kommune, mangel på personell og manglende samarbeidsarenaer.



Datagrunnlaget i kapitlet består av:

Spørreundersøkelser blant fastleger og fastlegevikarer januar 2022, november 2022 og desember 2023. Spørreundersøkelse til kommuneansatte med ansvar for fastlegeordningen desember 2023.

Intervjuer med fastleger i utvalgte case-kommuner

6. Kommunens styring og ledelse av allmennlegetjenesten

6.1 Kommunenes ansvar for allmennlegetjenesten

Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Videre er det kommunens ansvar å organisere fastlegeordningen, og sørge for at personer som ønsker det, får stå på en fastlegeliste, blant annet ved å sørge for at et tilstrekkelig antall fastleger deltar i ordningen.

Ansvarsfordeling internt i kommunene

Svarene på spørreundersøkelsen rettet mot ansatte i kommunen tyder på at det varierer hvem i kommunen som utøver det administrative og faglige ansvaret for fastlegeordningen. I mindre sentrale kommuner er det administrative ansvaret lagt til personer med stillingstitler som enhetsleder eller kommunalsjef helse og omsorg, som har et relativt bredt ansvar for helse- og omsorgstjenester. I de mer sentrale kommunene er det oftere personer med stilling som leder for legetjenesten eller allmennlegetjenesten som utøver ansvaret. De fleste kommunene oppga at ansvaret for faglig oppfølging av fastlegeordningen utøves av kommune- eller bydelsoverlegen. I noen kommuner er det samme person som utøver det administrative og faglige ansvaret.

Kommunene oppga at det vanligste er at personen tillagt henholdsvis administrativt og faglig ansvar bruker under 25 prosent av arbeidstiden sin til administrativ oppfølging (37 prosent svarte dette) og faglig oppfølging (60 prosent) (vedlegg E). I mer sentrale kommuner er det vanligere at den med ansvaret for fastlegeordningen bruker en større andel av arbeidstiden sin på dette.

Kommunenes kostnader knyttet til allmennlegetjenesten

Selv om mye av kostnadene knyttet til allmennlegetjenesten betales på nasjonalt nivå, er det også vesentlige kostnader for kommunene. Tidligere kartlegginger har vist at de fleste kommunene har en form for egenfinansiering av fastlegeordningen utover nasjonale tilskudd og at denne har økt over tid. Ved forrige kartlegging (i 2021) var de vanligste formene for kommunal egenfinansiering knyttet til fastlønnsavtaler (70 prosent av kommunene), avtaler om leie av kontor/utstyr til næringsdrivende (53 prosent), avtale om bruk av kommunalt helse- eller støttepersonell (51 prosent) og bruk av vikarer eller vikarbyrå (50 prosent). (Ipsos, SØA, 2022)

Rekrutteringsutfordringer og mangel på fastleger kan føre med seg ytterligere kostnader fra kommunen fordi legemangel skaper konkurranse mellom kommunene i rekrutteringen. I intervjuer med fastleger forteller flere om hvordan egen kommune ser seg nødt til å tilby stadig bedre vilkår for å sørge for tilstrekkelig legedekning. I spørreundersøkelsen til kommunene oppga over halvparten (59 prosent) å være litt eller helt enig i at konkurranse med nabokommuner om legeressurser medfører vesentlige merkostnader for kommunen (vedlegg D). I tillegg fører utfordringer med bemanning ofte til bruk av vikarer for å kunne ivareta tilbudet av allmennlegetjenester til befolkningen på kort sikt. Mange kommuner har de senere årene opplevd økende kostnader til fastlegevikarer, og mange ser dette særlig i sammenheng med økt tilstedeværelse av vikarbyråer.

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».

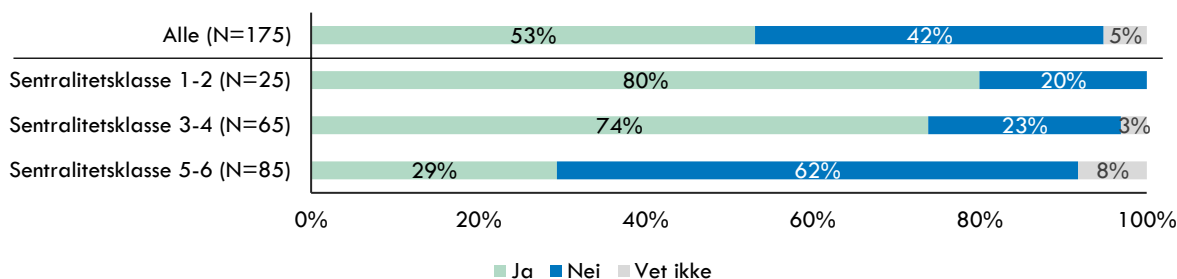
Videre defineres både kommunens og fastlegenes ansvar i Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening (ASA 4310) (KS og Den norske legeforening, 2024). Vilkår for leger og LIS1 i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale er gitt i «Særavtalen» mellom KS og Den norske legeforening (SFS 2305).

6.2 Verktøy for ledelse av allmennlegetjenesten

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 LIS1 og ALIS. Kommunen skal utarbeide plan for legetjenesten og legge denne frem for samarbeidsutvalget.

Blant kommunene i vår spørreundersøkelse oppga litt over halvparten (53 prosent) av kommunene å ha en plan for drift og utvikling av allmennlegetjenesten i kommunen (Figur 6-1). I de mest sentrale kommunene har flesteparten (80 prosent) en plan, mens tilsvarende andel er 29 prosent i de minst sentrale kommunene. At en lavere andel av de minst sentrale kommunene har en slik plan, kan skyldes høyere bruk av fast ansettelse. Generelt kan det imidlertid tenkes at plan for allmennlegetjenesten inngår som del av en annen kommunal plan.

Figur 6-1: Kommunenes svar på: «Finnes det en egen plan for drift og utvikling av allmennlegetjenesten i kommunen?»



Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte i kommunene som har ansvar for allmennlegetjenesten, desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Svar på spørsmålet er analysert på kommunenivå. Kategorisert etter SSBs sentralitetsindeks hvor 1 = mest sentral og 6 = minst sentral.

6.3 Arenaer for dialog mellom kommunene og fastlegene

Alle selvstendig næringsdrivende og ansatte leger har i utgangspunktet møteplikt i allmennlegetutvalget (ALU), som videre velger representanter til lokalt samarbeidsutvalg (LSU) (se faktaboks). Flertallet av kommunene (71 prosent) oppga at de bruker lokalt samarbeidsutvalg (LSU) for å følge opp fastlegeordningen, mens under halvparten (45 prosent) oppga å bruke allmennlegetvalg. Andelen kommuner som benytter LSU og ALU er høyere blant de mer sentrale kommunene. Funn fra intervjuene tyder på at fastleger i mindre sentrale kommuner opplever at de har mindre behov for formelle møtearenaer. I noen kommuner deltar alle legene i LSU, slik at det blir mindre behov for ALU. Flere av fastlegene vi har intervjuet oppga at de også har jevnlig kontakt med kommunen gjennom kurs i kommunens regi (som de får tellende til spesialisering). Om lag halvparten (49 prosent) oppga å bruke andre arenaer for å følge opp fastlegeordningen og lede fastlegene, herunder faste eller sporadiske møtepunkter utover LSU og ALU eller kontinuerlig dialog over telefon eller e-post.

6.3.1 Allmennlegetvalg

Over halvparten av fastlegene (53 prosent) at de alltid eller ofte deltar i ALU. Noen av fastlegene oppga i intervjuer at de i liten grad opplever at innspill fra ALU til LSU tas hensyn til i kommunens arbeid, og at det derfor ikke er nyttig å bruke tid på ALU. I gjennomsnitt oppga kommunene at det arrangeres seks møter i allmennlegetutvalget per år. Det vanligste virker å være å ha to til tre møter per år, mens det er noen kommuner som har månedlige eller ukentlige møter.

Om lag halvparten (52 prosent) av kommunene oppga at de holder oversikt over hvilke fastleger som møter i ALU. Om lag 80 prosent oppga at det stort sett er de samme fastlegene som deltar på møtene. Kommunene oppga også at det vanligvis ikke oppstår konsekvenser for fastleger som ikke deltar, og at de ikke ønsker sanksjoner fordi det vil virke negativt inn på samarbeidsklimaet mellom legene og kommunen.

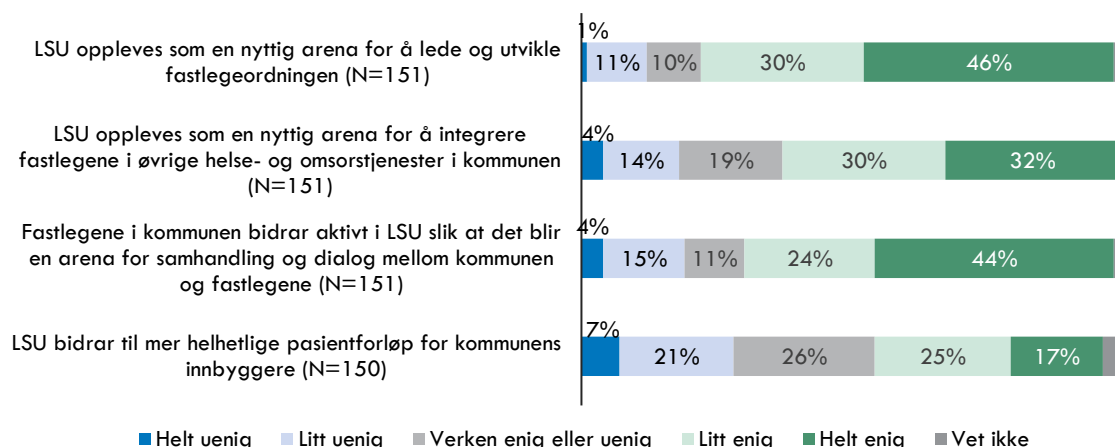
Fastlegene opplyste i intervjuer at oppmøteandelen i ALU varierer mye, på alt mellom 15 og 70 prosent. Lavt oppmøte skyldes at noen leger opplever at det ikke er nyttig fordi de ikke føler de har en reell påvirkningskraft på kommunen. Ellers brukes ALU til å sørge for en enhetlig fastlegetjeneste; hvor fastlegene diskuterer seg imellom hvordan de driver praksis for å sørge for at alle innbyggere har et likt tilbud. Videre fortalte fastlegene

at ALU brukes som fagmøter, og at de ønsker at kommunen skal bruke møtene til å nå ut til fastlegene. Det ble særlig trukket frem at det er viktig at alle fastleger kjenner til rutiner og tilbud i øvrige helsetjenester.

6.3.2 Lokalt samarbeidsutvalg

Blant kommunene som oppga å bruke LSU som arena for å følge opp fastlegeordningen, oppga flertallet å avholde møter halvårlig eller oftere (91 prosent). Kommunene i spørreundersøkelsen opplever i stor grad at LSU er en nyttig arena både for å lede og utvikle fastlegeordningen, samt for å integrere fastlegene i øvrige helse- og omsorgstjenester (Figur 6-2). Flertallet av kommunene opplever også at fastlegene bidrar aktivt i LSU. Kommunene har mer delte meninger om hvorvidt LSU bidrar til mer helhetlige pasientforløp for innbyggerne.

Figur 6-2 Kommunenes svar på: «Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander?»



Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte i kommunene som har ansvar for allmennlegetjenesten desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Svar på spørsmålet er analysert på individnivå.

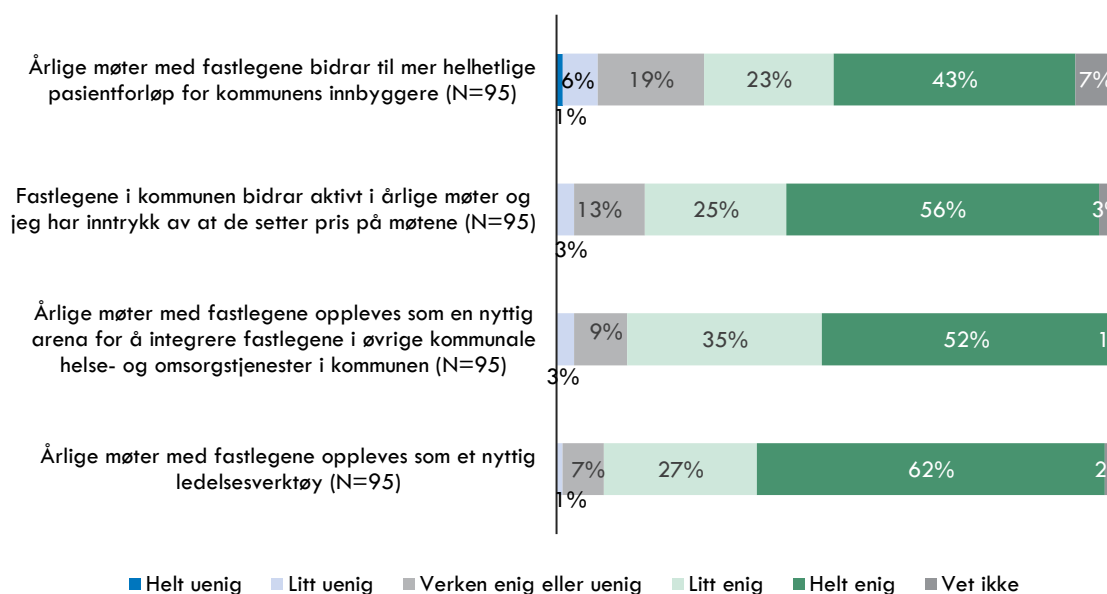
Fastlegene vi har intervjuet har imidlertid ulike opplevelser av hvorvidt LSU er nyttig og leder til konkrete resultater, og noen opplever at innspill fra ALU til LSU ikke følges opp av kommunen. Fastleger forteller både om kommuner som ikke arrangerer LSU, og om kommuner som arrangerer LSU, men der det ikke gis mulighet til å snakke om utfordringer som legevakt og økonomi. LSU virker å være nyttig både for at fastlegene skal kunne påvirke fastlegetjenesten og for å skape en felles forståelse av hvordan man skal sørge for å løse det ansvaret kommunen har for allmennlegetjenesten sammen. Fastlegenes forslag for å forbedre tjenesten krever imidlertid økonomiske midler, noe kommunen ikke nødvendigvis har, og som gjør at konkrete resultater uteblir. Noen forteller også at LSU brukes for å samordne tjenestene i kommunen og sørge for god oppgavedeling.

6.3.3 Øvrig dialog mellom kommunene og fastlegene

I henhold til punkt 10.5 i rammeavtalen for fastlegeordningen må legen *minst en gang per år delta i møte med kommunen med det formål å drøfte legens virksomhet i forhold til kommunale mål, retningslinjer, planer og vedtak*. 25 prosent av kommunene i utvalget oppga at de avholder et årlig individuelt møte med alle legene i kommunen, mens 43 prosent oppga at de ikke avholder denne typen møter (vedlegg D). Blant mindre sentrale kommuner er det kun 4 prosent som oppga at de avholder årlig møte med alle legene. Flere utdyper at dette skyldes at det er for tidkrevende, men at de har årlige samtaler med hvert enkelt fastlegekontor.

Kommunerepresentantene som avholder årlige individuelle møter med kommunens fastleger, virker å ha positive erfaringer med møtene (Figur 6-3). Over 80 prosent er helt eller litt enige i at møtene oppleves som et nyttig ledelsesverktøy, bidrar til mer helhetlige pasientforløp for kommunens innbyggere, at fastlegene bidrar aktivt i årlige møter og setter pris på møtene, og at møtene oppleves som en nyttig arena for å integrere fastlegene i øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester.

Figur 6-3 Kommunenes svar på: «Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander?»



Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte i kommunene som har ansvar for allmennlegetjenesten desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Svar på spørsmålet er analysert på individnivå.

Både i små og store kommuner virker kommunene å ha kontakt med fastlegekontorene utover det som er avtalefestet. En del respondenter fra kommunene oppga i spørreundersøkelsen å ha sporadisk kontakt med fastleger over telefon eller e-post i spesielle tilfeller der fastlegen trenger bistand, for eksempel hjelp til å skaffe vikar eller spørsmål knyttet til listen sin, spesielt utfordrende pasienter eller utfordring med samarbeid mellom andre tjenester. Noen besøker også jevnlig fastlegekontor for lunsjmøter eller sender ut nyhetsbrev med informasjon månedlig eller oftere for å være transparent om hva som foregår i kommunen. I mer usentrale kommuner oppga representantene fra kommunene at det er jevn kontakt over telefon eller gjennom personalmøter på legekontorene. Vårt inntrykk er at det virker å være mer uformell og kontinuerlig dialog i mindre sentrale og mindre folkerike kommuner. I tillegg har de i større grad faste, regelmessige møtepunkter, til forskjell fra de mer sentrale og folkerike kommunene, der kontakten i større grad skjer ved behov.

6.4 Opplevelse av kommunens styring og ledelse av fastlegeordningen

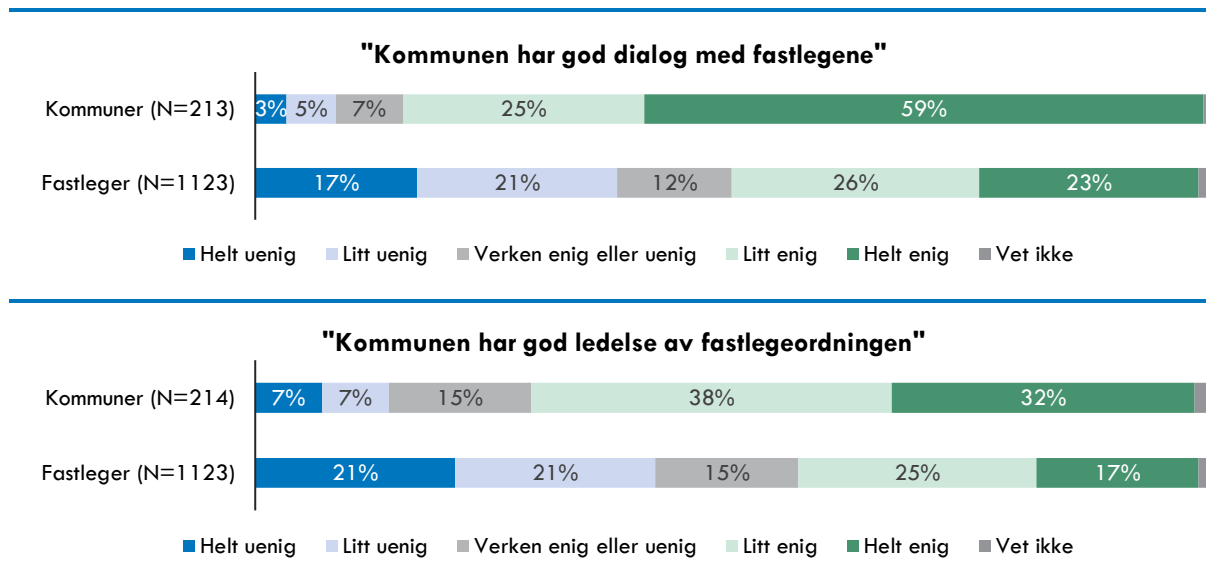
Både i spørreundersøkelse og intervjuer hadde fastlegene delte meninger rundt hvorvidt kommunen har god dialog med fastlegene og god ledelse av fastlegeordningen (Figur 6-4). Fastlegene fortalte i intervju at å ha et tillitsfylt forhold er viktig for god dialog og ledelse, der aktørene strekker seg langt for å bidra. I tillegg må de ulike aktørene ha god kjennskap til hverandres arbeidssituasjon, slik at man opplever å bli forstått. Fastleger opplever det som positivt å ha ledere som har erfaring som fastlege eller helsepersonell i kommunen.

Kommunene opplever i større grad enn fastlegene at de har god dialog med fastlegene og god ledelse av fastlegeordningen (Figur 6-4). Både fastleger og representanter fra mindre folkerike kommuner er i større grad enige i at disse kommunene har god dialog med fastlegene og god ledelse av fastlegeordningen.

Allmennlegeutvalget (ALU) og samarbeidsutvalget (LSU)

Allmennlegeutvalget (ALU) har som formål «å bidra til nødvendig samarbeid mellom legene i kommunen for å sikre at legenes oppgaver ivaretas» (KS og Den norske legeförening, 2024). Kommunen skal ta initiativ til at utvalget opprettes og stille møtelokaler til disposisjon. I allmennlegeutvalget velges representanter fra legene som skal stille i **lokalt samarbeidsutvalg (LSU)**, der representanter fra kommunen og legene møtes. Hensikten er å legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte gjennom samarbeid mellom legene og kommunen (KS og Den norske legeförening, 2024). Allmennlegene skal sikres innflytelse over drift og organisering av egen praksis og eget listeansvar. I allmennlegeutvalget møtes legene i kommunen og diskuterer saker som de ønsker skal tas opp i samarbeidsutvalget. Både samarbeidsutvalget og allmennlegeutvalget skal møtes minst halvårlig (og etter behov).

Figur 6-4: Kommunenes og fastlegenes svar på påstander om kommunens dialog med legene og ledelse av fastlegeordningen



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer desember 2023 og spørreundersøkelse til ansatte i kommunene som har ansvar for allmennlegetjenesten, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Svar på spørsmålet er analysert på individnivå.

I spørreundersøkelsen oppga flertallet av fastlegene (58 prosent) at kommunen i noen eller i stor grad hensyntar fastlegers innspill (vedlegg E). Noen av fastlegene vi har intervjuet opplever at kommunen i liten grad tar hensyn til innspill fra legene, noe som gjør at de velger å engasjere seg mindre i samarbeidet. I tillegg opplever noen av fastlegene at kommunene har liten kompetanse og forståelse for deres arbeid. En fastlege fortalte for eksempel at kommunen tar valg knyttet til drift av legevakt uten å rådføre seg med fastlegene.

Samlet sett tyder funnene på at det er stor variasjon mellom landets kommuner hvor godt samarbeidet mellom kommunen og fastlegen fungerer.

6.4.1 Hinder og suksesskriterier for god ledelse av fastlegeordningen.

På spørsmål om hva som oppleves som hindre for god ledelse av fastlegeordningen oppga flest ansatte i kommunene:

- Uenigheter mellom fastlege og kommune (57 prosent)
- Mangel på personell (50 prosent)
- Manglende samarbeidsarenaer (47 prosent)

I fritekst og i intervjuer trakk mange av kommunerespondentene og fastlegene frem at ustabil fastlegeordning og legemangel er hovedårsaker til at kommunen opplever utfordringer ved ledelse av fastlegeordningen og dialog med fastlegene. Kommunene oppga å bruke mye tid og økonomiske ressurser på å rekruttere nye fastleger og sørge for vikarer til ubesatte hjemler. Dermed nedprioriteres arbeid med ledelse. I tillegg trekker enkelte fastleger frem at det meste av samarbeidet og samhandlingen mellom kommuneledelsen og fastlegene er knyttet til økonomi, og at det skaper frustrasjon når fastlegene opplever at kommunen ikke imøtekommer dem på sine økonomiske krav. Flere fastleger trekker imidlertid frem at det ikke nødvendigvis står på kommunens vilje, men også deres ressurser til å innføre tiltak. Fastleger fortalte særlig om konflikter knyttet til dekning av vakante legevakter, dårlig betalte nattevakter, mangel på 8.2-avtaler eller andre tiltak for allerede etablerte fastleger. Felles for disse problemene er nettopp at kommunen ikke har økonomiske ressurser til å ansette nok vikarer og tilby fastlegene gode avtaler. Noen fastleger opplever også at kommunen ikke prioriterer ressursene godt nok.

*«Leiing og dialog er prega av **mangel på fastlegar i kommunen**. Vi har til ei kvar tid vikarar inne på 20-25 % av listene og mykje av leiinga sin kapasitet og økonomiske ressursar går med til å skaffe dekning på fastlegelistene. Forholdet mellom fastlegane og leiinga er delvis prega av **mistillit**, mykje grunna i at fastlegane ikkje opplever at kommunen tar nok tak i utfordringane med å skaffe fastlegar og å stabilisere*

fastlegeordninga. Kommunen, på si side, opplever at det å rekruttere og halde på fastlegar krev så mykje at det blir lite tid og ressursar til langvarige tillitsskapande og stabiliserande tiltak. Vi skulle gjerne hatt tid og ressursar til å "møte" fastlegane sitt behov for oppfølging, og til fagleg oppfølging og kvalitetsforbetring.»

Sitat fra kommunerepresentant fra en mellomstor kommune, oppgitt i spørreundersøkelse

Mange av fastlegene fortalte i intervjuer at kommunen oppleves som fraværende. For sykdom, fravær eller leger som har delvis permisjon for andre verv må de selv dekke med vikarer eller så må de andre fastlegene på kontoret dekke over. I tillegg oppleves manglende grad av faglig ledelse. Noen trekker frem at dette ble særlig synlig under koronapandemien, da de opplevde å i stor grad være overlatt til seg selv i forhold til faglige utfordringer. Noen fastleger oppga at de ønsker å kunne diskutere utfordrende pasienter eller problemstillinger med en faglig leder. Disse utfordringen kan skyldes manglende kapasitet i kommunen til å følge opp eller manglende kompetanse i kommunen.

Flere representanter fra kommunene trakk også frem at de opplever utfordringer med å få fastlegene til å påta seg øvrige arbeidsoppgaver som ikke er obligatoriske (som for eksempel kvalitetsarbeid) og at det er vanskelig å få møtt legene, fordi de ikke deltar på møter med mindre det honoreres. Noen kommuner og fastleger fortalte at de derfor gir honorar for deltakelse i ALU og LSU. I tillegg brukes også kurs, der fastlegene kan få poeng som teller som del av spesialiseringen, som en måte å motivere fastleger til å møte kommunen.

Flere representanter fra kommunen trakk også frem utfordringer knyttet til at kommuneledelsen ikke har nok kunnskap om regelverket og arbeidssituasjonen til fastlegene. Flere fastleger påpekte at de opplever samarbeidet som utfordrende fordi kommunen ikke har forståelse for deres arbeidshverdag. Det oppleves som positivt når noen i kommuneledelsen, for eksempel kommuneoverlegen, selv jobber som eller nylig har jobbet som fastlege. Det oppleves som viktig at fastlegene har tillit til ledere av fastlegeordningen, og at dette ofte oppnås ved at ledelsen har god kjennskap til hvordan fastlegeordningen fungerer og til de lokale forholdene i kommunen.

Når det kommer til suksesskriterier for å sikre god ledelse av fastlegeordningen, trakk flertallet av respondentene frem god kommunikasjon og regelmessig dialog. Noen påpekte at det er viktig med regelmessige fellessamlinger, og at eksempelvis LSU- og ALU-møter oppleves som hensiktsmessige. Videre trakk andre frem at det er viktig med regelmessige individuelle møter med fastlegene i tillegg, og at «medarbeidersamtaler» oppleves som et viktig verktøy. Enkelte opplever at en plan for allmennlegetjenesten i kommunen er nyttig, og at det er viktig at fastlegene involveres i utarbeidelsen av dette. I tillegg ble god tilgjengelighet og gjensidig respekt mellom fastlegene og ledelsen for fastlegeordningen er sentralt for å få til en god dialog fremhevet. I intervjuene er fastlegene i stor grad enig i suksesskriterier for kommunens ledelse; de fleste som opplever å være fornøyde med kommunen oppga og å ha tett og god dialog. Videre fortalte fastleger som er fornøyde om en kommuneledelse som bistår med vikarer, sørger for veiledere, følger opp ALIS og betaler for supervisjon for å gjøre arbeidshverdagen for fastlegene lettere. Samtidig ønsker fastlegene mest mulig selvstendighet og autonomi. Det virker imidlertid å være forskjeller mellom fastleger i hvor stor grad de ønsker involvering av kommunen; noen ønsker full autonomi, mens andre ønsker en leder som man kan ha forståelse for sitt arbeid og som man kan rådføre seg med ved behov. Også en kommunerespondent trekker frem behov for felles forståelse og tillit. I tillegg skriver respondenten at regelmessige treffpunkt gjør det enklere å løse problemstillinger.

«Felles forståelse og tillit er viktig. Regelmessige treffpunkt (formell og uformell) mellom ledelsen og legene gjør at problemstillinger kan tas opp og løses på et tidlig tidspunkt.»

Sitat fra kommunerepresentant, oppgitt i spørreundersøkelse

Kapittel 7: Samarbeid og samhandling

På tvers av landets fastlegekontorer, som varierer i størrelse og organisering. Fastlegene virker å være fornøyde med sammensetning av personell, mens øvrig personell er fornøyde med samarbeidet og ledelsen på legekontoret. Våre undersøkelser tyder også på at fastlegene opplever samhandlingen med øvrig helsejeneste som god. I dag pågår det også positivt utviklingsarbeid gjennom samhandlingslegeordningen og styrking av helsefellesskap.



Mange fastleger (38 prosent) oppga at de ikke ønsker seg noe annet personell på legekontoret, mens andre oppga at de ønsker seg psykolog (42 prosent), sykepleier (24 prosent) og fysioterapeut (24 prosent).



Om lag halvparten av annet helsepersonell oppgir at det kunne vært hensiktsmessig med sykepleier og/eller helsesekretær for oppgavedeling og utvidelse av tjenestetilbudet.



Fastlegene opplever at økonomi og størrelsen på kontorlokalet er barrierer for å ansette mer personell på legekontoret.



Flertallet av øvrig personell er fornøyde med samarbeidet og ledelsen på legekontoret, og to av tre øvrig personell mener de ansatte arbeider som et team.



Flesteparten av fastlegene oppga at samhandlingen fungerer godt med andre kommunale helse- og omsorgstjenester (65 prosent), spesialisthelsetjenesten (66 prosent), og andre aktører i akuttmedisinsk kjede (65 prosent).



Samhandlingslege og helsefellesskap er ment å styrke samhandlingen mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Arbeidet med helsefellesskap er i en tidlig fase og inntrykket er at det ikke har gitt konkrete effekter på samhandlingen.

Datagrunnlaget i kapitlet består av:

Registerdata: FLO

Spørreundersøkelser blant fastleger og fastlegevikarer januar 2022, november 2022 og desember 2023. Spørreundersøkelse til øvrig personell på fastlegekontor desember 2023. Spørreundersøkelse til kommuneansatte med ansvar for fastlegeordningen desember 2023.

Intervjuer med fastleger og øvrig personell i utvalgte case-kommuner, intervjuer med samhandlingsleger og intervjuer med andre aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste.



7. Samarbeid og samhandling

7.1 Organisering av og samarbeid på fastlegekontoret

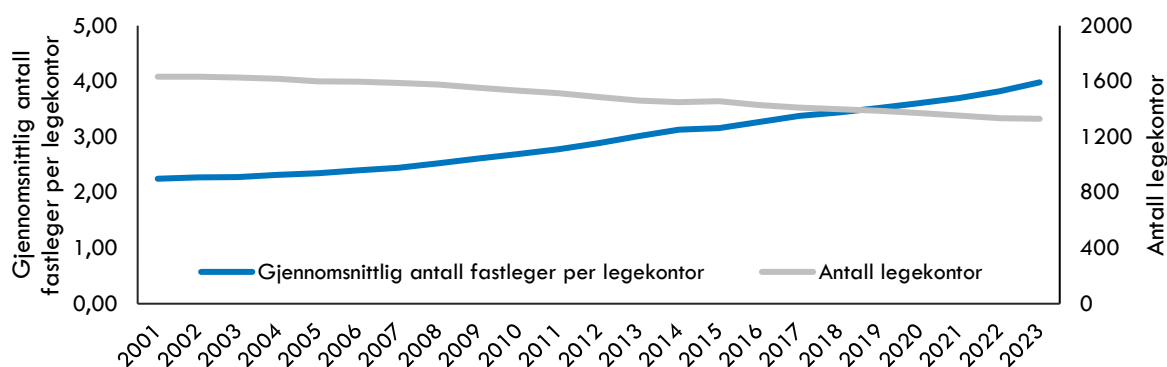
Fastlegekontorene i Norge varierer i organisering og størrelse. Enkelte fastlegekontor er organisert som små enheter med få leger og helsesekretærer, mens andre enheter er organisert i større legekontor eller helsehus hvor flere typer personell er samlokalisert og arbeider tett sammen.

7.1.1 Størrelsen på og bruk av annet personell på fastlegekontoret

Siden fastlegeordningen ble innført i 2001, har antall legekontor gått ned mens antall leger på legekontorene har økt (Figur 7-1). I 2023 falt antall legekontor ytterligere, fra 1334 legekontor i 2022 til 1330 i 2023.

Samtidig har gjennomsnittlig antall fastleger per legekontor gått opp fra 3,82 leger i snitt i 2022 til 3,98 leger i snitt i 2023.

Figur 7-1: Gjennomsnittlig antall fastleger per legekontor, og antall legekontor 2001-2023



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

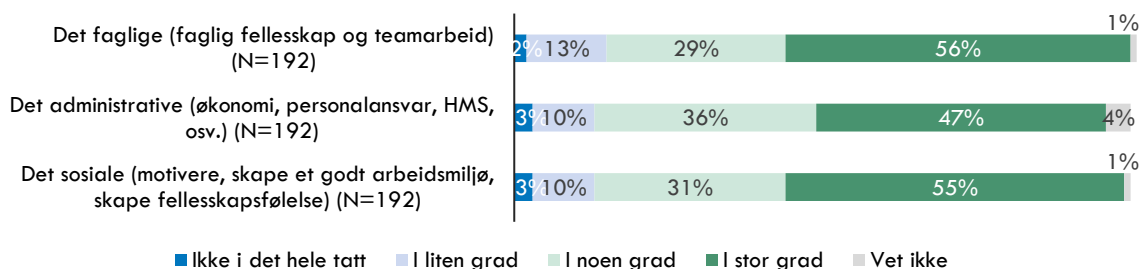
Øvrig personell oppga i spørreundersøkelsen at det i gjennomsnitt arbeider flest helsesekretærer og sykepleiere på legekontorene, utenom fastlegene. Type personell på legekontoret varierer på tvers av fastlegenes driftsform. Øvrig personell på legekontor med kommunalt ansatte fastleger oppga flest sykepleier-årsverk. Til sammenligning oppga øvrig personell på legekontor med selvstendig næringsdrivende fastleger flest helsepersonell årsverk. Fra intervjuer med fastlegene og øvrig personell er vårt inntrykk at legekontor som driftes av kommunen eller mottar kommunalt driftstilskudd i større grad har flere ulike typer personell på legekontoret, som eksempelvis sykepleiere.

7.1.2 Ledelse på fastlegekontoret

Fastlegekontor i Norge har ulik organisering og driftsform, noe som også fører til ulik ledelse. I spørreundersøkelsen til øvrig personell varierer det hvorvidt respondentene har en faglig og administrativ leder, og om det er samme eller ulike personer som har disse rollene. En større andel (37 prosent) svarte at det er to ulike personer på fastlegekontoret som er faglig og administrativ leder.

Om lag halvparten av øvrig personell oppga at de i stor grad opplever god ledelse når det gjelder det faglige, administrative og sosiale (henholdsvis 56 prosent, 47 prosent og 55 prosent) (Figur 7-2).

Figur 7-2: Annet helsepersonell sine svar på: «I hvilken grad opplever du god ledelse av fastlegekontoret når det gjelder:»



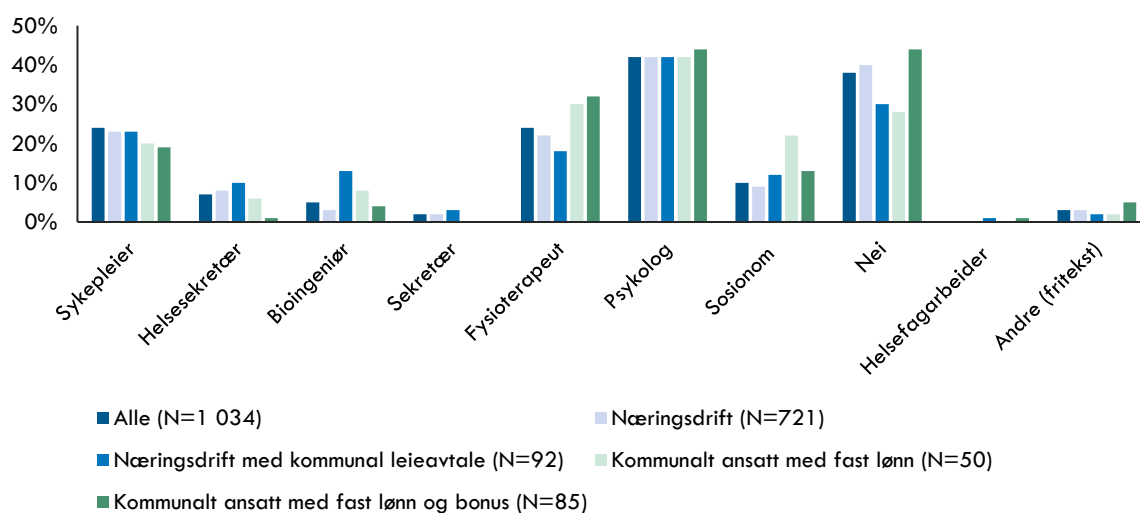
Kilde: Spørreundersøkelse til øvrig personell på fastlegekontor, desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Flertallet (69 prosent) av øvrig personell som har en faglig og/eller administrativ leder på kontoret, oppga at det tilrettelegges i noen eller stor grad for opplæring og vedlikehold av eksisterende kompetanse. Om lag 30 prosent oppga at det i liten grad eller ikke i det hele tatt tilrettelegges for. Videre oppga 42 prosent av øvrig personell at det gjennomføres regelmessige (hvert år/halvår) medarbeidersamtaler med lederen for fastlegekontoret, mens 39 prosent oppga at det gjennomføres sporadiske medarbeidersamtaler. Kun et mindretall (15 prosent) blant øvrig personell svarte at det ikke gjennomføres medarbeidersamtale med lederen.

7.1.3 Behov for annen type personell på legekontoret

I spørreundersøkelsen svarte flere fastleger (42 prosent) at de ønsker seg psykolog på legekontoret, eller at de ikke ønsker seg noe annet personell på legekontoret (38 prosent) (Figur 7-3). Sistnevnte kan tyde på at flere fastleger er fornøyde med dagens sammensetning av personell på legekontoret. I intervju trakk flere fastleger frem at de kunne tenke seg at psykologer arbeidet på legekontoret. De begrunner det med at fastlegene sitter igjen med en del pasienter med psykiske plager, ettersom det er så stor ventetid for å henvise pasienter til psykolog. En fastlege påpekte at det er ikke så viktig om psykologen sitter på legekontoret eller ikke, så lenge tilgangen på psykologer forbedres.

Figur 7-3: Fastlegenes svar på: «Er det noen typer personell du gjerne skulle hatt på legekontoret? Kryss av for alle relevante svaralternativer»



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer, desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

På spørsmålet om hvilke personellgrupper som kunne vært hensiktsmessig å ha på legekontoret for oppgavedeling og utvidelse av tjenestetilbudet, svarte om lag halvparten (49 prosent) av øvrig personell at det kunne vært hensiktsmessig med sykepleier, mens litt under halvparten (47 prosent) ønsker helsesekretær. Det er en tendens til at øvrig personell som har besvart spørreundersøkelsen opplever at de har behov for flere personer

med samme fagbakgrunn som dem selv, hvor flertallet av sykepleiere ønsker seg sykepleier (69 prosent), mens flertallet av helsesekretærer ønsker seg helsesekretær (64 prosent) (vedlegg E).

Blant fastlegene som oppga at de ønsker en annen type personell på legekantoret, svarte flertallet (86 prosent) at økonomi er den største barrieren for ansettelse av mer personell. I tillegg ble fysisk størrelse på kontorlokaler (50 prosent) og tilgang på ønsket personell (26 prosent) nevnt som barrierer. I intervjuer med fastleger ble også økonomi og fysisk størrelse på kontorlokaler trukket frem som hinder for mer personell. For eksempel påpekte noen fastleger at de kunne tenke seg å ha sykepleiere på legekantoret, men at plassbegrensninger forhindrer dette. Noen fastleger påpekt at sykepleiere også koster mer enn helsesekretærer, blant annet på grunn av pensjonsordningen til sykepleierne. I tillegg ble det trukket frem at det er utfordrende å bruke mer ressurser på å ansette øvrig personell til å utføre en del av de pasientrelaterte oppgavene som til vanlig utføres av fastlegene, så lenge det ikke innføres profesjonsnøytrale takster.

Profesjonsnøytrale takster er ett av tiltakene som er foreslått av ekspertutvalget for allmennlegetjenesten (2023). Ekspertutvalget påpekte i forslaget sitt at profesjonsnøytrale takster bør beholdes fastlegeselskap og kommunale fastlegekontor med en definert ledelse. Flere av aktørene som har sendt inn høringsvar har ulike oppfatninger om hvilke konsekvenser som vil oppstå, og hvilke organisasjonsformer en slik ordning bør gjelde for. KS er enig i at profesjonsnøytrale takster vil kunne bidra til økt tverrfaglighet på legekantoret, men påpeker at konsekvensene ved et slikt takstsystem bør utredes nærmere. Avdeling for helseledelse og helseøkonomi (HELED), ved Universitetet i Oslo og Folkehelseinstituttet er enig i forslaget om at profesjonsnøytrale takster kun bør innføres i fastlegeselskap og kommunale legekantor, mens Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) mener at profesjonsnøytrale takster ikke bør begrenses til kommunale legekantor og fastlegeselskap. Den norske legeforening oppga at de ikke støtter forslaget, men påpeker at dersom et slikt takstsystem blir innført må dette omfatte alle fastlegekontor uavhengig av driftsform (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023a).

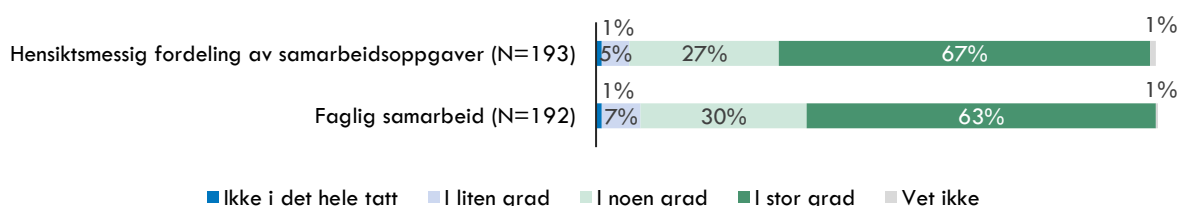
7.1.4 Samarbeid mellom fastleger og annet personell

I spørreundersøkelsen har vi definert et team som *en liten gruppe mennesker med utfyllende ferdigheter som er gjensidig avhengig av hverandre i sitt arbeid, og som har et felles mål som man sammen er ansvarlige for å oppnå*. Flertallet av øvrig personell (67 prosent) oppga at de i stor grad mener de ansatte på legekantoret jobber som et team. Denne andelen er større dersom vi kun ser på øvrig personell som jobber på legekantor med selvstendig næringsdrivende (75 prosent) eller kommunalt ansatte fastleger (75 prosent). Til sammenligning oppga en mindre andel (48 prosent) av øvrig personell på fastlegekontor med både selvstendig næringsdrivende og kommunalt ansatte leger at de i stor grad jobber i team.

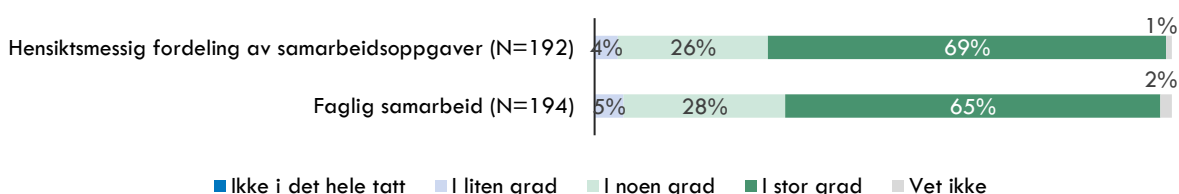
Flertallet (over 90 prosent) av øvrig personell svarte at de i stor eller i noen grad har en hensiktsmessig fordeling av samarbeidsoppgaver og velfungerende faglig samarbeid med fastlegene og annet personell på kontoret (Figur 7-4).

Figur 7-4: Opplevd samarbeid på legekantoret

I hvilken grad opplever du at samarbeidet med legen(e) på legekantoret fungerer når det gjelder:



I hvilken grad opplever du at samarbeidet med annet personell på legekantoret fungerer når det gjelder:



Kilde: Spørreundersøkelse til øvrig personell på fastlegekontor, desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Flertallet av øvrig personell opplyste i intervjuer at de har et godt samarbeid med de andre ansatte på fastlegekontoret. De som var ekstra fornøyd med samarbeidet trakk frem at de har god arbeidsflyt på legekontoret, god kommunikasjon med legene og at det er en kultur for at alle skal bidra på legekontoret. Enkelte trakk derimot frem at de største utfordringene for samarbeidet på legekontoret er mangel på fastleger og at fastlegene har stor arbeidsbelastning.

7.1.5 Arbeidsdeling og oppgaveoverføring

Et viktig virkemiddel for å avlaste fastlegene i arbeidshverdagen er bedre faglig arbeidsdeling. Litt under halvparten (45 prosent) av øvrig personell svarte at de har fått nye arbeidsoppgaver i løpet av det siste året som tradisjonelt sett ikke er en del av deres stilling. Litt under halvparten (42 prosent) av øvrig personell oppga at de ikke har fått det. Andelen øvrig personell som svarte at de har fått nye arbeidsoppgaver det siste året, er noe større blant de som arbeider hos fastleger som er selvstendig næringsdrivende (52 prosent), sammenlignet med legekontor med kommunalt ansatte leger og med en kombinasjon av fast ansettelse og næringsdrift (henholdsvis 45 prosent og 39 prosent). Blant de som oppga at de har fått nye arbeidsoppgaver i løpet av det siste året, svarte oppga flest administrativt arbeid (82 prosent), etterfulgt av opplæring av ansatte (47 prosent), finne frem til opplysninger i journalsystem (41 prosent), og kvalitetsarbeid (34 prosent).

Blant de som svarte at de har kapasitet til å avlaste fastlegene for enkelte arbeidsoppgaver, oppga flertallet at de kan bistå med administrativt arbeid (62 prosent), etterfulgt av å bidra ved sårstell, infeksjoner og øreskyl (56 prosent), delta i utredninger (54 prosent), og fylle ut NOKLUS-skjemaer (50 prosent). Dette blir også oppgitt av øvrig personell i intervjuer, men de påpeker at dette blant annet blir begrenset av dagens takstsystem.

Fastlegene hadde delte meninger i intervjuene om at øvrig personell på legekontoret skal avlaste for enkelte arbeidsoppgaver. Noen fastleger påpeker at det er positivt med sykepleiere på legekontoret ettersom de overta enkelte oppgaver rundt pasienter med astma, kols og diabetes. I tillegg blir det trukket frem at øvrig personell kan bidra med diabeteskontroller (NOKLUS), forundersøkelser, synsundersøkelser for fornying av førerkort, sårkontroll og svangerskapskontroll. Derimot er det enkelte fastleger som trakk frem at det ikke er så avlastende dersom øvrig personell skal utføre flere av fastlegens arbeidsoppgaver. Dette følger av at fastlegen fremdeles vil ha behandlingsansvaret, og derfor også må være involvert i arbeidet. I tillegg trakk enkelte fastleger frem at de ikke ønsker å delegere bort alle «enkle» arbeidsoppgaver, ettersom dette medfører at de selv får større andel krevende arbeidsoppgaver. Derimot ønsker de personell som kan bistå i oppfølgingen av pasienter med sammensatte helseutfordringer, som for eksempel psykiske problemstillinger og muskel- og skjelettplager, ettersom dette vil virke mer avlastende.

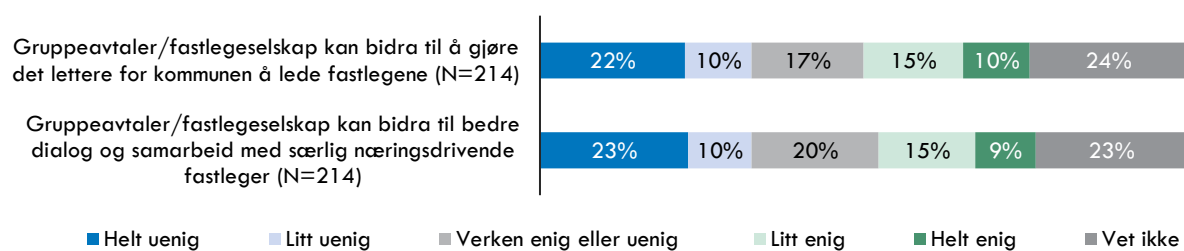
7.1.6 Gruppeavtaler og fastlegeselskap

Mange fastlegekontor består i dag av enten én eller flere selvstendig næringsdrivende fastleger som har hver sin individuelle avtale med kommunen. Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten trakk frem at dagens praksis medfører at kommunene må ha løpende kontakt og oppfølging med hver enkelt fastlege, og at dette kan gjøre det utfordrende for kommunene å lede fastlegene. Utvalget anbefalte derfor at det skulle utredes muligheter for at kommuner kan inngå ulike praksisavtaler med en gruppe fastleger.²¹ En type gruppeavtale vil være at kommunen inngår en avtale med et næringsdrivende selskap som motpart. Ekspertutvalget definerer dette som et fastlegeselskap, hvor et næringsdrivende selskap får et samlet listeansvar for et utvalg innbyggere (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023).

Respondentene i kommuneundersøkelsen har delte meninger om effekten av gruppeavtaler og/eller fastlegeselskap. Over 30 prosent av respondentene oppga at de er helt eller litt uenig i påstandene om at 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 (Figur 7-5). Til sammenligning svarte om lag 25 prosent av respondentene at de er litt eller helt enig i disse påstandene. Større andeler av respondentene oppga derimot at de enten er nøytrale til disse påstandene eller at de ikke vet, hvorav andelen som ikke vet er størst. Dette kan tyde på at det per i dag er usikkerhet knyttet til hva effekten av gruppeavtaler/fastlegeselskap vil være, eller at kommunene per i dag har liten kjennskap til gruppeavtaler/fastlegeselskap.

²¹ En variant hvor kommunen inngår en gruppeavtale med legekontoret 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 7-5: Kommunenes svar på: «Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander?»



Kilde: Spørreundersøkelse til ansatte i kommunene som har ansvar for allmennlegetjenesten desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Svar på spørsmålet er analysert på individnivå.

Funn fra høringssvarene til forslaget tyder også på at aktører har delte meninger om forslaget til at kommunen kan inngå gruppeavtale med et fastlegeselskap. Både Den norske legeförening og Norsk Fysioterapeutforbund er negative til forslaget. Den norske legeförening peker blant annet på at det kan føre til uklare ansvarsforhold, mens Norsk Fysioterapeutforbund peker på at det kan svekke den offentlige helsetjenesten. Flere aktører virker å være positive til forslaget, men mener at forslaget må utredes mer eller har enkelte forbehold til forslaget; for eksempel hvem som skal kunne ha eierandeler i selskapet. Helsedirektoratet var i sitt høringsinnspill enig i at det kan oppstå potensielle gevinster som tydeligere ledelse og mer tverrfaglighet, men påpekte at forslaget må utredes grundig før det iverksettes. Norsk sykepleierforbund var enig i vurderingen om at fastlegeselskap kan avlaste fastlegene fra administrative oppgaver og gi en bedre ledelse, men ønsker at fastlegeselskap primært skal være eid av kommunen. KS trakk frem at en utvikling av større enheter vil være positivt for kommunenes og fastlegenes muligheter for faglig utvikling og kvalitetsarbeid, men at det bør være en eller flere kommuner som har det formelle listeansvaret (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023a).

7.2 Samhandling med andre deler av helse- og omsorgstjenesten

7.2.1 Samhandling mellom allmennlegetjenesten og øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester

I spørreundersøkelsen oppga flertallet (65 prosent) av fastlegene at de er litt eller helt enig i påstanden om at samhandlingen med andre kommunale helse- og omsorgstjenester²² fungerer godt. Andelen har økt sammenlignet med resultater fra evalueringsrapport I og II, men denne økningen er ikke statistisk signifikant (vedlegg E). En større andel (86 prosent) av fastlegene som bor i små kommuner (under 5 000 innbyggere) er helt eller litt enige i at samhandlingen med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester fungerer godt, mens rundt 60 prosent av fastlegene i de øvrige kommunestørrelsene svarte dette (vedlegg E).

Flertallet (58 prosent) av fastlegene er verken enige eller uenige i påstanden om at samhandlingen med andre kommunale helse- og omsorgstjenestene har blitt bedre de siste 12 månedene. Dette tilsvarer resultatene fra fjorårets rapport (vedlegg E).

I intervjuene oppga fastlegene at de samhandler mest med hjemmesykepleien i den kommunale helse- og omsorgssektoren. De trekker frem at mye av samhandlingen foregår via PLO-meldinger, og at dette oppleves som et viktig samhandlingsverktøy som gjør det enkelt å svare ut problemstillinger og spørsmål fra hjemmesykepleien. Derimot påpeker enkelte av fastlegene at hyppig utskiftning av personell i øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester kan gi utfordringer i samarbeidet. Dette kan gi økt arbeidsbelastning for fastlegene ettersom de gjennom PLO-meldinger er mer tilgjengelige for hjemmesykepleien.

I forbindelse med evalueringsrapport III har vi intervjuet en rekke aktører i kommunal helse- og omsorgstjeneste for å få mer informasjon om hvordan de ulike aktørene samarbeider med fastlegene, og hvordan dette samarbeidet fungerer. Informantene besto av kreftkoordinatorer, hjemmesykepleier, ansatte på sykehjem og ansatte i kommunal rustjeneste (ruskonsulent). De fleste informantene opplyste om at de samhandler med fastlegene i stor grad, med unntak av ansatte ved sykehjem. Sistnevnte har ofte egne sykehjemsleger, men det hender at de er i

²² Den kommunale helse- og omsorgstjenester omfatter blant annet helse- og omsorgstjenester i private hjem, omsorgsboliger og sykehjem, fylkeskommunal tannhelsetjeneste, kreftkoordinatorer og kommunale tjenester knyttet til rus og psykiatri (Helsedirektoratet, 2022c).

kontakt med fastlegen. Flertallet av informantene oppga at fastlegen er en viktig samhandlingspartner når de skal samarbeide om å følge opp pasienten.

Tilbakemeldingene fra intervjuene med øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste er at samarbeidet med fastlegene fungerer godt. Informantene trakk frem følgende suksessfaktorer for et godt samarbeid:

- Digital kommunikasjon som PLO-meldinger
- Tilgjengelige fastleger
- God kjennskap til hverandre og gode rutiner
- Kontinuitet blant fastlegene og mindre vikarbruk

Informantene understrekte viktigheten av å ha et godt samarbeid med fastlegene for å sikre et godt tjenestetilbud til pasientene. Noen trakk også frem at de stadig har mer behov for samhandling med fastlegene som følge av at pasienter skrives tidligere ut fra sykehus, og dermed er sykere når kommunen tar over ansvaret for pasienten fra spesialisthelsetjenesten. Dette samsvarer også med funn fra intervjuer med fastlegene.

7.2.2 Samhandling mellom allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten

I intervjuer oppga fastlegene at de samhandler mye med leger på sykehus i spesialisthelsetjenesten. Flertallet av fastlegene (66 prosent) er litt eller helt enig i påstanden om at samhandlingen med spesialisthelsetjenesten fungerer godt (Vedlegg E). Dette er en forbedring fra tidligere funn i evalueringsrapport I og II, men endringen er ikke statistisk signifikant. Det at flertallet er litt eller helt enig i påstanden er likt på tvers av kommunestørrelsen til respondentene (vedlegg E).

Flertallet av fastlegene (47 prosent) er verken enige eller uenige i påstanden om at samhandlingen med spesialisthelsetjenesten har blitt bedre de siste 12 månedene (vedlegg E). Videre er det flere fastleger (38 prosent) som er helt eller litt uenig i påstanden om at samhandlingen med spesialisthelsetjenesten har blitt bedre de siste 12 månedene, sammenlignet med andelen fastleger som er helt eller litt enig (12 prosent). Andelen som er helt eller litt uenig i påstanden er noe større sammenlignet med fjorårets resultater, men forskjellen er ikke statistisk signifikant.

Funnene i spørreundersøkelsen tyder på at fastlegene opplever et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten, og dette bekreftes også av fastlegene i intervjuer. Flere pekte på at de samhandler mye med spesialisthelsetjenesten og at de opplever at samarbeidet fungerer godt. I likhet med kommunale helse- og omsorgstjenester, brukes også PLO-meldinger flittig i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten. Fastlegene trakk derimot frem i intervjuer at det er lang ventetid ved henvisning av pasienter til både avtalespesialister og sykehus. Dette gjør at fastlegene selv må følge opp pasientene, før de får den hjelpen de trenger i spesialisthelsetjenesten. Fastlegene trakk frem at det også er utfordringer å få henvist pasienter til psykisk helsevern (herunder sykehus og DPS), og at de opplever at mange henvisninger blir avvist.

Avtale om samhandlingslege (tidligere praksiskonsulentordningen)

Avtale om samhandlingslege, tidligere kalt praksiskonsulentordningen, har som formål å forbedre samhandlingen mellom sykehusene og kommunene. I praksis innebærer dette at en allmennlege inngår en individuell samhandlingsavtale med helseforetaket, hvor allmennlegen skal arbeide deltid i helseforetaket for å fremme samarbeid mellom helseforetaket og fastlegene (Helsedirektoratet, 2022d).

I forbindelse med årets rapport har vi intervjuet flere samhandlingsleger for å kartlegge hvordan samhandlingslegene bidrar til bedre samarbeid. I intervjuene oppga noen av samhandlingslegene at samarbeidet mellom fastlegene og helseforetakene fungerer bra. Suksessfaktorer for et godt samarbeid som ble trukket frem var:

- God forståelse for hverandres arbeidshverdag og arbeidssituasjon
- Gode kommunikasjonskanaler ut til fastlegene
- Dialogmeldinger/PLO-meldinger

Derimot trakk noen av samhandlingslegene frem enkelte tiltak som kan forbedre samarbeidet ytterligere:

- Bedre stabilitet i fastlegeordningen og mindre vikarbruk
- Forhindre at sykehusleger «bestiller» prosedyrer og oppgaver fra fastleger
- Forhindre unøyaktige og overdrevne henvisninger fra fastlegene
- Regelmessige møter mellom lokale helseforetak og fastlegene, og honorering av dette
- Bedre verktøy for samhandlingslegene for å kommunisere med fastlegene

- Økt forståelse av hverandres arbeidssituasjon, for eksempel ved at fastleger og ansatte på sykehus/helseforetak hospiterer hos hverandre

Noen samhandlingsleger mener at dagens arbeidsfordeling er hensiktsmessig. Derimot trekker noen frem at spesialisthelsetjenesten delegerer oppgaver videre til fastlegene som er for spesialiserte, og som de kun gjennomfører noen få ganger i året. Slike oppgaver vil være mer hensiktsmessig at spesialisthelsetjenesten utfører. En samhandlingslege trakk frem at det kan være nyttig dersom helseforetakene er mer tilgjengelige for korte telefoner og samarbeidsmøter. Dette ettersom det gjør det mulig for fastlegene å gjøre mer og følge opp pasienten bedre, og kan i mange tilfeller føre til at fastlegene unngår henvisning eller innleggelse til sykehuset.

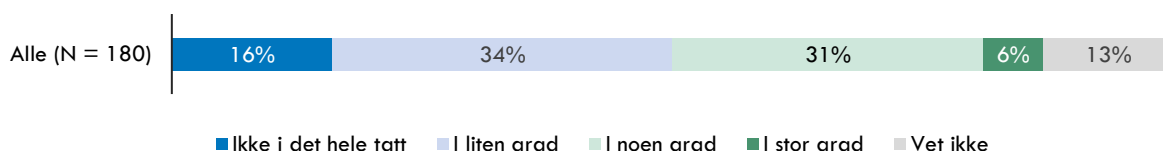
Helsefellesskap

Helsefellesskap er, i likhet med samhandlingsleger, et tiltak som 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)). For mer informasjon om organisering av helsefellesskap, se vedlegg E.

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. Funn fra tidligere evalueringsrapporter viser at fastlegene har varierende kjennskap til arbeidet med helsefellesskap, og at de er liten grad er involverte i det arbeidet (Pedersen, et al., 2023). 16 prosent av fastlegene oppga i spørreundersøkelsen at de representerer fastlegene på noe nivå i helsefellesskapet, mens 81 prosent svarte at de ikke gjør det. 16 prosent virker noe høyt sammenlignet med funn fra intervjuer med fastlegene, hvor flere oppga at de har lite kjennskap til helsefellesskapene.

Fastlegene som inngår i helsefellesskapet har delte meninger om helsefellesskapet har bidratt til bedre arbeidsdeling og samhandling mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten (Figur 7-6). 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. 37 prosent av legene oppga at arbeidet i noen eller i stor grad fører til bedre arbeidsdeling og samhandling.

Figur 7-6: Fastlegenes svar på: «I hvilken grad opplever du at helsefellesskapet har bidratt til bedre arbeidsdeling og samhandling mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten?»



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer, desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

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. Videre ble det trukket frem i planen at det er et ønske om å inngå en ny avtale med KS for å sikre at helsefellesskapene blir en viktig faktor for lokalt samarbeid om planlegging og tjenesteutvikling. Det blir blant annet foreslått at flere aktører, som NAV og barnevernet, skal trekkes inn i helsefellesskapene. Det blir også foreslått å etablere et varig rekrutterings- og samhandlingstilskudd som skal bidra til bedre tjenesteutvikling og pasientforløp, gjennom å styrke samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste. Avtaler om hvordan tildelingen av midler skal foregå kan være et resultat av helsefellesskapene.

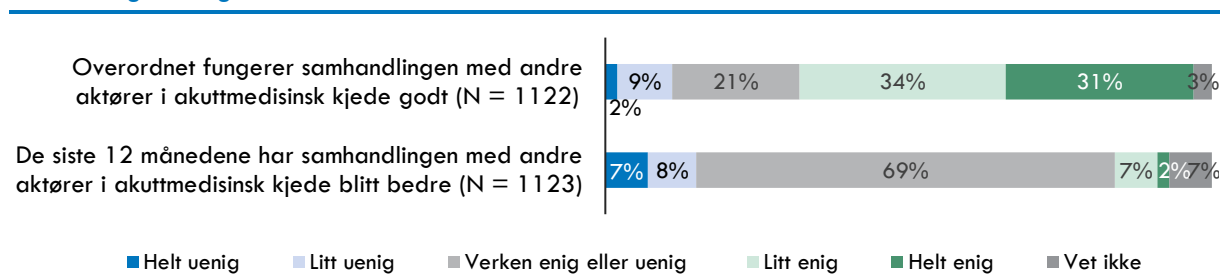
7.2.3 Samhandling mellom allmennlegetjenesten og akuttmedisinsk kjede

Den akuttmedisinske kjeden håndteres både av kommunen og de regionale helseforetakene. Fastlegene inngår i den akuttmedisinske kjeden ved at de har ansvar for øyeblikkelig hjelp på dagtid og jobber på legevakt. I tillegg kan de delta i utrykning til pasient og bistå ambulansepersonell når de mottar informasjon om en akutt hendelse (Hjortdahl, et al., 2018). Regjeringen har i slutten av 2023 startet arbeidet med en stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester, som skal omfatte alle leddene i den akuttmedisinske kjeden utenfor sykehus. Stortingsmeldingen har som formål å drøfte hvordan Norge kan sikre beredskap og et godt tilbud av akuttmedisinske tjenester i hele landet, gjennom blant annet nye arbeids- og samhandlingsformer, bruk av teknologi, kompetanse og personell (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023e).

Flere av fastlegene (65 prosent) oppga at de er litt eller helt enige i at samhandlingen med andre aktører i akuttmedisinsk kjede fungerer godt, mens kun 11 prosent oppga at de er helt eller litt uenige i denne påstanden (Figur 7-7). Fordelt etter kommunestørrelse er det fastleger i mindre folkerike kommuner (under 50 000 innbyggere) som i større grad er helt eller delvis enige i denne påstanden, sammenlignet med mer folkerike kommuner (over 50 000 innbyggere) (vedlegg E). Denne forskjellen er også statistisk signifikant. Vi har ikke noe mer detaljert data som kan forklare hvorfor fastleger i mindre kommuner i større grad er fornøyde med samhandlingen med akuttmedisinsk kjede. Derimot vet vi fra intervjuer med fastleger, øvrig kommunal helse- og omsorgssektor og tidligere evalueringer, at samhandling generelt kan være enklere i mindre kommuner. Dette ettersom aktørene i større grad har kjennskap til hverandre, og ofte har direkte kontaktinformasjon til hverandre.

Spørreundersøkelsen til fastleger og fastlegevikarer viser at 69 prosent av respondentene verken er enig eller uenig i påstanden om at samhandlingen med akuttmedisinsk kjede har blitt bedre de siste 12 månedene. Det er lite variasjon i svarfordelingen på tvers av fastleger som jobber i kommuner med ulik kommunestørrelse (vedlegg E). Det kan tyde på at samhandlingen mellom fastleger/fastlegevikarer og akuttmedisinsk kjede ikke har forbedret seg i stor grad i løpet av det siste året.

Figur 7-7: Fastlegenes svar på: «Vurder følgende utsagn om samhandling med andre deler av helse-, velferds- og omsorgssektoren»



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer, desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Kapittel 8: Tjenesteutvikling

Både fastleger og kommunene har et ansvar for å sikre allmennlegetjenester av god kvalitet, og legge til rette systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Våre funn tilsier at flere kommuner fremdeles har utfordringer knyttet til kvaliteten på allmennlegetjenestene, og at mange kommuner ikke følger opp fastlegenes kvalitetsforbedringsarbeid.



Det pågår arbeid med å utvikle nasjonale indikatorer for kvaliteten i allmennlegetjenesten, og nylig ble tre nye kvalitetsindikatorer publisert.



Flertallet (54 prosent) av fastlegene oppga at det i noen eller stor grad er utfordringer i kommunen knyttet til kvalitet på tilbudet av allmennlegetjenester.



Kun halvparten (51 prosent) av kommunene oppga at de følger opp hvorvidt fastlegekontorene gjennomfører systematisk kvalitetsforbedringsarbeid.



Det varierer om kommunene bistår fastlegene i deres kvalitetsarbeid, og 40 prosent oppga at de ikke bistår legekantorene.



Kun 45 prosent av kommunene innhenter regelmessig styringsinformasjon om fastlegekontor til bruk i ledelse av tjenesten.



Mange digitale verktøy som skal bidra til bedre ressursbruk og kvalitet i allmennlegetjenesten er fremdeles under utvikling. Det varierer hvor godt løsningene svarer ut legenes og listeinnbyggernes behov.



Datagrunnlaget i kapittelet består av:

Spørreundersøkelser blant fastleger og fastlegevikarer januar 2022, november 2022 og desember 2023. Spørreundersøkelse til øvrig personell på fastlegekontor desember 2023. Spørreundersøkelse til kommuneansatte med ansvar for fastlegeordningen desember 2023.

8. Tjenesteutvikling

8.1 Pågående arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i allmennlegetjenesten

Både fastleger og kommunene har et lovpålagt ansvar å sikre allmennlegetjenester av god kvalitet, og legge til rette for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Fastlegeforskriften, 2012; Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2017).

8.1.1 Utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer

God kunnskap om kvaliteten på tjenestene i allmennlegetjenesten er ett virkemiddel som kan brukes for å kunne arbeide med kvalitetsforbedring, og identifisere relevante tiltak som kan bidra til bedre kvalitet på tjenestene (Helsedirektoratet, 2023e). Helsedirektoratet har ansvaret for å utvikle og publisere nasjonale kvalitetsindikatorer, som er ment å gi informasjon som kan brukes til å følge med på om pasienter og brukere i helse- og omsorgstjenesten mottar behandling av god kvalitet (Helsedirektoratet, 2023f). Siden evalueringsrapport II har tre nye nasjonale kvalitetsindikatorer blitt publisert. De nye indikatorene måler allmennlegers forskrivning av legemiddel til eldre pasienter som kan ha betydelige bivirkninger (Helsedirektoratet, 2023a). I tillegg til disse kvalitetsindikatorene, oppga Helsedirektoratet at de har et pågående arbeid om å utvikle en kvalitetsindikator som viser andel konsultasjoner en pasient har hatt de siste to årene hos nåværende fastlege, og at dette arbeidet vil bli prioritert i 2024 (Helsedirektoratet, 2024b). Sistnevnte indikator vil gi informasjon om kontinuitet i lege-pasient-forholdet.

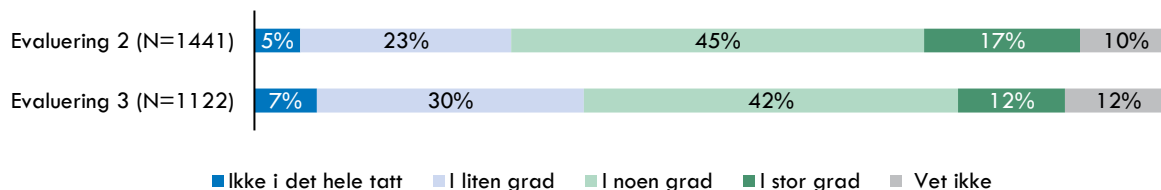
8.1.2 Utvikling av nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Helsedirektoratet har hatt et pågående arbeid om å utvikle et nasjonalt system for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i allmennlegetjenesten. Systemet skal sikre at krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten etterleves, i tillegg til målrettet, systematisk og samordnet innsats for gode og trygge tjenestetilbud. Helsedirektoratet utarbeidet en utredning i 2022 (ikke publisert per april 2024) som drøfter innretningen av et slikt system, i samarbeid med KS, FHI, Direktoratet for e-helse, Legeforeningen, Norsk Kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (NOKLUS) og Senter for kvalitet i lege-tjenesten (SKIL) (Helsedirektoratet, 2023d). SKIL ble bevilget midler i både 2022 og 2023 for å utvikle det nasjonale kvalitetssystemet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023d; 2022). Det er ikke blitt igangsatt ytterligere arbeid knyttet til nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i etterkant av utredningen som ble levert i 2022.

8.1.3 Fastlegenes og øvrig personell sin vurdering av kvaliteten på tilbudet i allmennlegetjenesten

I årets spørreundersøkelse til fastleger oppga 12 prosent at kommunen i stor grad har utfordringer i allmennlegetjenesten knyttet til kvaliteten på tilbudet til befolkningen, mens 42 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 lavere enn i fjorårets evalueringsrapport, og forskjellen er statistisk signifikant. I spørreundersøkelsen til øvrig personell, svarte også litt over halvparten (55 prosent) at kommunen i stor eller noen grad har utfordringer knyttet til kvalitet på tilbudet til befolkningen.

Figur 8-1: Fastlegenes svar på: «I hvilken grad har din kommune utfordringer knyttet til allmennlegetjenesten (fastlegetjeneste, legevakt, etc.) når det gjelder kvalitet på tilbudet til befolkningen?»



Kilde: Evalueringsrapport II: Spørreundersøkelse til fastleger desember 2022, utført av Oslo Economics og Universitet i Oslo. Evalueringsrapport III: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer på fastlegekontor desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Merknad: Spørsmålet var ikke med i spørreundersøkelsen til evalueringsrapport I.

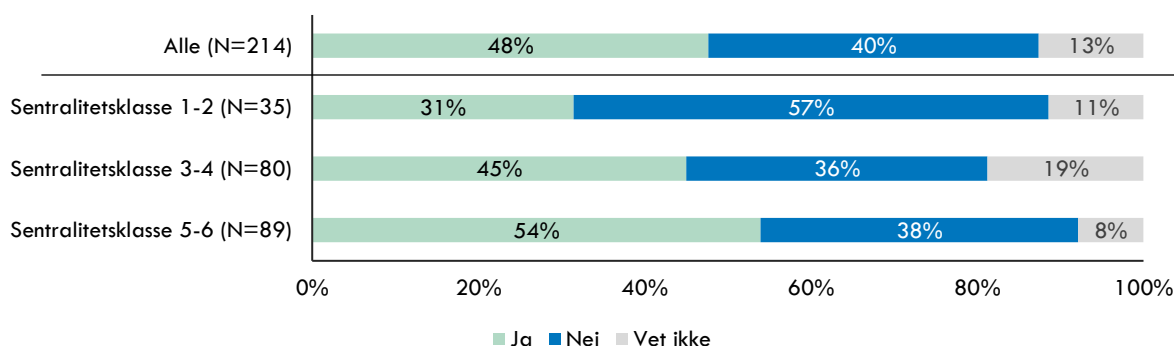
8.2 Kommunenes rolle i kvalitetsarbeid i allmennlegetjenesten

I henhold til Helse- og omsorgstjenesteloven §4-1 og §4-2, og fastlegeforskriften §7 har kommunene et overordnet ansvar for å sikre at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Dette ansvaret gjelder uavhengig om legene er kommunalt ansatt eller selvstendig næringsdrivende (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Fastlegeforskriften, 2012).

Om lag halvparten av kommunene (51 prosent) oppga i spørreundersøkelsen 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 er høyere blant mindre sentrale kommuner.

Litt under halvparten (48 prosent) av respondentene på kommuneundersøkelsen oppga at de bistår legekontorene med systematisk kvalitetsarbeid, mens 40 prosent oppga at de ikke bistår legekontorene (Figur 8-2). Andelen som oppga at de bistår legekontorene i systematisk kvalitetsarbeid er høyere blant de minst sentrale kommunene (54 prosent), enn blant de mest sentrale kommunene (31 prosent).

Figur 8-2: Kommunenes svar på: «Bistår kommunen legekontorene i systematisk kvalitetsarbeid?»



Kilde: Spørreundersøkelse til kommuneledelsen desember 2023, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Svarene er analysert på individnivå.

Flere av respondentene på kommuneundersøkelsen opplyste i fritekstsvaret at de bistår legekontorene i det systematiske kvalitetsarbeidet blant annet ved å:

- Tilby legene kurs fra SKIL, med hensikt å bedre kvaliteten i praksisen deres
- Tilby programmer som Compilo, Medrave eller TrinnVis som sørger for et felles program for internkontroll og kvalitetssikring
- Tilby avvikssystem eller legger til rette for faste møtepunkter hvor blant annet avvik drøftes.
- Arrangere fagdager og kurs
- Tilby rådgivning i forbindelse med internkontroll og kvalitetssikring
- Dekke kursutgifter til fastlegene

I henhold til fastlegeforskriften §29 (2012) kan kommunen kreve at fastlegen gir nødvendige data til styrings- og kvalitetsformål, med formål å ivareta myndighetenes ansvar for et forsvarlig allmennlegetilbud og faglig utvikling av allmennlegetjenesten. I spørreundersøkelsen er det omtrent like mange av kommunene som oppga at de innhenter regelmessig styringsinformasjon om fastlegekontor til bruk i ledelse av tjenesten (45 prosent), som de som ikke gjør det (44 prosent). Andelen som innhenter regelmessig styringsinformasjon er 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)

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 prosent). Informasjonsinnhenting varierer noe etter sentralitet. Mindre sentrale kommuner oppga i større grad å innhente informasjon om telefontilgjengelighet, deltagelse i legevakt, og ventetid for planlagte konsultasjoner.

8.3 Utvikling av digitale verktøy

Teknologisk utvikling og digitale verktøy kan bidra til bedre ressursutnyttelse hos fastlegene og forbedre samhandlingen og informasjonsdelingen mellom ulike deler av helse- og omsorgstjenesten, noe som igjen kan bidra til økt kvalitet og bedre pasient- og brukertilfredshet (NOU 2023: 4).

Det er en rekke digitale verktøy under utvikling som berører allmennlegetjenesten, som for eksempel:

- Digital behandlings- og egenbehandlingsplan
- Digital hjemmeoppfølging spredning
- Digital triageringsløsning
- Program pasientens legemiddelliste
- Pasientens prøvesvar
- Helseplattformen
- Felles journalløft
- Program digital samhandling
- Digital Dialog Fastlege (DDFL)

Det varierer i stor grad hvor langt på vei utviklingen av de nevnte digitaliseringsprosjektene har kommet, og om prosjektet per i dag har bidratt til bedre ressursbruk og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten (Se vedlegg E for en mer utfyllende beskrivelse av hvert digitaliseringsprosjekt). Eksempelvis virker det som at digital spredning og programmet til hjemmeoppfølging, og pasientens legemiddelliste, har kommet godt på vei og bidrar til positive effekter. Foreløpige tall for digital hjemmeoppfølging viser blant annet nedgang i pasientenes bruk av legevakt og innleggelse på sykehus (Helsedirektoratet (tidligere Direktoratet for e-helse), 2024). I tillegg ser det ut til at Program pasientens legemiddelliste har fungert fint blant sykehusene som har testet ut løsningen (Simonsen, 2024b).

Videre er det enkelte prosjekter som har utfordringer eller fremdeles er i utviklingsfasen. Eksempelvis har det vært rapportert i mediene om utfordringer knyttet til Helseplattformen (Hatland, et al., 2023). I tillegg rapporteres det at mye ressursbruk, i form av leger og sykepleiere fra Trondheim og St. Olavs hospital, har gått med på å innføre Helseplattformen i Møre og Romsdal (Reite, et al., 2024; Simonsen, 2024a).

I tillegg til nevnte digitale løsninger, holder NAV på å pilotere en ny skjemaløsning for sykmeldinger. Formålet med skjemaene er at den skal være integrert hos fastlegene, samtidig som NAV har kontroll og ansvaret for skjemaene. Dette skal forbedre dagens løsning, hvor fastlegene sender inn sykmelding gjennom sitt journalsystem. Den nye løsningen kommer etter at Arbeids- og velferdsdirektoratet gjennomførte en kartlegging om samhandlingen mellom fastleger og NAV, og konkluderte med at endringer i skjemaene for sykemelding og legeerklæring ved arbeidsuførhet er en av hovedutfordringene ved dagens løsning. Problematikken oppstår når NAV gjør endringer i sine skjemaer, ettersom dette krever programmering fra hver EPJ-leverandøren for at endringen skal implementeres i de digitale skjemaene til fastlegene (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2021).

9. Oppsummering og samlet vurdering

De seneste årene har det vært flere initiativer, prosesser og tiltak med formål å styrke allmennlegetjenesten, som blant annet *Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024* og *Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten*. I 2023 har de største endringene kommet innen finansiering av fastlegeordningen med en betydelig styrking og endring i innretningen av basisfinansieringen. I årets evaluering finner vi samlet sett at det har vært positive endringer knyttet til rekruttering, fastlegenes økonomiske situasjon og arbeidsbelastning. Det kom flere fastleger inn i ordningen i 2023 enn noen gang tidligere (både i antall og prosent), samtidig som betydelig flere av fastlegene enn tidligere sier at det er sannsynlig at de er fastleger også i årene fremover. Det tar imidlertid tid å snu den negative utviklingen som har vært de siste årene, og det er fortsatt store utfordringer knyttet til innbyggernes tilgang på allmennlegetjenester. Antall innbyggere på liste uten fast lege er fortsatt på et historisk høyt nivå, og 45 prosent av innbyggerne i Norge bor i en kommune der ingen fastleger har åpen liste.

9.1 Foreløpige vurderinger av effekter og måloppnåelse

Det er gjennomført en rekke arbeider og tiltak med formål å styrke allmennlegetjenesten. I vår evaluering inngår en rekke forskjellige tiltak, både kortsiktige og langsiktige, som retter seg mot ulike deler av, og forhold ved, tjenesten. I de påfølgende avsnittene oppsummerer vi funn fra evalueringen så langt relatert til ulike målsettinger innenfor de tre målområdene for allmennlegetjenesten fra handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024.

9.2 Målområde 1: Attraktivitet

Tabell 9-1: Foreløpige vurderinger av effekter og måloppnåelse knyttet til attraktivitet

Mål	Funn i vår evaluering	Oppsummert vurdering
Finansieringsordninger som understøtter stabilitet og rekruttering av allmennleger	<ul style="list-style-type: none">I 2023 økte gjennomsnittlig basistilskudd per innbygger med 28 prosent. I usentrale kommuner med lavt utdanningsnivå økte basistilskuddet i gjennomsnitt med 50 prosent.I 2023 ble innretningen av basistilskuddet endret til å være pasienttilpasset, og knekkpunktet ble fjernet. Et flertall av fastlegene er negative til denne endringen, og peker på at endringer i innretning skaper økt uforutsigbarhet.Både fastlegene og kommunene har tidligere pekt på økt basistilskudd som det viktigste tiltaket for bedret rekruttering og stabilitet i ordningen (Pedersen, et al., 2022). I årets evaluering oppga fastlegene at styrket basistilskudd er positivt og flere enn tidligere sier de opplever økonomisk trygghet.I 2023 økte antall fastleger med 212, noe som er den største økningen i fastleger noensinne (både i antall og prosent).	Styrkingen av finansieringen virker å ha vært positivt for rekrutteringen av og stabilitet blant allmennleger. Det er imidlertid utfordrende å vite hvor mye av økningen i rekruttering som skyldes andre faktorer.
God rekruttering og stabilitet blant allmennleger	<ul style="list-style-type: none">I 2023 ble det rekruttert 521 nye fastleger. Dette er den største rekrutteringen noensinne (både i antall og prosent).Det sluttet 309 fastleger i løpet av 2023. Dette er 61 færre enn i 2022.	Det har vært stor rekruttering av fastleger i 2023, og tiltakene som er innført de siste årene virker å

	<ul style="list-style-type: none"> • Antall fastleger økte innenfor alle sentralitetsklasser av kommuner i 2023. • 70 prosent av kommunene oppga å ha hatt utfordringer med å rekruttere fastleger til ledige hjemler det siste året, noe som tyder på en fortsatt utfordrende situasjon flere steder. Det er særlig problemer i de mindre sentrale kommunene med høy vaktbelastning. • I løpet av 2023 ser man tegn til bedret stabilitet blant legene som allerede er i ordningen. 45 prosent av fastlegene sier nå at det er svært sannsynlig at de er fastleger om fem år, som tilsvarer en betydelig økning fra 2022 der tilsvarende andel var 22 prosent. 	<p>være en viktig årsak til den økte rekrutteringen.</p> <p>Det er også tydelige tegn på bedret stabilitet blant allmennleger.</p>
Gode muligheter for kompetanseheving og kvalitetsutvikling	<ul style="list-style-type: none"> • ALIS-avtaler trekkes frem som et viktig virkemiddel for økt rekruttering. • Fastlegene opplever at ALIS-avtaler øker attraktiviteten til allmennlegeyrket, gir økt trygghet i spesialiseringsløpet og øker sannsynligheten for å fullføre spesialisering i allmennmedisin. 	<p>Tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning har gitt bedre muligheter enn tidligere for kompetanseutvikling i form av spesialistutdanning i allmennmedisin.</p>
God utnyttelse av allmennlegers tid og kompetanse	<ul style="list-style-type: none"> • Det virker ikke å ha vært betydelige endringer i arbeidsdeling mellom ansatte på legekantorene. • Både i årets og tidligere års undersøkelser, trekker fastlegene særlig frem arbeid med attester og erklæringer som arbeidsoppgaver som oppleves som unødvendige. • Flere fastleger trekker det frem som negativt for deres tidsbruk at det ikke lenger er mulig å forlenge sykmelding via e-konsultasjon 	<p>Foreløpig ingen observerbar endring.</p>
God organisering av allmennlegetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • Både fastlegene og annet personell på legekantoret er i stor grad fornøyd med dagens organisering. • I spørreundersøkelsen blant fastleger oppga 38 prosent at de ikke ønsker seg noe annet personell på legekantoret enn i dag. Blant de som ønsker seg annet personell, er det flest som oppga psykolog, sykepleier og fysioterapeut. • Blant øvrig personell på legekantoret, oppga om lag halvparten at det kunne vært hensiktsmessig med sykepleier og/eller helsesekretær for oppgavedeling og utvidelse av tjenestetilbudet. • Mange aktører er positive til forslag om profesjonsnøytrale takster, men har delte meninger knyttet til hvilke konsekvenser det vil medføre og hvilke typer legekantor som ordningen skal gjelde for. • Aktører har delte meninger om ekspertutvalgets forslag om gruppeavtaler og fastlegeselskap. • Kommunene i vår spørreundersøkelse er usikre på om gruppeavtaler/fastlegeselskap vil gi bedre dialog og gjøre det lettere for kommunen å lede fastlegene. • I de mer usentrale kommunene er det mer utbredt med interkommunal legevakt enn mer sentrale kommuner. • Legevakten er oftest bemannet av fastlegene i 	<p>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.</p>

	<p>kommunen. Usentrale kommuner benytter i økende grad leger i Nordsjø-turnus for å bemanne legevakt, mens sentrale kommuner i større grad har egne legevaksleger.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det er generelt misnøye blant fastlegene knyttet til vaktbelastningen på legevakt og avlønningen av legevaksarbeid. Flere etterspør fastlønn på nattevakter. 	
Håndterbar arbeidsbelastning for allmennleger	<ul style="list-style-type: none"> • Resultater fra spørreundersøkelsene gjennomført i forbindelse med vår følgeevaluering tyder på at fastlegene de siste tre årene i økende grad opplever en mer håndterbar arbeidsbelastning. • 39 prosent av fastlegene oppga å være tilfreds med sin arbeidsbelastning, sammenlignet med 20 prosent i 2022. • Fastlegene rapporterte å jobbe i gjennomsnitt 52 timer per uke, ned fra 55 timer i fjorårets undersøkelse. Nedgangen gjelder på tvers av driftsformer. • Gjennomsnittlig listelengde falt i løpet av 2023, slik at hver fastlege nå i gjennomsnitt har ansvar for færre innbyggere enn tidligere. Dette gir lavere arbeidsbelastning per fastlege. 	Det har vært en positiv utvikling hvor fastlegene opplever å ha fått en mer håndterbar arbeidsbelastning enn tidligere.

9.3 Målområde 2: Kvalitet og tilgjengelighet

Tabell 9-2: Foreløpige vurderinger av effekter og måloppnåelse innen kvalitet og tilgjengelighet

Mål	Funn i vår evaluering	Oppsummert vurdering
Tilgang på kunnskap om kvalitet i tjenesten som brukes til forbedring	<ul style="list-style-type: none"> • Under halvparten (45 prosent) av kommunene oppga at de innhenter regelmessig styringsinformasjon om fastlegekontor til bruk i ledelse av tjenesten. • De kommunene som innhenter informasjon, innhenter oftest informasjon om listelengde, deltakelse i legevakt, åpningstider og informasjon om annet personell på kontoret. • Halvparten av kommunene oppga at de følger opp i hvilken grad fastlegekontorene i kommunen gjennomfører systematisk kvalitetsforbedringsarbeid. • Det er publisert tre nye kvalitetsindikatorer om allmennlegetjenesten i løpet av det siste året. • Vi har ikke undersøkt fastlegenes arbeid med systematisk kvalitetsforbedring, men i evalueringsrapport I og II oppga fastleger å ha for lite tid til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring. 	Det varierer hvorvidt kommuner bruker tilgjengelig informasjon til kvalitetsforbedring og om de følger opp kvalitetsforbedringsarbeid på legekontoret. Vi har ikke informasjon om hvordan dette har endret seg over tid.
Behovstilpassede tjenester til alle, også de med omfattende behov	<ul style="list-style-type: none"> • Fastlegene opplever ikke at pasienttilpasset basistilskudd bidrar til bedre oppfølging til listeinnbyggere med størst behov, bedre tid til listeinnbyggerne eller at fastlegen skal kunne gi bedre eller flere tjenester til listeinnbyggerne • Vi har ikke undersøkt spesifikt hvorvidt fastlegene opplever å kunne gi behovstilpassede tjenester, eller 	Foreløpig ingen observerbar endring.

	<p>hvorvidt innbyggerne opplever dette, men dette vil undersøkes nærmere i neste års evalueringsrapport.</p>	
God tilgjengelighet på allmennlegetjenester	<ul style="list-style-type: none"> • 45 prosent av innbyggerne i Norge bor i en kommune der ingen fastleger har åpen liste. • 214 000 personer stod uten fastlege ved utgangen av 2023. Dette er omtrent likt som ved utgangen av 2022, men er det høyeste nivået noensinne. • Antall personer på venteliste for å få ny fastlege økt fra 150 000 i 2020 til 350 000 i 2023. • For første gang siden 2017 økte samlet listetak, og økningen i listetak i løpet av 2023 er den største siden 2014. Det er imidlertid fortsatt flere innbyggere i Norge enn det er i samlet listekapasitet. • Økningen i kapasiteten er ikke jevnt fordelt over landets kommuner. I usentrale kommuner har det i løpet av 2023 blitt færre plasser på fastlegelister. 	<p>Tilgjengeligheten på allmennlegetjenester er fortsatt på historisk lave nivåer.</p> <p>Det er ingen observerbar forbedring fra fjoråret når det gjelder antall uten fast lege eller muligheten til å bytte fastlege.</p> <p>De siste årenes negative utvikling i samlet kapasitet i tjenesten ble snudd i 2023, men kapasiteten er fortsatt lavere enn folkemengden.</p>
God kontinuitet og samhandling med gevinster for innbyggere	<ul style="list-style-type: none"> • Flesteparten av fastlegene oppga at de er enige i at samhandlingen fungerer godt med både andre kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenesten, og andre aktører i akuttmedisinsk kjede. • Antall innbyggere på lister uten fast lege er fortsatt høyt. Dette reduserer tilgjengeligheten til en fast lege og reduserer kontinuiteten i relasjonen mellom listeinnbygger og lege. • Økt bruk av vikarbyråer i kommunene de siste årene gir økte kostnader for kommunene og virker å være negativt for kvaliteten på tjenestene. 	<p>Det er fortsatt utfordringer med kontinuitet i form av betydelig vikarbruk i allmennlegetjenesten og at mange innbyggere er uten fast lege.</p>
God faglig praksis basert på tilgjengelig forskning og kunnskap	<ul style="list-style-type: none"> • Mange LIS1-ventere jobber også som vikarer i LIS1-/3-stillinger, noe som kan være utfordrende for kvaliteten og pasientsikkerheten. • Fastlegene som svarte på spørreundersøkelsen, har ulike oppfatninger om hvorvidt deres kommune har utfordringer knyttet til allmennlegetjenesten når det gjelder kvalitet på tilbudet til befolkningen. Mens 37 prosent svarte ikke i det hele tatt eller i liten grad, svarte 54 prosent i noen eller stor grad, mens 10 prosent svarte vet ikke. • Vi har ikke undersøkt fastlegenes arbeid med systematisk kvalitetsforbedring, men i evalueringsrapport I og II oppga fastleger å ha for lite tid til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring. 	<p>Foreløpig ingen observerbar effekt/måloppnåelse.</p>

9.4 Målområde 3: Teamarbeid

Tabell 9-3: Foreløpige vurderinger av effekter og måloppnåelse innen teamarbeid

Mål	Funn i vår evaluering	Oppsummert vurdering
-----	-----------------------	----------------------

<p>Teambasert arbeid og tverrfaglig samarbeid på fastlegekontoret</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fastlegene er stort sett fornøyde med antall og type annet personell på legekantorene, mens blant de som ønsker seg annet personell er det flest som oppga psykolog, sykepleier og fysioterapeut. • Blant øvrig personell på legekantoret oppga om lag halvparten at det kunne vært hensiktsmessig med sykepleier og/eller helsesekretær for oppgavedeling og utvidelse av tjenestetilbudet. • 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 legekantoret. • Mange aktører er positive til forslag om profesjonsnøytrale takster, men har delte meninger knyttet til hvilke konsekvenser det vil medføre og hvilke typer legekantor som ordningen skal gjelde for. 	<p>Foreløpig ingen observerbar effekt/måloppnåelse.</p>
<p>Godt samarbeid og integrasjon med andre deler av helse- og omsorgstjenesten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Flertallet av fastlegene er enige i at samhandlingen fungerer godt med henholdsvis andre kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenesten, og andre aktører i akuttmedisinsk kjede. • Alle 19 helsefelleskap er etablert, men det er variasjon i hvor langt de har kommet i arbeidet. • I intervjuer oppga mange samhandlingsleger at helsefelleskap oppleves som et fint initiativ, men at det skjer lite konkret. 	<p>Foreløpig ingen observerbar effekt/måloppnåelse.</p>
<p>Velfungerende digitale plattformer og verktøy</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Det pågår en rekke digitaliseringsarbeid i helse-sektoren, og flere nye løsninger har blitt lansert eller breddet ut i 2023. • Graden av måloppnåelse og gevinster varierer mellom ulike verktøy. 	<p>Det er positiv utviklingsaktivitet, men mer blandet når det gjelder konkrete forbedringer i leger og pasienters hverdag.</p>
<p>Tilstedeværelse og tydelig ledelse av fastlegekontoret</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Halvparten av øvrig personell på legekantorene 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. 	<p>Foreløpig ingen observerbar effekt/måloppnåelse.</p>

9.5 Avslutning

De seneste årene har det vært flere initiativer, prosesser og tiltak med formål å styrke allmennlegetjenesten, blant annet i tilknytning til Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 og Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten. Formålet med tiltakene er å sikre en bærekraftig og fremtidsrettet allmennlegetjeneste, som er attraktiv, av god kvalitet og teambasert. I årets evaluering finner vi samlet sett at det har vært steg i riktig retning i 2023 som er med på å stabilisere ordningen. Dette gjelder særlig rekruttering, fastlegenes økonomiske situasjon og arbeidsbelastning. Samtidig er det fortsatt store utfordringer i allmennlegetjenesten, særlig knyttet til innbyggernes tilgang på allmennlegetjenester.

I 2023 har det vært betydelig styrking av og endring i innretningen av finansieringen av fastlegeordningen

I 2023 har de største tiltakene kommet innen finansiering. Det ble totalt utbetalt basistilskudd på 4,3 milliarder kroner i 2023, opp 20 prosent fra året før. I tillegg ble innretningen av basistilskuddet endret ved at knekkpunktet ble erstattet av pasienttilpasset basistilskudd, hvor tilskuddet avhenger av listeinnbyggerens alder, kjønn og bruk av fastlegetjenester siste 12 måneder, og kjennetegn ved innbyggerens kommune. I tillegg er det i 2023 arbeidet videre med en rekke andre allerede igangsatte initiativer som for eksempel ALIS-ordningen, ALIS-kontor, og utvikling av digitale verktøy. Det er også gjort en rekke utrednings- og utviklingsarbeid som følger opp anbefalingene fra ekspertutvalgets rapport fra 2023.

Styrkingen av basistilskuddet medførte at betalingen fastlegene får per innbygger på sin liste økte med 28 prosent i gjennomsnitt. Også i vår spørreundersøkelse oppga fastlegene en bedring i sin økonomiske situasjon. Mens det i fjorårets spørreundersøkelse var 78 prosent som oppga at basistilskuddet var lavere enn de faste kostnadene, har tilsvarende andel falt til 47 prosent i årets undersøkelse.

Alle fastlegene fikk høyere basistilskudd i 2023 enn i 2022, og tilnærmet alle fikk over 10 prosent økning. 5 prosent av fastlegene fikk over 50 prosent økning i basistilskuddet per innbygger på listen. Økningen har vært størst for fastleger i kommuner som er usentrale og/eller har lavt utdanningsnivå. Mens basistilskuddet i gjennomsnitt økte med 23 prosent per innbygger i sentrale kommuner med høyt utdanningsnivå, økte det i gjennomsnitt med 52 prosent i usentrale kommuner med lavt utdanningsnivå.

Fastlegene er positive til styrkingen, men negative til at basistilskuddet har blitt pasienttilpasset

Både fastlegene og kommunene har tidligere pekt på økt basistilskudd som det viktigste tiltaket for bedret rekruttering og stabilitet i ordningen (Pedersen, et al., 2022). I årets intervjuer uttrykker også fastlegene at de er fornøyde med økningen av basisfinansieringen. Samtidig er fastlegene negative til innføringen av pasienttilpasset basistilskudd. De opplever at det er en uforutsigbar og urettferdig måte å innrette basisfinansieringen på, og tilnærmet alle fastlegene vi har snakket med sier at de foretrekker den tidligere innretningen med knekkpunkt ved 1 000 listeinnbyggere. Videre opplever ikke fastlegene at pasienttilpasset basistilskudd bidrar til bedre kvalitet i tjenesten eller bedre oppfølging av de med størst behov. Mange trekker det også frem som negativt at fjerningen av knekkpunktet i større grad motiverer til en arbeidshverdag med lengre pasientlister og kortere konsultasjoner.

Det har vært en rekke positive endringer med tanke på fastlegenes situasjon

Det er mer positivitet knyttet til fastlegeordningen nå enn i de to foregående evalueringsårene. Både i intervjuer og i spørreundersøkelsen har det blitt uttrykt mer positive syn på ordningen. 70 prosent av fastlegene oppga i spørreundersøkelsen at det er litt eller svært sannsynlig at de er fastlege om fem år, opp fra 50 prosent i evalueringsrapport I (i 2022).

Fastlegene er også mer fornøyd med egen arbeidsbelastning. Fastlegenes selvrapporterte arbeidstid er signifikant lavere i årets undersøkelse enn tidligere. I årets undersøkelse oppga 39 prosent av fastlegene at de er fornøyd med sin arbeidsbelastning, opp fra 20 prosent i evalueringsrapport I. I tillegg ble antall innbyggere på fastlegenes liste i 2023 redusert mer enn noen gang tidligere, med en gjennomsnittlig reduksjon på 30 innbyggere per fastlege.

Flerfaglighet og oppgavedeling på fastlegekontorene blir viktig fremover, men fastlegene ønsker ikke endring

Det har over lengre tid blitt pekt på at tverrfaglig samarbeid og oppgavedeling på fastlegekontorene vil være viktig i fremtidens allmennlegetjeneste. Et av målområdene i handlingsplanen er å skape en fremtidsrettet og teambasert allmennlegetjeneste. I ekspertutvalget sin gjennomgang ble det foreslått tiltak for å støtte deling av oppgaver med andre yrkesgrupper og omstilling i retning av større enheter og tydeligere ledelse (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023). Og i nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027 står det at regjeringen ønsker å utvikle tverrfaglige fastlegekontor med tydelig ledelse og bredere faglig tilbud (Meld. St. 9 (2023-2024)).

Samtidig virker fastleger og annet personell ved legekantorene i stor grad å være fornøyd med dagens organisering. 38 prosent av fastlegene oppga i spørreundersøkelsen at de ikke ønsker seg noe annet personell på legekantoret enn i dag, mens blant de som ønsker seg annet personell er det flest som oppga psykolog, sykepleier og fysioterapeut. Fastlegene trekker særlig frem økonomi og mangel på kontorlokaler som barrierer for utvidelse av bemanningen. Videre oppga om lag halvparten av øvrig personell at de i stor grad opplever

god ledelse når det gjelder det faglige, administrative og sosiale, mens over 90 prosent opplever at de i stor eller i noen grad har et velfungerende faglig samarbeid med fastlegene og øvrig personell på kontoret.

Fastlegene, samt annet personell på fastlegekontorene, virker først og fremst å ønske seg styrking innenfor dagens rammer og organisering. Det synes med andre ord å være en motsetning mellom politiske målsettinger og personellets ønsker. I forsøket med primærhelseteam fikk legekontor prøve ut teamorganisering med fastlege, sykepleier og helsesekretær. Et av hovedfunnene i evalueringen av forsøket var at det tok tid å utvikle teamarbeidet på legekontoret, og at en forutsetning for å ha nytte av teamorganisering var interesse og motivasjon til å utvikle teamarbeidet, og mulighet til lokale tilpasninger (Aandahl, et al., 2024). Fremover blir det viktig at politiske tiltak på dette området forener utfordringene tjenesten står overfor med ulike hensyn blant helsepersonellet, og legger til rette for fleksibilitet og valgfrihet i modeller for teamorganisering.

I 2023 kom det flere fastleger inn i ordningen enn noen gang tidligere

Det kom flere fastleger inn i ordningen i 2023 enn noen gang tidligere (både i antall og prosent), samtidig som det sluttet færre fastleger enn i 2021 og 2022. Dette førte til den høyeste netto tilveksten av fastleger siden oppstarten av fastlegeordningen i 2001.

Det er en rekke ulike forhold som påvirker rekrutteringen til allmennlegetjenesten. Økt inntekt vil generelt være positivt for rekrutteringen til et yrke ettersom det gjør yrket mer lukrativt sammenlignet med andre yrker, og de siste par årene har fastleger hatt en sterkere inntektsutvikling enn mange andre legejobber (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023). Det er imidlertid antagelig flere andre viktige faktorer som har påvirket rekrutteringen til fastlegetjenesten de siste årene. De fleste legene i Norge jobber i spesialisthelsetjenesten og siden 2001 har veksten i legeårsverk i spesialisthelsetjenesten vært betydelig høyere enn i allmennlegetjenesten. De siste årene har det imidlertid vært en dårligere økonomisk situasjon på sykehusene enn på lenge, som medfører færre nye ansettelser (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023c). Det utdannes om lag 2 000 nye leger i Norge årlig, og lavere etterspørsel etter personell i spesialisthelsetjenesten vil gi økt tilgang på personell i allmennlegetjenesten.

2023 var et større steg i en langvarig utvikling mot en fastlegeordning med flere fastleger, kortere lister og høyere utbredelse av fastlønnsavtaler

Årets utvikling kan ses på som et steg i en pågående utvikling mot en fastlegeordning med flere fastleger, kortere lister og høyere utbredelse av fastlønnsavtaler. Antall innbyggere hver fastlege har på listen sin har falt over lengre tid. I 2023 har fastlegene i gjennomsnitt 50 innbyggere færre på listen enn i 2021, og 100 færre enn i 2017. Jo færre innbyggere hver fastlege har ansvar for, jo flere fastleger trengs for at alle innbyggere skal ha en fastlege.

Høy rekruttering bidrar til mange nye unge leger inn i ordningen. Samtidig har dagens unge leger andre preferanser og krav enn tidligere generasjoner. Kommunal ansettelse har de siste årene blitt stadig mer populært blant nye fastleger. I 2022 og 2023 hadde 46 prosent av nye fastleger en fastlønnsavtale, opp fra 25 prosent i 2017. Kommunalt ansatte fastleger har færre innbyggere på listen enn næringsdrivende fastleger, og økt omfang av kommunal ansettelse kan være med på å forklare fallende listetak blant nye fastleger. I 2023 var listetaket for nye fastleger i gjennomsnitt 759, ned fra 987 i 2018 og 1 061 i 2013. En slik utvikling i finansiering og organisering over tid vil kunne ha konsekvenser for rammene og kravene til ordningen.

Det er store utfordringer knyttet til innbyggernes tilgang på allmennlegetjenester

Til tross for bedre forhold på bemanningssiden, har tjenesten betydelige utfordringer knyttet til kapasitet og innbyggernes tilgang på allmennlegetjenester. 45 prosent av innbyggerne i Norge bor i en kommune der ingen fastleger har åpen liste, og antall innbyggere på liste uten fast lege er fortsatt på historisk høyt nivå. I løpet av 2023 har antall innbyggere på liste uten fast lege særlig økt i de minst sentrale kommunene.

De senere årenes negative utvikling i samlet kapasitet i ordningen ble snudd i 2023. Dette er positivt, men kapasiteten er fortsatt vesentlig lavere enn ønsket nivå, og det er fortsatt færre plasser på fastlegelister enn det er innbyggere. Sterk befolkningsvekst er en mulig årsak til at økt rekruttering ikke har gitt utslag i bedre tilgjengelighet på tjenestene. De siste to årene har høy innvandring, særlig i form av flyktninger fra Ukraina, bidratt til ekstra press på helsetjenesten. For at andelen innbyggere som ikke har fastlege skal reduseres, må kapasiteten i ordningen vokse raskere enn befolkningsveksten i flere år fremover.

Etterspørselen etter allmennlegetjenester er ventet å øke

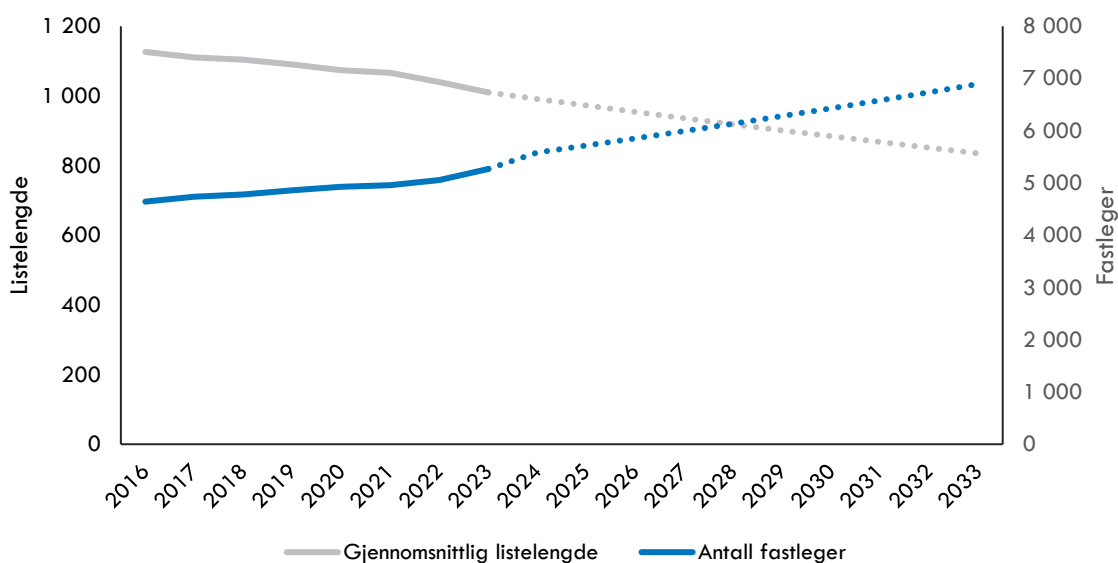
Aldrende befolkning og mer komplekse sykdomsbilder gjør at etterspørselen etter allmennlegetjenester er ventet å øke i årene fremover (FHI, 2022). I tillegg vil folkehelseutfordringer, slik som økende forekomst av psykiske lidelser blant unge og overvekt og fedme i befolkningen generelt, bidra til økt behov for allmennlegetjenester. Allmennlegetjenesten har fått tilført flere oppgaver over tid, og gjennomfører mer avansert behandling enn tidligere. I tillegg påvirkes etterspørselen av samhandling med andre aktører og dokumentasjonskrav. Tidligere framskrivinger har anslått at etterspørselen etter allmennlegetjenester vil vokse frem mot 2040 tilsvarende 4 600 årsverk (Jia, et al., 2023).

Dersom utviklingen fortsetter, må det rekrutteres mange fastleger i årene fremover

Kommunal ansettelse og kortere lister blant nye fastleger, kombinert med økende etterspørsel etter allmennlegetjenester i befolkningen, gir økt behov for fastleger i årene fremover. Over tid vil dette kunne føre til at det blir flere fastleger og kortere pasientlister. Norske fastleger har allerede kortere pasientlister enn allmennleger i land som Danmark, England og Nederland (Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023).

Dersom gjennomsnittlig listelengde fortsetter å falle med samme takt som de siste fem årene, vil det tilsa en gjennomsnittlig listelengde på 835 om 10 år (Figur 9-1). Gitt befolkningsvekst og at alle innbyggere skal ha en fastlege, vil det være behov for 6 900 fastleger i 2033. Fordelen ved å sikre at alle har tilgang til en fastlege, vil være at økende behov i befolkningen håndteres i laveste effektive omsorgsnivå (i tråd med LEON-prinsippet). Behandling med en fast allmennlege over tid er også forbundet med bedre helseutfall og lavere ressursbruk (Hansen, et al., 2013). Lavere ressursbruk ved behandling i allmennlegetjenesten heller enn spesialisthelsetjenesten krever imidlertid at gevinster realiseres i andre deler av helsetjenesten. Dette forutsetter at helsehjelpen som gis erstatter ressursbruk i spesialisthelsetjenesten heller enn at terskelen for å ta kontakt med helsetjenesten reduseres. Det er viktig å følge med på den pågående utviklingen for å sikre at utformingen av helsetjenesten er i tråd med ønskede målsettinger og langsiktige samfunnsbehov.

Figur 9-1: Antall fastleger og gjennomsnittlig listelengde per fastlege 2016-2023, med forenklet framskrivning* 2024-2033



Kilde: FLO og SSB. Analyse: Oslo Economics. *Den forenklete framskrivningen legger til grunn reduksjon i listelengde tilsvarende gjennomsnittlig reduksjon i perioden 2018-2023, og at alle innbyggere har fastlege. Befolkningsvekst tilsvarende SSBs middelsscenario for befolkningsframskrivning.

Arbeidet med å utvikle allmennlegetjenesten fortsetter

Dette er den tredje av fire evalueringsrapporter i vår følgeevaluering, og neste års evalueringsrapport vil være en sluttevaluering av tiltakene i allmennlegetjenesten i perioden 2020-2024. Sluttrapporten vil i større grad undersøke hvordan innbyggerne opplever allmennlegetjenesten, og samtidig følge opp nye tiltak som gjennomføres i løpet av 2024.

10. Referanser

Abelsen, B., Godager, G. & Hagen, T. P., 2021. *Finansiering av fastlegeordningen*, s.l.: KS FoU.

ALIS-kontorene, u.d.a. *Mandat for ALIS rådgivningskontor*. [Internett]
Available at: <https://www.alis.no/om-alis-kontorene/mandat-for-alis-kontorene>

ALIS-kontorene, u.d.b. *ALIS-tilskudd*. [Internett]
Available at: <https://www.alis.no/alis-ordningen/alis-tilskudd>

ALIS-kontorene, u.d.c. *ALIS-avtaler: tilleggselementer for kommuner med særskilte rekrutteringsutfordringer - statlig tilskudd*. [Internett]
Available at: <https://www.alis.no/alis-ordningen/alis-avtaler>

ALIS-kontorene, u.d.d. *ALIS-tilskudd: hvordan løse forskjellen mellom søknadsperiode og budsjettår?*. [Internett]
Available at: <https://www.alis.no/alis-ordningen/alis-tilskudd>

ALIS-kontorene, u.d.e. *For kommuner: Vi har fått ALIS - hva gjør vi nå?*. [Internett]
Available at: <https://www.alis.no/for-kommuner>

Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2021. *Informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger*, Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Brækhus, L. A., 2024. *Helsedirektoratet lyser ut 560 millioner i tilskudd for å få flere fastleger*. [Internett]
Available at: https://www.dagensmedisin.no/alis-allmenmedisin-fastleger/helsedirektoratet-lyser-ut-560-millioner-i-tilskudd-for-a-fa-flere-fastleger/630339?utm_campaign=2024-04-18%3A+Helsedirektoratet+lyser+ut+560+millioner+i+tilskudd+for+%C3%A5+f%C3%A5+flere+fastlege

Brækhus, L. A. & Kalveland, J., 2023. *Reagerer på prisspiral i markedet for vikarleger til fastlegeordningen*. [Internett]
Available at: <https://www.dagensmedisin.no/fastlegeordningen-fastleger-vikariat/reagerer-pa-prisspiral-i-markedet-for-vikarleger-til-fastlegeordningen/534594>

Delalic, L., Grøslund, M. & Gjefsen, H., 2023. *Kontinuitet i lege-pasientforholdet [Continuity in relationship between doctor and patient]*, Oslo: Folkehelseinstituttet.

Difi, 2017. *Innbyggerundersøkelsen 2017 - Hva mener innbyggerne?*, Oslo: Difi.

Ekspertgruppe legevakt, 2021. *Kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning*, s.l.: s.n.

Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten, 2023. *Gjennomgang av allmennlegetjenesten*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

EY og Vista Analyse, 2019. *Evaluering av fastlegeordningen*, Oslo: s.n.

Fastlegeforskriften, 2012. *Forskrift om fastlegeordning i kommunene (FOR-2012-08-29-842)*. [Internett]
Available at: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-842/KAPITTEL_4#KAPITTEL_4

FHI, 2019. *Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018/2019*, Oslo: s.n.

FHI, 2022. *Folkehelse rapportens temautgave 2022. Framtidens utfordringer for folkehelsen. Sykdomsbyrde, bruk av helse- og omsorgstjenester, og smittsomme sykdommer*, Oslo: Folkehelseinstituttet.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, 2017. *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (FOR-2016-10-28-1250)*. [Internett]
Available at: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-10-28-1250?q=Forskrift%20om%20ledelse%20og%20kvalitetsforbedring>

Forskrift om pasientrettigheter mv., fastlege, 2012. *Forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen (FOR-2012-08-29-843)*. [Internett]
Available at: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2012-08-29-843/%C2%A73#%C2%A73>

Hansen, A. H., Halvorsen, P. A., Aaraas, I. J. & Førde, O. H., 2013. Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice*, pp. e482-e489.

Hatland, L. E., Børstad, J. & Toftaker, J., 2023. Ny undersøkelse om Helseplattformen: Legene frykter å gjøre alvorlige feil. [Internett]

Available at: <https://www.nrk.no/trondelag/ny-undersokelse-om-helseplattformen--ni-av-ti-leger-mener-pasientsikkerheten-er-truet-1.16573375>

Helfo, 2023. *Pasienttilpasset basistilskudd*. [Internett]

Available at: <https://www.helfo.no/fastlegeordninga/pasienttilpasset-basistilskudd>

Helse- og omsorgsdepartementet, 2022. *Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2022*, Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a. *Fastlegeordningen styrkes*. [Internett]

Available at: <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/hod/nyheter/2020ny/fastlegeordningen-styrkes/id2768671/>

Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b. *Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024: Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2021. *Fastlegeordningen styrkes*. [Internett]

Available at: <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/regjeringen-solberg/aktuelt-regjeringen-solberg/hod/nyheter/2021ny/fastlegeordningen-styrkes/id2875341/>

Helse- og omsorgsdepartementet, 2023a. *Høring - Rapporten "Gjennomgang av allmennlegetjenesten"*. [Internett]

Available at: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/horing-rapporten-gjennomgang-av-allmennlegetjenesten/id2986685/?showSvar=true&term=&page=1&isFilterOpen=true>

Helse- og omsorgsdepartementet, 2023b. *Oppretter flere utdanningsstillinger for å løse fastlegekrisen*. [Internett]

Available at: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/opprettet-flere-utdanningsstillinger-for-a-lose-fastlegekrisen/id2996395/>

Helse- og omsorgsdepartementet, 2023c. *Sykehustalen*. s.l.:s.n.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2023d. *Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2023*, Oslo: Helsedirektoratet.

Helse- og omsorgsdepartementet, 2023e. *Invitasjon til å gi innspill til stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester*. [Internett]

Available at: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/invitasjon-til-a-gi-innspill-til-stortingsmelding-om-akuttmedisinske-tjenester/id3015245/?expand=horingsbrev>
[Funnet 24. april 2024].

Helse- og omsorgsdepartementet, 2024. *Meld. St. 9 (2023-2024). Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024-2027*, s.l.: s.n.

Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011. *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30)*. [Internett]

Available at: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30/KAPITTEL_4#%C2%A74-2

Helsedirektoratet (tidligere Direktoratet for e-helse), 2024. *DHV - Digital hjemmeoppfølging spredning*. [Internett]

Available at: <https://www.ehelse.no/nasjonal-e-helseportefolje/tiltak-i-nasjonal-e-helseportefolje/dhv-digital-hjemmeoppfolging-spredning>

Helsedirektoratet, 2021 a. *ALIS-kontor*. [Internett]

Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/allmennmedisin/alis-avtaler>

Helsedirektoratet, 2021 b. *Kompetanseløft 2020 - Personell og kompetanse i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*, Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2022a. *Handlingsplan for allmennlegetjenesten - årsrapport 2021: Begrepsliste*. [Internett]

Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport->

2021/begrepsliste

[Funnet 26. april 2024].

Helsedirektoratet, 2022b. *Handlingsplan for allmennlegetjenesten - årsrapport 2021: Nærmere om basistilskudd, grunntilskudd og utfjamningstilskudd*. [Internett]

Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2021/kostnader-til-allmennlegetjenesten/naermere-om-basistilskudd-grunntilskudd-og-utfjamningstilskudd>

Helsedirektoratet, 2022c. *Koronavirus - beslutninger og anbefalinger: 1.4.7 Kommunal helse- og omsorgstjeneste*. [Internett]

Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/koronavirus/prioritering-i-helsetjenesten/kommunal-helse-og-omsorgstjeneste>

Helsedirektoratet, 2022d. *Praksiskonsulentordningen*. [Internett]

Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2021/praksiskonsulentordningen>

Helsedirektoratet, 2023a. *Allmennlegetjenesten*. [Internett]

Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/allmennlegetjenesten>

Helsedirektoratet, 2023b. *Allmennlegetjenesten - Statusrapport (Oktober 2023)*, Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2023c. *Besvarelse av TB2023-38 Status og utvikling i helprivate allmennlegetjenester, s.l.*: Ikke publisert.

Helsedirektoratet, 2023d. *Handlingsplan for allmennlegetjenesten - årsrapport 2022, inklusive status per mai 2023, kapittel 2.4: Bedre kunnskap om kvalitet i tjenestene*. [Internett]

Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2022-inklusive-status-per-mai-2023/god-kvalitet-til-alle/bedre-kunnskap-om-kvalitet-i-tjenestene>

Helsedirektoratet, 2023e. *Handlingsplan for allmennlegetjenesten - årsrapport 2022, inklusive status per mai 2023: Status for målområde 2*. [Internett]

Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2022-inklusive-status-per-mai-2023/god-kvalitet-til-alle/status-for-malomrade-2>

Helsedirektoratet, 2023f. *Nasjonalt kvalitetsindikatorssystem (NKI) - årsrapport 2023: Kapittel 2 Organisering av nasjonalt kvalitetsindikatorssystem*. [Internett]

Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonalt-kvalitetsindikatorssystem-nki-arsrapport-2023/organisering-av-nasjonalt-kvalitetsindikatorssystem>

Helsedirektoratet, 2023g. *Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. Kvartalsrapport 3. kvartal 2021 - Grunntilskudd*. [Internett]

Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/oppfolging-av-handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-2020-2024-kvartalsrapport-3.kvartal-2021/rekruttering-og-stabilitet/grunntilskudd>

Helsedirektoratet, 2023h. *Spesialistutdanning innen allmenntidmedisin: Regler for gammel spesialistutdanning og etterutdanning - allmenntidmedisin*. [Internett]

Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/allmenntidmedisin/regler-for-gammel-spesialistutdanning-og-etterutdanning>

Helsedirektoratet, 2023i. *Statusrapport - Allmennlegetjenesten høsten 2023*, Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet, 2024a. *Nasjonalt ALIS og veiledning*. [Internett]

Available at: <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/nasjonalt-alis-og-veiledning#regelverk-mal-for-ordningen>

Helsedirektoratet, 2024b. *Nasjonalt kvalitetsindikatorssystem (NKI) - årsrapport 2023. Kapittel 5: Prioriteringer for 2024*. [Internett]

Available at: https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/nasjonalt-kvalitetsindikatorssystem-nki-arsrapport-2023/prioriteringer-for-2024#_ftn1

Helsedirektoratet, 2024c. *Regelverk for tilskuddsordning: Nasjonalt ALIS og veiledning*, Oslo: Helsedirektoratet.

Hjortdahl, M., Zakariassen, E. & Halvorsen, P. A., 2018. Self reported involvement in emergency medicine among GPs in Norway. *Scandinavian journal of primary health care*, 36(2), pp. 161-169.

Holte, J. H. et al., 2023. *Spesialistutdanning i allmenntidisin: Nye roller og mer ansvar for kommunene*, s.l.: Fafo, Nasjonalt senter for distrikts medisin og Agenda Kaupang.

Ipsos, SØA, 2022. *Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen - fjerde oppfølgingsundersøkelse*, s.l.: s.n.

Jia, Z., Kornstad, T., Stølen, N. M. & Hjemås, G., 2023. *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040*, Oslo: SSB rapport 2023/2.

Kompetanseforskriften, 2017. *Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. [Internett]

Available at: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-02-17-192>

KS og Den norske legeforening, 2024. *Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene (ASA 4310)*, s.l.: Den norske legeforening.

KS, 2023. *Spørreundersøkelse om legevakt og yttergrenser for arbeidstid (ikke publisert)*. s.l.:s.n.

Legeforeningen, 2024. *Data fra spørreundersøkelse blant landets legevakter*. s.l.:s.n.

Meld. St. 7 (2019-2020), 2019. *Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023)*, Oslo : Helse- og omsorgsdepartementet.

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.

NAV, 2023. *Samarbeidspartner: Om sykmedingen - for den som sykmelder: Sykmelding og sykepenger*. [Internett]

Available at: <https://www.nav.no/samarbeidspartner/om-sykmeldingen#utfylling-av-sykmeldingen>

NOU 2023: 4, 2023. *Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

OECD, 2023. *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, Paris: OECD Publishing.

Pedersen, K. et al., 2022. *Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024: Evalueringsrapport I*, Oslo: Oslo Economics og Universitetet i Oslo - Institutt for helse og samfunn.

Pedersen, K. et al., 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 (2023-2024), 2023. *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet .

Reite, T., Nøsen, A. K. M. A. & Sagen, R., 2024. *Må låne hundre leger for å innføre omstridt datasystem*. [Internett]

Available at: <https://www.nrk.no/mr/helse-more-og-romsdal-treng-hjelp-fra-st.-olavs-i-trondheim-for-a-kunne-innfore-helseplattforma-1.16790705>

Simonsen, M. C. A., 2024a. *Helse Møre og Romsdal må låne 100 leger til innføringen av Helseplattformen*. [Internett]

Available at: <https://www.dagensmedisin.no/e-helse-helse-midt-norge-rhf-helse-more-og-romsdal/helse-more-og-romsdal-ma-lane-100-leger-til-innforingen-av-helseplattformen/623347>

Simonsen, M. C. A., 2024b. *Pasientens legemiddelliste: Vi sparer ti-tyve minutter per pasient, i tillegg til tiden det tar å lete..* [Internett]

Available at: <https://www.dagensmedisin.no/arbeidsliv-bergen-kommune-e-helse/pasientens-legemiddelliste-vi-sparer-ti-tyve-minutter-per-pasient-i-tillegg-til-tiden-det-tar-a-lete/612797>

Sosial- og helsedepartementet, 1997. *Trygghet og ansvarlighet (Meld.S. nr. 23 (1996-97))*, s.l.: 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))*, s.l.: Sosial- og helsedepartementet.

Spesialistforskriften, 2016. *Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften) (FOR-2016-12-08-1482)*. [Internett]
Available at: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482/*#*

Aandahl, E. et al., 2024. *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Sluttrapport 2018 – 2023 (Statusrapport VI)*, Oslo: Oslo Economics.



oslo**economics**

www.osloeconomics.no

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

Besøksadresse:
Klingenberggata 7
0161 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo