



# Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024

*Evalueringsrapport II, 2023*

*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 handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024/2023-40*

*© Oslo Economics, 28. april 2023*

*Kontaktperson:*

*Erik Magnus Sæther / Partner*

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

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

# Innhold

<b>Forord</b>	<b>5</b>
<b>Kort oppsummert</b>	<b>6</b>
<b>Sammendrag</b>	<b>8</b>
<b>1. Innledning</b>	<b>14</b>
1.1 Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024	14
1.2 Evalueringsoppdraget	15
1.3 Om evalueringsrapport I	15
1.4 Om evalueringsrapport II	16
<b>2. Status for tiltakene i handlingsplanen</b>	<b>18</b>
2.1 Målområde 1: En attraktiv og trygg karrierevei	18
2.2 Målområde 2: God kvalitet til alle	20
2.3 Målområde 3: Fremtiden er teambasert	21
<b>3. Utvikling i allmennlegetjenesten</b>	<b>24</b>
3.1 Bemanning	24
3.2 Kapasitet og aktivitet i allmennlegetjenesten	25
3.3 Rekruttering, avgang og stabilitet	31
3.4 Kontinuitet og valgmuligheter for pasienter	34
<b>4. Pasienterfaringer med allmennlegetjenesten</b>	<b>37</b>
4.1 Nasjonal undersøkelse om pasienterfaringer	37
4.2 Erfaringer blant pasienter med særlige behov	38
<b>5. Arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet</b>	<b>42</b>
5.1 Pågående arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet	42
5.2 Fastlegers erfaringer med allmennlegetilbudet i kommunen og deres mulighet til å arbeide med kvalitetsforbedring	44
<b>6. Spesialistutdanning i allmennmedisin</b>	<b>46</b>
6.1 Antall spesialister i allmennmedisin	46
6.2 Fastlegers erfaringer med veiledning og supervisjon av LIS1 og ALIS	49
6.3 LIS1-stillinger	51
6.4 ALIS-avtaler	53
6.5 ALIS-kontor	55
<b>7. Betalingsmodeller og økonomiske vilkår</b>	<b>58</b>
7.1 Ulike driftsformer i fastlegeordningen	58
7.2 Utvikling i betaling av næringsdrivende fastleger	64
7.3 Betalingsmodeller for fastlegevikarer	70
7.4 Preferanser for og betydning av driftsform	70
7.5 Betydningen av økonomiske vilkår for å sikre rekruttering og stabilitet	74

<b>8. Rapportert arbeidstid og opplevd arbeidsbelastning</b>	<b>76</b>
8.1 Fastlegenes rapporterte og opplevde arbeidstid	76
8.2 Fastlegenes vurderinger av hvordan ulike typer oppgaver påvirker arbeidsbelastningen	79
8.3 Listelengde og arbeidsbelastning	82
<b>9. Arbeidsdeling og samhandling</b>	<b>84</b>
9.1 Samhandling med kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten	84
9.2 Samhandling og samarbeid mellom NAV og fastleger	86
<b>10. Teamarbeid</b>	<b>91</b>
<b>11. Digitale verktøy for kommunikasjon og pasientoppfølging</b>	<b>95</b>
11.1 Utvikling i bruk av ulike digitale verktøy	95
11.2 Bruk av og erfaringer med e-konsultasjoner	97
<b>12. Oppsummering og samlet vurdering</b>	<b>100</b>
12.1 Foreløpig vurdering av effekter og måloppnåelse	100
12.2 Avslutning og samlet vurdering	104
<b>13. Referanser</b>	<b>107</b>
<b>Vedlegg A Beskrivelse av metode og datagrunnlag</b>	<b>116</b>
<b>Vedlegg B Status for tiltakene i handlingsplanen</b>	<b>124</b>
<b>Vedlegg C Resultater fra spørreundersøkelse til fastleger</b>	<b>133</b>
<b>Vedlegg D Saksforløp fastlegen og NAV</b>	<b>155</b>
<b>Vedlegg E Supplerende teoretiske betraktninger om risikjustering</b>	<b>158</b>
<b>Vedlegg F Supplerende dataanalyser</b>	<b>161</b>
<b>Vedlegg G Oppsummering av Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten sine anbefalinger</b>	<b>168</b>

## Forord

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.

Helsedirektoratet har ansvar for oppfølging av handlingsplanen for allmennlegetjenesten 2020-2024 og 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 handlingsplanen. Hovedformålet med følgeevalueringen er å undersøke i hvilken grad målene i handlingsplanen nås, og hvilke effekter tiltakene gir.

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 Kine Pedersen, Erik Magnus Sæther, Johannes Bjørnstad Tyrihjøll, Susanne Gerda Værnø og Martine Bergh Gundersen 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 Sønnebø Kristiansen og Birgit Abelsen.

Vi vil takke alle informantene som har brukt av sin tid til å la seg intervju, samt alle fastleger og fastlegevikarer 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: Pedersen K, Godager G, Tyrihjøll JB, Værnø SG, Gundersen MB, Iversen T, Holte J, Abelsen B, Pahle A, Augestad L, Sæther EM (2023) Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024: Evalueringsrapport II.

Kontaktperson for arbeidet er Erik Magnus Sæther: [ems@osloeconomics.no](mailto:ems@osloeconomics.no)

Oslo, 28. april 2023

## Kort oppsummert

*Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 skal bidra til å skape en fremtidsrettet allmennlegetjeneste og en bærekraftig fastlegeordning med tjenester av høy kvalitet. Per mai 2023, tre år etter lanseringen av handlingsplanen, er ti tiltak iverksatt og syv pågående. Arbeidet med handlingsplanen i 2022 og hittil i 2023 har særlig omfattet styrking av spesialistutdanningen i allmennmedisin, styrket og endret finansiering av ordningen, og utredningsarbeid. Det er fortsatt betydelige utfordringer i fastlegeordningen, men vi ser flere positive endringer det siste året.*

### **Antall fastleger i Norge har økt over tid, og antall listeinnbyggere per fastlege har aldri vært lavere enn nå**

Antall fastleger har økt hvert år siden fastlegeordningen ble innført, og økningen har vært større enn befolkningsveksten. Antall konsultasjoner i allmennlegetjenesten, både totalt og per innbygger, har økt i samme periode og hver innbygger hadde i gjennomsnitt tre konsultasjoner med fastlegen i 2022. Fastlegenes gjennomsnittlige listelengde har falt gradvis siden 2005 fra 1 213 til 1 040 i 2022.

### **Rekrutteringen er økt, og spesialistutdanningen i allmennmedisin har blitt styrket de siste årene**

Det var 5 056 fastleger ved utgangen av 2022. Det ble 95 flere fastleger i løpet av året, og dette er den største økningen i antall fastleger siden 2017. For mange er arbeid som fastlegevikar et skritt på veien til å bli fastlege. I overkant av halvparten av fastlegene som var aktive i 2022 har erfaring som fastlegevikar, og halvparten av fastlegevikarene i vår spørreundersøkelse ønsker å bli fastlege.

Spesialistutdanningen i allmennmedisin har blitt styrket siden handlingsplanen ble lansert ved at antall tilsatte i LIS1-stillinger har økt, tilskudd til ALIS-avtaler har blitt styrket og ALIS-kontorene har fått bevilget flere midler. I 2022 ble ALIS-ordningen gjort til en nasjonal ordning og fastlegene trekker dette frem som et viktig rekrutteringstiltak for å gjøre spesialiseringen i allmennmedisin mer attraktiv.

### **Det er fortsatt utfordringer med kapasitet, tilgjengelighet og kvalitet**

Ved utgangen av 2022 stod 213 000 innbyggere på liste uten fast lege. Dette er 75 000 flere enn i 2021 og innebærer den største årsveksten i tallet på innbyggere uten fastlege siden fastlegeordningen ble innført. Om lag halvparten av innbyggerne bor nå i kommuner der ingen fastleger har åpen liste. Dette er en økning fra tidligere og medfører at tilgjengeligheten i fastlegeordningen er svekket. Samtidig leveres en økende andel av aktiviteten i allmennlegetjenesten av andre enn fastlegen. Flertallet av fastlegene oppgir at kommunens tilbud i allmennlegetjenesten har utfordringer knyttet til kvalitet og tilgjengelighet.

### **Finansieringen av fastlegeordningen har blitt vesentlig styrket siden handlingsplanen ble innført, men fastlegene peker fortsatt på et behov for økonomiske tiltak**

Basistilskuddet per innbygger har økt med 18,5 prosent (justert for inflasjon) fra 2020 til 2022, og fastlegene har hatt en sterkere inntektsutvikling enn leger i andre deler av helsetjenesten. I 2023 styrkes basistilskuddet ytterligere med 480 millioner kroner i økt ramme (tilsvarende en helårsvirkning på 720 millioner kroner). Styrking av basistilskuddet kombineres med innføring av pasienttilpasset basistilskudd. 83 prosent av fastlegene var negative til forslaget om risikojustert basistilskudd, slik det ble lagt frem i forslag til statsbudsjett for 2023, og flertallet foretrekker basistilskuddet med knekkpunkt. I modellen for pasienttilpasset basistilskudd har kommunekjennetegn stor betydning for legenes basisfinansiering, der basistilskuddet er større for usentrale kommuner der utfordringer med rekruttering, stabilitet og tilgjengelighet er størst. Dette kan bidra til å bedre situasjonen i allmennlegetjenesten i distriktene eller i det minste redusere de kommunale merkostnadene til allmennlegetjenesten i disse områdene.

Stadig flere kommuner har innført egne økonomiske tiltak, og har derfor større merkostnader knyttet til allmennlegetjenesten. Bruken av fastlønnsavtaler i kommuner er økende, og i 2022 var 45 prosent av alle nye fastlegeavtaler fastlønnsavtaler. Flere fastleger i årets undersøkelse foretrekker næringsdrift fremfor fast ansettelse. Denne trenden vises også blant unge fastleger og fastleger under spesialisering. Til tross for at finansieringen har blitt styrket de siste årene, trekker fastleger frem økonomiske tiltak, som økt basistilskudd, 8.2-avtaler og økte takster, som det viktigste for å bedre situasjonen i fastlegeordningen fremover.

### **Tiltakene i handlingsplanen har foreløpig hatt en svak, men positiv effekt på fastlegenes arbeidsbelastning**

Gjennomsnittlig listelengde falt med 25 plasser (tilsvarende 2,3 prosent) i 2022, og dette er den største reduksjonen i gjennomsnittlig listelengde noensinne. I tillegg ser vi en liten økning i andelen fastleger som er tilfredse med sin arbeidsbelastning. Likevel oppgir flertallet av fastlegene at de har for høy arbeidsbelastning, og de fleste fastleger ønsker å redusere arbeidsbelastningen gjennom å redusere listelengden sin istedenfor å avlastes for arbeidsoppgaver. Fastlegene opplever arbeidsoppgaver som ikke krever medisinske vurderinger og kompetanse som særlig belastende, for eksempel enkelte typer attester og erklæringer. Legevaksarbeid utgjør en større del av arbeidsbyrden blant fastleger som er kommunalt ansatte, har kortere lister og arbeider i mindre kommuner. 60 prosent av fastleger som jobber på legevakt, oppgir at de gjerne skulle vært foruten legevaksarbeidet.

### **Samhandlingen med andre helse- og omsorgstjenester fungerer godt**

De fleste fastlegene oppgir i spørreundersøkelsen at samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre helse- og omsorgstjenester fungerer godt, og det er statistisk signifikant flere som oppgir at samhandlingen med spesialisthelsetjenesten fungerer godt i årets spørreundersøkelse, sammenlignet med spørreundersøkelsen tilknyttet evalueringsrapport I. Flere NAV-veiledere og fastleger opplever at de har et velfungerende samarbeid. NAV-veiledere ønsker forbedret kvalitet på den medisinske dokumentasjonen de mottar, men fastlegene synes det er utfordrende å gjøre funksjonsvurderinger og opplever utfordringer med skjemaene.

### **Det blir færre, men større fastlegekontor, som gir økte muligheter for samarbeid i fastlegetjenesten**

Antall legekantor i Norge er redusert fra 1633 legekantor i 2001 til 1334 legekantor i 2022. Samtidig har gjennomsnittlig antall fastleger per legekantor økt fra 2,25 til 3,82 i samme periode. Pilotprosjekt med primærhelseteam ble avsluttet 31. mars 2023, og har gitt ny kunnskap om teambasert tilnærming til allmennlegetjenesten. Evalueringen av forsøket viste blant annet at pasienter som mottar helsehjelp fra sykepleier i primærhelseteam er tilfredse med ulike deler av oppfølgingen fra både sykepleier og fastlege, og at de ønsker å bli fulgt opp av sykepleier.

### **Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten har foreslått 59 tiltak for videre utvikling**

Regjeringen nedsatte høsten 2022 et hurtigarbeidende ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten, som leverte sin rapport med endelige vurderinger og anbefalinger 15. april 2023. Ekspertutvalget har foreslått 59 tiltak for videre utvikling av allmennlegetjenesten. Forslagene er knyttet til organisering og finansiering av fastlegeordningen, legevakt og kompetanse. Beslutninger om iverksetting av tiltak og videre arbeid avventer oppfølging av ekspertutvalgets utredning.

# Sammendrag

*Dette er andre evalueringsrapport for følgeevalueringen av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. Arbeidet med handlingsplanen i 2022 og hittil i 2023 har særlig omfattet styrking av spesialistutdanningen i allmennmedisin, styrket og endret finansiering av ordningen, og utredningsarbeid. De samlede funnene i evalueringen, basert på analyser av registerdata, spørreskjemaundersøkelser og intervjuundersøkelser, tyder på at det fortsatt er betydelige utfordringer i fastlegeordningen, men at det også er noen positive tegn siden fjorårets evalueringsrapport.*

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. HelseDirektoratet har ansvar for oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 og 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 handlingsplanen. Hovedformålet med følgeevalueringen er å undersøke om tiltakene under de tre målområdene gir ønskede effekter, og vurdere måloppnåelse, både generelt og med utgangspunkt i ulike perspektiver og målgrupper. Evalueringen skal også vurdere hvordan HelseDirektoratet følger opp handlingsplanen. Som del av evalueringen innhenter vi et bredt informasjonsgrunnlag basert på dokumentstudier og litteraturgjennomgang, spørreundersøkelse blant fastleger og intervjuer med representanter for ulike målgrupper, og registerdata. Undersøkelsene rettes mot ulike målgrupper og temaer i de ulike årene, slik at vi i løpet av hele evalueringsperioden til sammen vil dekke de ulike målgruppene og temaene for handlingsplanen.

## **Kapittel 1: Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten**

Dette er andre rapport for følgeevalueringen av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. I dette kapitlet beskriver vi bakgrunnen for og innholdet i handlingsplanen, rammene for evalueringsoppdraget, funn fra fjorårets evalueringsrapport og oppbyggingen av denne rapporten.

## **Kapittel 2: Status for tiltakene i handlingsplanen**

Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 inneholder 17 tiltak, fordelt på tre målområder. Enkelte av tiltakene er kortsiktige, med formål om å rekruttere nye fastleger og beholde leger som arbeider som fastlege. Andre tiltak er langsiktige, strekker seg over flere år, og har som formål å sørge for gode allmennlegetjenester til alle innbyggere fremover i tid. I dette kapitlet gir vi en beskrivelse av hvert tiltak i handlingsplanen, og status for tiltaket. Per mai 2023, tre år etter lanseringen av handlingsplanen, er ti tiltak iverksatt og syv pågående. Mye av aktiviteten i 2022 og hittil i 2023 dreier seg om utredningsarbeid. Utformingen på enkelte tiltak har blitt betydelig endret siden 2020.

## **Kapittel 3: Utvikling i allmennlegetjenesten**

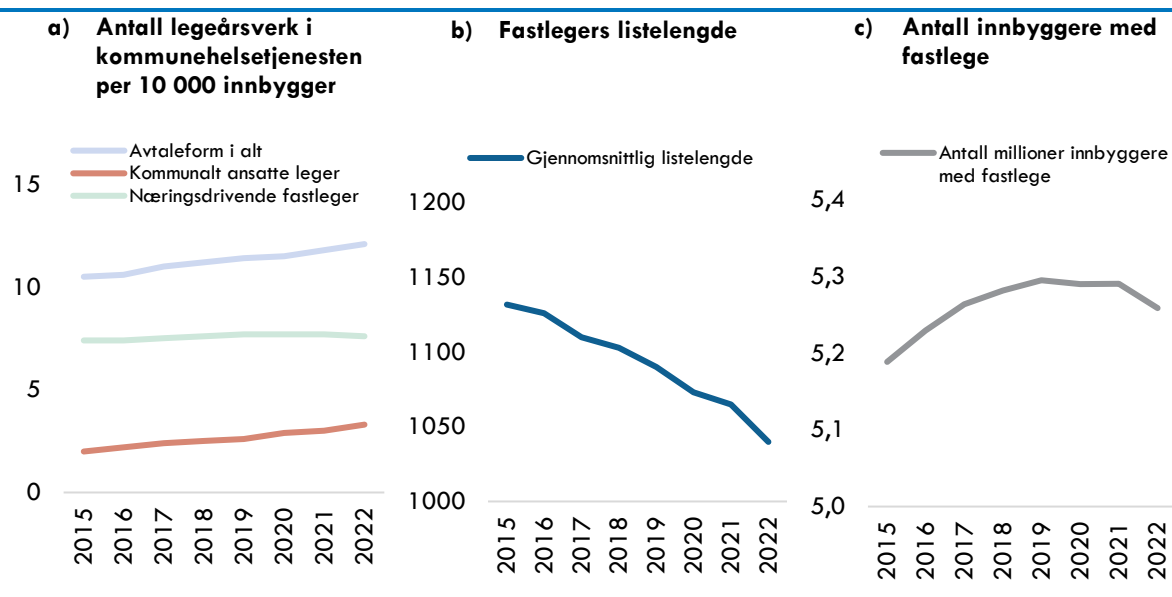
Antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten har økt fra 2015 til 2022 (Figur 1). I 2022 økte antallet fastleger med 95, og det er den største økningen i antall fastleger siden 2017. Bruk av fastlønnsavtaler er økende, og i 2022 var 45 prosent av alle nye fastlegeavtaler fastlønnsavtaler, opp fra 24 prosent i 2017. Innbyggernes mulighet til å velge fastlege ble likevel svekket ytterligere i løpet av 2022. Andelen innbyggere bosatt i kommuner der ingen fastleger har åpen liste økte fra 27 prosent i 2021 til 47 prosent i løpet av 2022.

Listetakene i fastlegeavtalene mellom leger og kommuner representerer det maksimale antall innbyggere den enkelte fastlege har sagt seg villig til å ta ansvar for. Kapasiteten i fastlegeordningen målt ved samlet listetak for alle landets fastleger har vært avtagende siden 2018, og i 2022 ble samlet listetak redusert med nærmere 71 000 plasser. Gjennomsnittlig listelengde har falt gradvis siden 2015 (Figur 1). Antallet innbyggere på lister uten fast lege økte med 74 719 i 2022, og dette er den sterkeste årsveksten i innbyggere uten fastlege siden fastlegeordningen ble innført i 2001. I løpet av 2022 ble det for første gang registrert en reduksjon i tallet på fastleger med spesialitet i allmennmedisin.

Andelen av allmennlegekonsultasjonene utenom legevakt som leveres av fastleger har gradvis blitt redusert, fra 91 prosent i 2017 til 84 prosent i 2022. For mange er arbeid som fastlegevikar et skritt på veien til å bli fastlege. I overkant av halvparten av fastlegene som var aktive i 2022 har erfaring som fastlegevikar, og halvparten av fastlegevikarene i vår spørreundersøkelse ønsker å bli fastlege.



Figur 1: Utviklingstrekk i allmennlegetjenesten

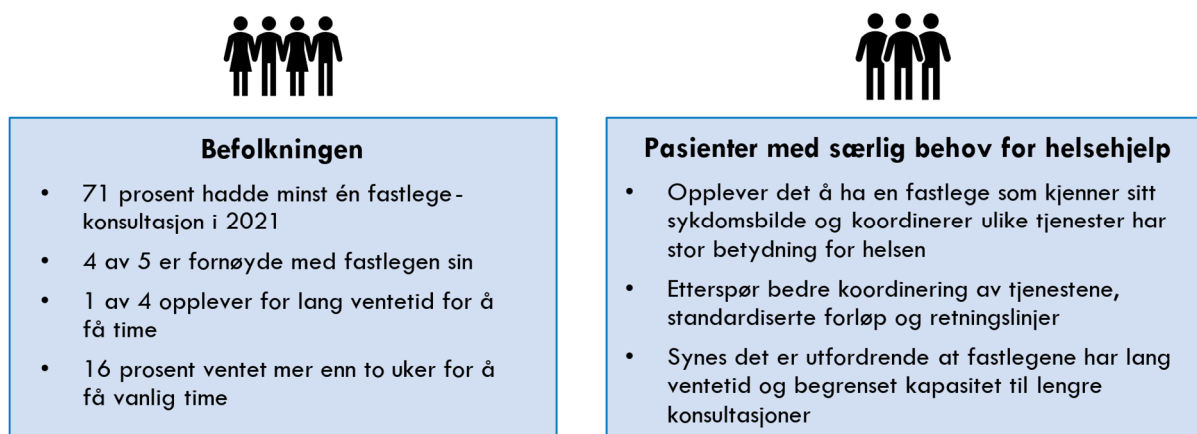


Kilder: Panel a) SSB tabell 09750 og 11996. Panel b) FLO. Lister uten fast lege er ikke inkludert. Panel c) FLO.

#### Kapittel 4: Pasienterfaringer med allmennlegetjenesten

Handlingsplanen har som mål å sikre en tilgjengelig allmennlegetjeneste som gir god kvalitet til alle innbyggere, og i årets rapport undersøker vi nærmere hvordan brukerne opplever tjenesten (Figur 2). En nasjonal spørreundersøkelse om erfaringer med fastlegetjenesten viser at 4 av 5 pasienter i stor eller svært stor grad er fornøyd med fastlegen sin, men 1 av 4 pasienter opplever at det er for lang ventetid for å få vanlig time. I intervjuer med pasientforeninger som representerer pasienter med særlig behov for oppfølging fra helsetjenesten, understrekes viktigheten av fastlegens rolle og behovet for kontinuitet i lege-pasient-relasjonen.

Figur 2: Pasientenes erfaringer med allmennlegetjenesten, fra ulike perspektiver



Kilde: PasOpp-undersøkelsen (FHI, 2022b), samt intervjuer med pasientforeninger, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

#### Kapittel 5: Kvalitetsbegrepet og arbeid med kvalitetsforbedring

Handlingsplanen har flere tiltak som direkte eller indirekte skal styrke kvaliteten i allmennlegetjenesten generelt, og særlig tilbudet til brukere med omfattende behov. Tiltakene er ment å forbedre kunnskapsgrunnlaget om kvaliteten på tjenestene i legekantor, kommuner og på nasjonalt nivå, og å bidra til mer systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Mangelen på god styringsinformasjon om allmennlegetjenestens kapasitet og volum er bakteppet for det pågående arbeidet med utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer. I arbeidet med utviklingen av kvalitetsindikatorer vil utviklingen av god styringsinformasjon om tjenestens kapasitet og volum spille en viktig rolle.

Fastleger oppga i spørreundersøkelsen at deres egen kommune i noen eller stor grad har utfordringer knyttet til allmennelegetjenesten når det gjelder bemanning (83 prosent svarte dette), tilgjengelighet på tilbudet (80 prosent) og kvalitet på tilbudet til befolkningen (62 prosent). Fastlegene utdyper i intervjuer at bemanningsutfordringene bidrar til høyt arbeidspress, som videre påvirker kvaliteten i tilbudet. De opplever at de har lite tid til kontinuerlig kvalitetsarbeid, og at tidspress kan redusere kvaliteten på medisinske vurderinger, og at kortere og hyppigere konsultasjoner kan bidra til at behandlingen i større grad retter seg mot symptomer heller enn det underliggende helseproblemet.

## Kapittel 6: Spesialistutdanning og rekruttering av fastleger

Siden handlingsplanen ble lansert, har antall tilsatte i LIS1-stillinger, antall tilskudd til ALIS-avtaler og bevilgede midler til ALIS-kontor økt, noe som tyder på en styrking av spesialistutdanningen i allmennelegetjenesten. Likevel falt antall fastleger som er spesialister i allmennelegetjenesten i 2022. Dette for første gang siden innføring av fastlegeordningen i 2001. Nedgangen ser ikke ut til å skyldes at færre fullførte spesialiseringen i løpet av året, men at antallet etablerte fastleger som fullførte spesialiseringen sin i allmennelegetjenesten i løpet av året var lavere enn tidligere. Dette kan skyldes at flere spesialister jobber som vikar eller har andre allmennelegetjenestestillinger i kommunen. Antall tilsatte i LIS1-stillinger har økt fra 924 i 2019 til 1 110 i 2022. Økt antall LIS1-stillinger trekkes frem som viktig for rekruttering, og fastleger opplever LIS1 som en god arena for rekruttering, samtidig som de er verdifull arbeidskraft ved kontoret.

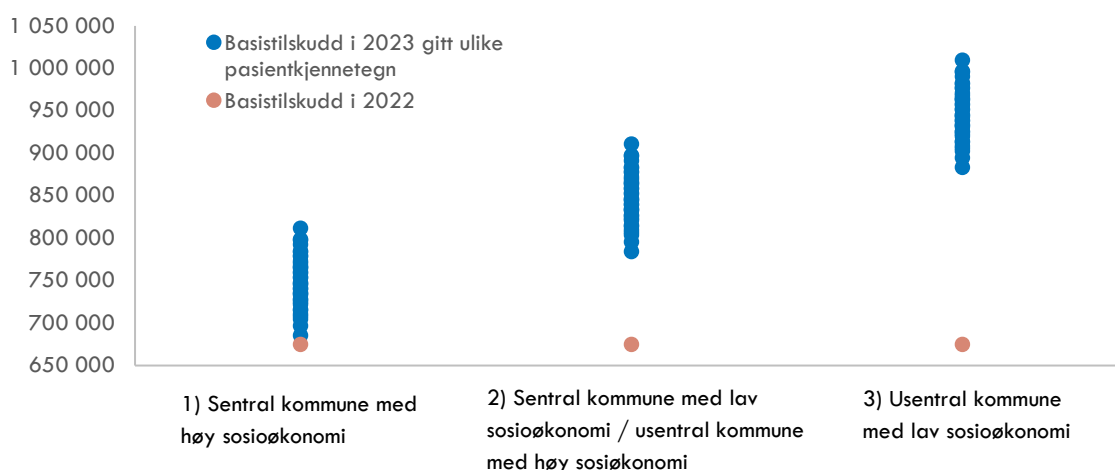
I 2022 opprettet Helsedirektoratet en ny nasjonal tilskuddsordning for ALIS-avtaler og veiledning av ALIS. Antall tilskudd til ALIS-avtaler har økt betydelig, fra 140 avtaler i 2019 til 1355 avtaler i 2022, med innføring av ny tilskuddsordning Nasjonal ALIS og veiledning som erstatter tidligere ordninger. Tilskudd til ALIS-avtaler for fastleger i næringsdrift var på 10 millioner kroner i 2019. I 2022 var samlet tilskudd til ALIS-avtaler på 241,9 millioner kroner og det er lyst ut tilskudd for 431 millioner for 2023, og den nye ALIS-ordningen oppleves som et betydelig løft for allmennelegetjenesten som bidrar til økt rekruttering. Imidlertid etterlyses klarere og enklere rammer for ordningen, særlig knyttet til dekning av kommunenes merkostnader ved inngåelse av ALIS-avtaler. Etter tilbakemeldinger fra kommuner og leger er tilskuddsordningen noe videreutviklet i 2023, og det er fastsatt en veiledende sats for praksiskompensasjon, satsen for veiledning er økt, og kommunene får midler for å dekke eget arbeid med å legge til rette for utdanningsløp. Vikarer (ikke vikarer tilknyttet vikarbyrå) kan nå få tilskudd, gitt at vikariatet er over tre måneder. Bevilgede midler til ALIS-kontorene har økt fra 10 millioner kroner i 2020 til 40 millioner kroner i 2022 og 2023. ALIS-kontorene er i stor grad godt etablert og bistår kommuner og ALIS særlig med utforming av avtaler og søknader om tilskudd og utdanning av veiledere til LIS1 og ALIS. Tilnærmet alle kommuner i Norge er nå registrert som utdanningsvirksomheter.

## Kapittel 7: Betalingsmodeller og økonomiske vilkår

De fleste fastleger trekker frem økonomiske tiltak som det viktigste for å bedre situasjonen i fastlegeordningen. Økt basistilskudd, 8.2-avtaler, tilbakekjøpsgarantier og ALIS-tilskudd trekkes frem som viktige økonomiske tiltak. Våre undersøkelser tyder på at 70 prosent av fastlegene har ren næringsdrift, 12 prosent er næringsdrivende med 8.2-avtale og 18 prosent er fast ansatt i kommunen. Andelen fast ansatte har økt over tid, fra 12 prosent i 2017, og særlig i kommuner med 10 000 – 50 000 innbyggere har fastlønnsavtaler blitt mer vanlig. Blant fastlegene i vår spørreundersøkelse oppgir 83 prosent at de foretrekker næringsdrift (med eller uten 8.2-avtale), noe som er høyere enn i fjorårets evalueringsrapport. Andelen som foretrekker næringsdrift har økt både blant næringsdrivende og fast ansatte fastleger, samt blant unge fastleger og fastleger under spesialisering.

I 2022 ble basistilskuddet per innbygger holdt tilnærmet uendret (justert for inflasjon), men fra 1. mai 2023 blir basistilskuddet styrket med 480 millioner kroner i økt ramme (tilsvarende en helårsvirkning på 720 millioner kroner), kombinert med innføring av pasienttilpasset basistilskudd slik at størrelsen avhenger av kjennetegn ved pasienten og kommunen. Selv om pasientkjennetegn har størst vekt for basistilskuddet for den enkelte pasient, vil kommunekjennetegn gi utslag for alle pasienter på listen og dermed som regel ha størst effekt på samlet basisfinansiering (Figur 3). I vår spørreundersøkelse var imidlertid flertallet av fastlegene (83 prosent) negative til forslaget om risikojustert basistilskudd, slik det ble presentert i forslaget til statsbudsjett for 2023, og samtlige av fastlegene vi har intervjuet, oppga at de foretrekker basistilskudd med knekkpunkt. Det trekkes blant annet frem at det kan være negativt for yngre fastleger (med yngre liste) og dermed virke mindre rekrutterende. De siste årene har stadig flere kommuner innført egne økonomiske tiltak for å bedre situasjonen, og omfanget av slike tiltak og kommunenes merkostnader knyttet til tiltakene virker å ha økt videre i 2022. Blant annet har flere kommuner innført den såkalte Tromsø-modellen.

**Figur 3: Nytt pasienttilpasset basistilskudd\* for en fastlege med 1 000 listepasienter, gitt ulike kjennetegn ved pasientene og kommunen\*\***



Kilde: helfo.no. \* Beregningsmodellen for basistilskudd på Helfo sine sider er laget for illustrative formål og kan ikke brukes til å forutsi basistilskuddet til den enkelte fastlege. Figuren viser ikke alle kombinasjoner av pasientkjennetegn for hele listepopulasjonen, men ulike scenarier definert i Helfos modell hvor sammensetningen av listepopulasjonen skiller seg fra snittet.

\*\* Fastleger i usentrale kommuner har betydelig kortere lister enn fastleger i sentrale kommuner slik at samlet inntekt ikke nødvendigvis vil være høyere i usentrale kommuner. Den prosentvise veksten i basistilskuddet gjelder imidlertid uavhengig av listelengde, slik at veksten blir størst i usentrale kommuner.

### Kapittel 8: Rapportert arbeidstid og opplevd arbeidsbelastning

Flere tiltak i handlingsplanen har som mål å lette arbeidshverdagen for fastlegene ved å redusere arbeidsbelastningen. Fortsatt oppgir mange fastleger (76 prosent) at de har for høy arbeidsbelastning, og medianen for rapportert arbeidsmengde blant fastlegene er 53 timer i uken når vi inkluderer alle former for legevakt. Sammenlignet med spørreundersøkelsen i evalueringsrapport I er det imidlertid en liten, men statistisk signifikant økning i andelen fastleger som er tilfredse med sin arbeidsbelastning. 36 prosent av fastlegene reduserte listelengden sin med minst 10 plasser fra utgangen av 2021 til utgangen av 2022, med en gjennomsnittsleduksjon på 70 listeplasser hver. Allikevel svarte 66 prosent av fastlegene i spørreundersøkelsen at de ønsker å redusere listetaket sitt.

Fastlegene opplever arbeidsoppgaver som ikke krever medisinske vurderinger og kompetanse som særlig belastende, for eksempel enkelte typer attester og erklæringer. De fleste ønsker imidlertid å redusere arbeidsbelastningen sin gjennom redusert listelengde heller enn avlastning av oppgaver. Legevaksarbeid utgjør en større del av arbeidsbyrden blant fastleger som er kommunalt ansatte, har kortere lister og arbeider i mindre kommuner. Flere trekker frem at legevaksarbeid bidrar til høy arbeidsbelastning og blant fastlegene i spørreundersøkelsen som jobber på legevakt svarer 60 prosent at de gjerne skulle vært foruten legevaksarbeidet.

### Kapittel 9: Arbeidsdeling og samhandling

God arbeidsdeling og samhandling mellom allmennlegetjenesten og andre deler av helse- og omsorgstjenesten er viktig for kvalitet og ressursbruk i helsetjenesten. Flere av de pågående tiltakene i handlingsplanen er spesifikt rettet mot bedre samhandling og mer hensiktsmessig arbeidsdeling. De fleste fastlegene oppgir i spørreundersøkelsen at samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre helse- og omsorgstjenester fungerer godt. Det er statistisk signifikant flere som oppgir at samhandlingen med spesialisthelsetjenesten fungerer godt i årets spørreundersøkelse, sammenlignet med spørreundersøkelsen tilknyttet evalueringsrapport I, mens det ikke er noen statistisk signifikant endring når det gjelder samhandling med andre kommunale helse- og omsorgstjenester.

I årets rapport har vi også undersøkt hvordan fastleger og NAV-veiledere opplever arbeidsdelingen og samarbeidet (Figur 4). NAV-veiledere oppfatter arbeidsdelingen mellom NAV og fastlegene som hensiktsmessig, men ønsker å involvere fastlegene i større grad. Fastleger har derimot delte meninger om arbeidsdelingen, og peker på at de ikke alltid har forutsetninger for å gi informasjonen som etterspørres av NAV. Flere NAV-veiledere og fastleger opplever at de har et velfungerende samarbeid, særlig hvis de har god kjennskap til hverandre, og peker på behovet for kommunikasjonsplattformer og samarbeidsmøter. NAV-veiledere merker at fastlegetjenesten preges av høy arbeidsbelastning og mangel på fastleger, både ved mangelfulle legeerklæringer og sykmeldinger, samt at økt vikarbruk forsinker saksgangen. NAV-veiledere ønsker forbedret

kvalitet på den medisinske dokumentasjonen de mottar, men fastlegene synes det er utfordrende å gjøre funksjonsvurderinger og opplever utfordringer med skjemaene.

**Figur 4: Oppsummering av funn fra intervjuer med fastleger og NAV-veiledere**



NAV-veiledere oppfatter arbeidsdelingen mellom NAV og fastlegene som hensiktsmessig, mens fastlegene har delte meninger



Flere NAV-veiledere og fastleger opplever at de har et velfungerende samarbeid, særlig hvis de har god kjennskap til hverandre. De peker på behovet for kommunikasjonsplattformer og samarbeidsmøter



NAV-veiledere merker at fastlegetjenesten preges av høy arbeidsbelastning og mangel på fastleger, både ved mangelfulle legeerklæringer og sykmeldinger, samt at økt vikarbruk forsinker saksgangen



NAV-veiledere ønsker forbedret kvalitet på den medisinske dokumentasjonen de mottar, men fastlegene synes det er utfordrende å gjøre funksjonsvurderinger og opplever utfordringer med skjemaene

Kilde: Intervjuer med fastleger og NAV-veiledere, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo, høsten 2022.

## Kapittel 10: Teamarbeid

Handlingsplanen trekker frem at tverrfaglige, teambaserte tjenester vil være viktig for en fremtidsrettet helsetjeneste. Det pågår en utvikling i retning av færre, men større fastlegekontor. Antall legekantor i Norge er blitt redusert fra 1633 legekantor i 2001 til 1334 legekantor i 2022; samtidig har gjennomsnittlig antall fastleger per legekantor økt fra 2,25 til 3,82 i samme periode. Det høyeste antallet fastleger på ett fastlegekontor er 17. Antall innbyggere med fastlege uten kolleger har avtatt, fra 845 000 innbyggere ved utgangen av 2001 til 207 000 innbyggere ved utgangen av 2022. Pilotprosjekt med primærhelseteam ble avsluttet 31. mars 2023, og har gitt ny kunnskap om teambasert tilnærming til allmennlegetjenesten. Evalueringen av forsøket viste blant annet at pasienter som mottar helsehjelp fra sykepleier i primærhelseteam er tilfredse med ulike deler av oppfølgingen fra både sykepleier og fastlege, og at de ønsker å bli fulgt opp av sykepleier.

## Kapittel 11: Digitale verktøy for kommunikasjon og pasientoppfølging

Digitalisering kan bidra til nye måter å jobbe på, og gi økt kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene som ytes. Handlingsplanen inneholder flere tiltak for bruk av digitale verktøy. Fastlegene er stort sett fornøyde med sitt EPJ-system, selv om det er stor variasjon i hvilket system de bruker.

Bruken av e-konsultasjoner var i 2022 noe lavere enn i 2021, men ligger fortsatt på et høyt nivå. E-konsultasjoner utgjorde i 2022 om lag 25 prosent av alle konsultasjoner hos fastleger. En økende andel av e-konsultasjonene gjennomføres utenfor normal arbeidstid (20 prosent i 2022), noe som antagelig henger sammen med at e-konsultasjoner utenfor normal arbeidstid er bedre honorert enn de innenfor normal arbeidstid. Det er delte meninger blant fastlegene rundt bruken av e-konsultasjon. Det fremheves at e-konsultasjon er positivt for visse typer problemstillinger, men at det bidrar til økt arbeidsmengde ettersom terskelen for å kontakte fastlegen blir lavere, særlig når det gjelder skriftlige e-konsultasjoner. Variasjonen i arbeidsmengde ved ulike typer e-konsultasjon gjør at det kunne vært hensiktsmessig om taksten for e-konsultasjon skilte mellom de ulike konsultasjonsformene. I 2022 har Helsedirektoratet gjennomført et pilotprosjekt for utprøving av et digitalt triageringsverktøy som på sikt kan bidra til mer hensiktsmessig bruk av e-konsultasjon. Erfaringene fra piloten er så langt gode og i 2023 skal en videreutviklet versjon av verktøyet prøves ut.

## Kapittel 12: Oppsummering og samlet vurdering

Per mai 2023, tre år etter lanseringen av handlingsplanen, er ti tiltak iverksatt og syv er pågående. Arbeidet med handlingsplanen i 2022, og hittil i 2023, har særlig omfattet styrking av spesialistutdanningen i allmennmedisin, styrket finansiering av ordningen, og utredningsarbeid. De samlede funnene i evalueringen, basert på analyser av registerdata, spørreskjemaundersøkelser og intervjuundersøkelser, tyder på at det fortsatt er betydelige utfordringer i fastlegeordningen, men at det også er noen positive tegn siden evalueringsrapport I.

213 000 innbyggere (3,9 prosent) stod på lister uten fast lege ved utgangen av 2022, en økning på 75 000 siden utgangen av 2021. Reduksjonen i listeplasser i 2022 skyldes at etablerte fastleger reduserte listelengdene sine. Fastlegenes lister ble i gjennomsnitt 2,3 prosent kortere i løpet av 2022, noe som er den største reduksjonen i listelengde noensinne. En økende andel av aktiviteten i allmennlegetjenesten leveres av andre enn fastlegen, som vikarer og LIS1. Pasientene er fornøyde med fastlegen, men opplever at ventetiden for å få time er for lang. Vi ser svake, men positive tegn til økt rekruttering og stabilitet. Antall fastleger økte med 95 i 2022, den største økningen siden 2017. Samtidig oppgir flere fastleger i spørreundersøkelsen (sammenlignet med tilsvarende undersøkelse i evalueringsrapport I) at de sannsynligvis fortsetter som fastlege.

# 1. Innledning

Dette er den andre evalueringsrapporten for følgeevalueringen av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. I dette kapitlet beskriver vi bakgrunnen for og innholdet i handlingsplanen, rammene for evalueringsoppdraget, funn fra fjorårets evalueringsrapport og oppbyggingen av denne rapporten.

## 1.1 Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024

Regjeringen la i mai 2020 fram Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, for å imøtekomme utfordringene allmennlegetjenesten står overfor og følge opp resultatene fra evalueringen av fastlegeordningen. Handlingsplanen er en forpliktende opptrappingsplan, som skal bidra til å realisere de overordnede politiske målene for helse- og omsorgstjenesten, som blant annet beskrevet i Primærhelsetjenestemeldingen (Meld. St. 26 (2014-2015)), Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 (Meld. St. 7 (2019-2020)) og Leve hele livet (Meld. St. 15 (2017-2018)). Formålet med handlingsplanen er å sikre en bærekraftig og fremtidsrettet allmennlegetjeneste, som er attraktiv, kvalitetssikker og teambasert.

Figur 1-1: Tiltak og effektmål for målområdene i handlingsplan for allmennlegetjenesten

Målområde	Tiltak	Effektmål
<b>Målområde 1:</b> En attraktiv og trygg karrierevei  <i>Tiltakene skal sammen bidra til at allmennlegetyrket betraktes som en trygg og attraktiv karrierevei</i>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Endre og styrke basisfinansieringen av fastlegeordningen</li><li>2. Gjennomgå takstsystemet for å understøtte faglig riktig praksis</li><li>3. Øke antallet ALIS-avtaler i kommuner med rekrutteringsutfordringer</li><li>4. Styrke ALIS-kontorene</li><li>5. Tilrettelegge for en bedre arbeidsdeling og samhandling med spesialisthelsetjenesten</li><li>6. Avlaste fastlegene for oppgaver</li><li>7. Skaffe økt innsikt om legevaktarbeid og prøve ut nye måter å organisere legevakt</li><li>8. Styrke Sykehjelps- og pensjonsordning for leger og Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i 2020</li><li>9. Regjeringen vil tilrettelegge for et hensiktsmessig antall LIS1-stillinger</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1.1 Finansieringsordninger og andre økonomiske tiltak som bedre understøtter stabilitet og rekruttering av allmennleger</li><li>1.2 Økte muligheter for kompetanseheving og kvalitetsutvikling for allmennleger</li><li>1.3 Økt rekruttering og stabilitet blant allmennleger</li><li>1.4 Bedre og riktigere utnyttelse av allmennlegens tid og kompetanse</li><li>1.5 Bedre organisering av allmennlegetjenesten</li><li>1.6 Redusert arbeidsbelastning for allmennleger</li></ol>
<b>Målområde 2:</b> God kvalitet til alle  <i>Tiltakene skal bidra til at allmennlegetjenesten leverer helsetjenester av god kvalitet til alle</i>	<ol style="list-style-type: none"><li>10. Bedre kvaliteten på legetjenester til brukere med omfattende behov</li><li>11. Innføre introduksjonsavtaler</li><li>12. Bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten og det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>2.1 Nasjonale myndigheter, kommuner og allmennleger skal ha kunnskap om kvalitet i tjenesten som brukes til forbedring</li><li>2.2 Behovstilpassede tjenester til alle, også de med omfattende behov</li><li>2.3 En mer tilgjengelig allmennlegetjeneste</li><li>2.4 Forbedret kontinuitet og samhandling som gir gevinster for innbyggerne</li><li>2.5 Bedre faglig praksis basert på tilgjengelig forskning og kunnskap</li></ol>
<b>Målområde 3:</b> Fremtiden er teambasert  <i>Tiltakene skal bidra til at allmennlegetjenesten blir mer teambasert</i>	<ol style="list-style-type: none"><li>13. Skape en teambasert fastlegeordning</li><li>14. Utrede gruppeavtaler for fastlegekontor</li><li>15. Regjeringen vil legge til rette for bruk av nye arbeidsverktøy</li><li>16. Øke bruken av e-konsultasjon</li><li>17. Gi flere leger mulighet for lederutdanning</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>3.1 Mer teambasert arbeid og tverrfaglighet på fastlegekontoret</li><li>3.2 Tettere integrasjon og samarbeid med andre deler av helsetjenesten, kommunale omsorgstjenester og øvrige sektorer</li><li>3.3 Velfungerende digitale plattformer, og verktøy i kommunikasjon og pasientoppfølging</li><li>3.4 Tilstedeværende og tydelig ledelse av fastlegekontoret</li></ol>

Illustrasjon: Oslo Economics og UiO. Kilde: Helsedirektoratet.

Handlingsplanen har tre overordnede målområder med tilhørende tiltak og effektmål (Figur 1-1). Målområde 1 – en attraktiv og trygg karrierevei skal 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 skal sikre en tilgjengelig allmennlegetjeneste som gir god kvalitet til alle innbyggere. Målområde 3 – Fremtiden er teambasert skal bidra

til å skape en fremtidsrettet og teambasert allmennlegetjeneste. Handlingsplanen inneholder totalt 17 tiltak fordelt på de tre målområdene. Tiltakene innenfor hvert målområde har tilhørende effektmål, som danner utgangspunktet for vurdering av måloppnåelse, både for hvert enkelt tiltak og for målområdet som helhet.

Enkelte av tiltakene i handlingsplanen er kortsiktige og har som hovedformål å rekruttere leger til fastlegeordningen og beholde leger som allerede arbeider som fastleger. Andre tiltak er langsiktige, strekker seg over flere år og har som formål å sørge for gode allmennlegetjenester til alle innbyggere fremover i tid.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet ansvaret for oppfølging av handlingsplanen. Helsedirektoratet følger opp arbeidet med tiltakene, og publiserer måneds- og årsrapporter som beskriver utviklingen i allmennlegetjenesten som en del av oppfølgingen av handlingsplanen.

## 1.2 Evalueringsoppdraget

På oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomfører Oslo Economics og Universitetet i Oslo, i samarbeid med tilknyttede fageksperter, en følgeevaluering av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. Formålet med evalueringen er å undersøke i hvilken grad målene i handlingsplanen nås, og hvilke effekter tiltakene gir. Følgeevalueringen skal særlig vurdere:

- Måloppnåelse, både generelt og med utgangspunkt i ulike perspektiver og målgrupper beskrevet i handlingsplanen
- Om tiltakene under de tre målområdene gir ønskede effekter
- Hvordan Helsedirektoratet følger opp handlingsplanen, inkludert hvordan evalueringen kan inngå i direktoratets arbeid med å etablere et følge-med-system for allmennlegetjenesten

Som del av evalueringen vil vi innhente et bredt informasjonsgrunnlag basert på dokumentstudier, registerdata og litteraturgjennomgang. Spørreundersøkelser blant og intervjuer med representanter for ulike målgrupper er også en del av informasjonsgrunnlaget. Undersøkelsene vil rettes mot forskjellige målgrupper og temaer i de ulike årene, slik at vi i løpet av hele evalueringsperioden til sammen vil dekke de ulike målgruppene for handlingsplanen og tilknyttede temaer. Evalueringsarbeidet vil dokumenteres i årlige rapporter i perioden 2022-2025. Dette er den andre av de fire evalueringsrapportene.

## 1.3 Om evalueringsrapport I

I den første evalueringsrapporten undersøkte vi status for implementering av tiltakene i handlingsplanen. Tiltakene i handlingsplanen synes å være relevante, og flere av tiltakene er fortsatt under utvikling. Per mai 2022, var ti tiltak i handlingsplanen iverksatt, mens syv var pågående og ett var satt på vent.

Undersøkelser med registerdata viste at kapasiteten i fastlegeordningen, i form av samlet listetak for landets fastlegelister, har vært avtagende siden 2018. I 2021 ble samlet listetak redusert med nærmere 89 000 plasser. Dette er den største reduksjonen siden innføringen av fastlegeordningen, og medførte at antall listeplasser for første gang var lavere enn folkemengden. Samtidig økte antall konsultasjoner raskere enn foregående år, og i 2021 gjennomførte allmennleger nærmere 17,7 millioner konsultasjoner.

I spørreundersøkelsen oppga flertallet av legene at de ønsker å redusere sin listelengde, og registerdata viste tegn til en konvergering mot en listelengde på 1 000 pasienter etter økningen av basistilskuddet og innføringen av knekkpunkt. Blant fastleger som ikke hadde redusert listen sin, var de vanligste årsakene at det økonomiske tapet blir for stort og at det ikke var andre fastleger til å ta over pasientene. Både fastlegene og representantene fra kommunene oppga i intervju at tilstrekkelig basisfinansiering er avgjørende for rekruttering av nye leger og for å beholde eksisterende leger. Derimot ble økningen i basistilskuddet ikke ansett som tilstrekkelig. Samtidig oppga 4 av 5 fastleger i spørreundersøkelsen at de hadde for stor arbeidsbelastning. Halvparten opplevde at belastningen hadde økt betydelig det siste året.

I løpet av de første to årene siden handlingsplanen ble lansert, har antall tilsatte i LIS1-stillinger, antall tilskudd til ALIS-avtaler og bevilgede midler til ALIS-kontor økt, noe som tyder på en styrking av spesialistutdanningen i allmennmedisin. Vi gjennomførte en spørreundersøkelse blant medisinstudenter og LIS1 for å få mer kunnskap om fastlegearbeidets attraktivitet og deres preferanser for karrierevei. Flertallet ønsket seg jobb som sykehuslege fremfor jobb som fastlege, både rett etter LIS1 og på lengre sikt (10-15 år). 65 prosent vurderer å jobbe som fastlege, og 3 prosent oppga at de mest sannsynlig kommer til å jobbe som fastlege. Flesteparten (over 80 prosent) oppga at forbedret sosiale ordninger og rettigheter, bedre lønnsforhold, lavere investering knyttet til å

kjøre en praksis, og redusert arbeidsmengde, i noen eller stor grad ville bidratt til å gjøre fastlegeyrket mer attraktivt. Flere av respondentene beskriver at den såkalte fastlegekrisen og negativ medieomtale påvirker både inntrykket deres av fastlegeyrket, og deres ønske om å bli fastlege.

Bruken av digitale verktøy som kjernejournal, elektronisk meldingsutveksling, helsenor.no og e-resept har økt de senere årene, og er veletablert i helsesektoren. Bruken av e-konsultasjoner økte kraftig ved starten av koronapandemien i mars 2020. Andelen e-konsultasjoner har økt fra 2 prosent i første kvartal 2019 til 29 prosent i fjerde kvartal 2021. I april 2020 ble det innført en egen takstkode for e-konsultasjon utenfor normal arbeidstid. Fra april til desember 2020 økte andelen e-konsultasjon utenfor normal arbeidstid fra 8 til 16 prosent, og ved utgangen av 2021 hadde andelen økt videre til 22 prosent.

De samlede funnene i evalueringen tydet på at det fortsatt var betydelige rekrutteringsutfordringer og behov for å utvikle fastlegeordningen.

## 1.4 Om evalueringsrapport II

### 1.4.1 Oppbygging av rapporten

Den videre oppbyggingen av denne evalueringsrapporten er som følger: I **kapittel 2** beskriver vi innholdet i og status for de 17 tiltakene i handlingsplanen. I **kapittel 3** presenterer vi en analyse av utviklingen i allmennlegetjenesten. I **kapittel 4** beskriver vi innbyggernes erfaringer med allmennlegetjenesten. **Kapittel 5** handler om kvalitetsbegrepet og arbeid med kvalitetsforbedring. I **kapittel 6** belyser vi utviklingen i spesialistutdanningen i allmennmedisin, herunder antall spesialister i allmennmedisin, LIS1-stillinger, ALIS-avtaler og ALIS-kontor. I **kapittel 7** beskriver vi betalingsmodeller og økonomiske vilkår for fastlegeordningen. I **kapittel 8** presenterer vi fastlegenes rapporterte arbeidstid og opplevd arbeidsbelastning. I **kapittel 9** drøfter vi hvordan samhandlingen mellom fastleger og kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenesten og NAV fungerer. **Kapittel 10** handler om teamarbeid i fastlegetjenesten med primærhelseteam som eksempel på en mulig modell for teamarbeid. I **kapittel 11** beskriver vi status for digitale verktøy for kommunikasjon og pasientoppfølging i allmennlegetjenesten. I **kapittel 12** oppsummerer vi status for arbeidet med handlingsplanen, med vekt på implementering av tiltakene, aktørenes vurderinger av handlingsplanens relevans, og effekter og måloppnåelse.

### 1.4.2 Metode og data

Følgeevalueringen av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 er et omfattende og sammensatt program, med mange tiltak som skal følges og effektmål som skal vurderes. Vi har derfor valgt å benytte flere datakilder i sammenheng, herunder registerdata, data fra spørreundersøkelser, intervjudata og dokumenter/rapporter. Vi har også gjennomført en workshop med referansegruppen for evalueringen. Analyseperioden for evalueringsrapport II inkluderer registerdata til og med 31.12.2022, mens beskrivelse av tiltak og arbeid på området inkluderer perioden frem til 28. april 2023. I Tabell 1-1 gir vi en oversikt over datakildene i evalueringsrapport II. En nærmere beskrivelse er inkludert i Vedlegg A.



**Tabell 1-1: Oversikt over datakildene i evalueringsrapport II. Detaljert beskrivelse av data og analyse presenteres i Vedlegg A.**

<b>Datakilde</b>	<b>Kortfattet beskrivelse</b>
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 2022. 1 341 fastleger svarte på undersøkelsen, tilsvarende 26,5 prosent av landets fastleger. I tillegg svarte 97 fastlegevikarer på undersøkelsen.
Intervjuer med ulike aktører	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fastleger/fastlegevikar (N=18)</li> <li>• NAV-veiledere (N=22 informanter i 11 kommuner)</li> <li>• Representanter fra pasientforeninger (N=9)</li> </ul> <p>I tillegg har vi snakket med representanter fra Allmennelegeforeningen, Norsk forening for allmennelegemedisin, 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, Allmennelegeforeningen, Norsk forening for allmennelegemedisin, Kommunenes sentralforbund (KS), Norsk sykepleierforbund, ALIS-kontorene, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Direktoratet for e-helse.
Dokumenter	Rapporter og vitenskapelige studier

## 2. Status for tiltakene i handlingsplanen

Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 inneholder 17 tiltak, innen tre målområder. Enkelte av tiltakene er kortsiktige, med formål om å rekruttere nye fastleger og beholde leger som arbeider som fastlege. Andre tiltak er langsiktige, strekker seg over flere år, og har som formål å sørge for gode allmennlegetjenester til alle innbyggere fremover i tid. I dette kapitlet gir vi en beskrivelse av hvert tiltak i handlingsplanen, og status for tiltaket. Per mai 2023, tre år etter lanseringen av handlingsplanen, er ti tiltak iverksatt og syv pågående. Mye av aktiviteten i 2022 og hittil i 2023 dreier seg om utredningsarbeid. Enkelte tiltak har betydelig endret utforming siden 2020.

### 2.1 Målområde 1: En attraktiv og trygg karrierevei

Handlingsplanens målområde 1 handler om å styrke rekrutteringen til yrket, samtidig som arbeidssituasjonen for etablerte fastleger skal oppleves mer stabil. **Handlingsplanen inkluderer ni tiltak under målområdet om en attraktiv og trygg karrierevei**, med seks tilhørende effektmål. Tiltakene skal bidra til rekruttering og stabilitet i fastlegeyrket, både direkte og indirekte gjennom å bøte på noen av hovedårsakene til at nyutdannede leger ikke ønsker å gå inn i fastlegeordningen. Tiltakene skal videre bidra til å gjøre fastlegeyrket tryggere, og tilrettelegge for økte muligheter for kompetanseutvikling og kvalitetsarbeid, samt bidra til bedre organisering og samhandling med spesialisthelsetjenesten. Status for implementering av tiltakene i målområde 1 er oppsummert i Tabell 2-1. For en mer detaljert beskrivelse av status for tiltakene, se Vedlegg B.

**De seks effektmålene** tilknyttet målområde 1 handler om økt stabilitet og rekruttering i og bedre organisering av allmennlegetjenesten. I tillegg er effektmålene knyttet opp mot kompetanseheving for allmennleger, bedre og riktignere utnyttelse av allmennlegens tid og kompetanse og redusert arbeidsbelastning for allmennleger.

**Tabell 2-1: Oppsummert status for implementering av tiltakene i målområde 1**

Tiltak	Status	Kort oppsummering
Tiltak 1: Endret og styrket basisfinansiering	Iverksatt, men utformingen av tiltaket endres fra 1. mai 2023	<ul style="list-style-type: none"><li>• Opprinnelig tiltak, med styrket basistilskudd, knekkpunkt og tidsbegrenset grunntilskudd ble innført 1. mai 2020.</li><li>• I 2022 ble basisfinansieringen styrket med 205 millioner kroner, men gjennomsnittlig basistilskudd per innbygger var på omtrent samme nivå som i 2021 når man justerer for inflasjon. I statsbudsjettet for 2023 er det vedtatt å styrke basistilskuddet fra 1. mai med ytterligere med 480 millioner kroner, som gir en helårseffekt på 720 millioner kroner. Samtidig endres basisfinansieringen ved at knekkpunktet fjernes og erstattes med et pasienttilpasset basistilskudd.</li><li>• Helsedirektoratet har også utredet konsekvenser av at en større andel av nye fastleger kommer inn i fastlegeordningen gjennom fast ansettelse i kommunen.</li><li>• Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten har utredet en økning av det pasienttilpasset basistilskuddet til 50 prosent.</li></ul>
Tiltak 2: Gjennomgang av takstsystemet	Iverksatt (endret fra pågående i evalueringsrapport I)	<ul style="list-style-type: none"><li>• I Normaltariffen 2022-2023 fremkommer det at Helse- og omsorgsdepartementet, KS og Legeforeningen har ferdigstilt arbeidet med å forenkle Normaltariffen, og at en del takster er slått sammen som følge av arbeidet. Endringene tredde i kraft fra 1. juli 2022.</li><li>• Helsedirektoratet har også utredet hvilke takster annet personell kan utløse etter delegasjon fra fastlegen. Besvarelse på</li></ul>

		oppdraget ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet 12. januar 2022 (Helsedirektoratet, 2022b).
Tiltak 3: Øke antall ALIS-avtaler i kommuner med rekrutteringsutfordringer	Iverksatt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall ALIS-avtaler har økt betydelig fra 2019 til 2022.</li> <li>• I 2022 ble det innført en ny nasjonal tilskuddsordning (Nasjonal ALIS og veiledning). Den nasjonale ordningen erstatter tidligere tilskuddsordninger som kun var tilgjengelig for fastleger i kommuner med rekrutteringsutfordringer. I 2022 ble det bevilget 242 millioner kroner til tilskuddsordningen, og ordningen er ytterlig styrket med om lag 200 millioner kroner i 2023.</li> <li>• Helsedirektoratet leverte i 2022 en utredning til Helse- og omsorgsdepartementet om mulige rekrutteringstiltak for å sikre tilstrekkelig bemanning i legetjenesten.</li> </ul>
Tiltak 4: Styrke ALIS-kontorene	Iverksatt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bevilgede midler til ALIS-kontor økte fra 10 millioner kroner i 2020 til 40 millioner kroner i 2022. Det er foreslått bevilgning på 40 millioner kroner også i 2023.</li> <li>• I 2022 fikk ALIS-kontorene nytt mandat som blant annet inkluderer spesialisering i samfunnsmedisin og oppgaver knyttet til LIS1.</li> </ul>
Tiltak 5: Tilrettelegge for en bedre arbeidsdeling og samhandling med spesialist-helsetjenesten	Pågående	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I 2020 ble det stilt krav til regionale helseforetak om å påse at sykehus ikke pålegger fastlegene administrativt arbeid som bør tilligge sykehusene.</li> <li>• Per utgangen av 2022 er 18 av 19 helsefelleskap etablert eller i etableringsfasen.</li> </ul>
Tiltak 6: Avlaste fastlegene for oppgaver	Pågående	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er planlagt og gjennomført utrednings- og kartleggingsarbeid knyttet til tiltaket, men dette har foreløpig ikke medført endringer i fastlegenes oppgaver.</li> <li>• Helsedirektoratet har gjennomgått attester og erklæringer (utenfor arbeidet til NAV) fastlegene kan avlastes for.</li> <li>• Pasientreiser HF har gjennomgått fastlegenes arbeid med pasientreiser.</li> <li>• Arbeidet med å vurdere takster som kan utløses av andre personellgrupper (nevnt under tiltak 3) har og som mål å avlaste fastleger for oppgaver.</li> <li>• Arbeids- og velferdsdirektoratet, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet har fått i oppdrag å etablere et samarbeid for å forbedre informasjonsutvekslingen mellom helsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten. Direktoratene skal levere en forprosjektrapport og anbefalinger innen slutten av 2023.</li> <li>• Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten anbefaler forskriftsfesting av hvilke attester fastlegene plikter å skrive. Fastleger bør ikke lenger attestere korttidsfravær i arbeidslivet eller fravær i videregående opplæring. Videre foreslår utvalget at det bør lovfestes at arbeidstaker må bruke opp egenmeldingsdagene før sykmelding kan benyttes og at antall sammenhengende egenmeldingsdager bør økes tilsvarende arbeidsgiverperioden.</li> </ul>
Tiltak 7: Skaffe økt innsikt om legevaksarbeid og prøve ut nye måter å organisere legevakt på	Iverksatt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En ekspertgruppe leverte kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning i 2021.</li> <li>• Prosjektet Pilot legevakt startet i 2019 og ble avsluttet i 2022. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin følgeevaluerte piloten, og leverte rapport desember 2022.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En partssammensatt arbeidsgruppe ble nedsatt i januar 2022, og leverte en rapport med anbefalte tiltak mai 2022. Arbeidsgruppen fikk utvidet mandat i november 2022 og skal følge opp arbeidet videre. Del 2 av arbeidet ble levert i februar 2023.</li> <li>• En tilskuddsordning for å bedre rekruttering og redusere vaktbelastning i kommuner med rekrutteringsutfordringer ble vedtatt i 2022. Total ble det gitt tilskudd til 51 rekrutteringssvake kommuner i 2022. Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten anbefaler en mer permanent ordning hvor kostnadsnøkkelen for primærhelsetjenesten i kommunenes inntektssystem blir justert for å ta hensyn til smådriftsulempene i drift av legevakt.</li> <li>• Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten anbefaler at det settes rammer for hvor mye legevaktarbeid fastleger kan pålegges og at det bør åpnes for mer bruk av andre leger enn fastleger i legevakt. Videre anbefales det at fast lønn bør benyttes mer i legevaktarbeid.</li> <li>• Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten anbefaler at det tilrettelegges for bruk av videokonsultasjoner ved alle legevaktsentraler og legevakter. Videre at triagerings- og prioriteringsverktøy som brukes der, gjennomgås og evalueres med tanke på å utvikle et mer egnet verktøy.</li> </ul>
<p>Tiltak 8: Styrke SOP og Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i 2020</p> <p>Iverksatt</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sykehjelps- og pensjonsordning for leger (SOP) ble tilført 25 millioner kroner i 2020 og 20 millioner kroner for 2021/22, utover den økonomiske rammen. For perioden 2022/23 har SOP ikke fått tildelt særskilte midler som tidligere, og den økonomiske rammen utgjør rundt 50 millioner kroner.</li> <li>• Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet ble tildelt utover sin økonomiske ramme ytterligere 24 millioner kroner i 2020, og 40 millioner kroner for 2021/22. For perioden 2022/23 har fondet ikke fått tildelt særskilte midler som tidligere, og den økonomiske rammen utgjør litt under 13 millioner kroner.</li> </ul>
<p>Tiltak 9: Tilrettelegge for et hensiktsmessig antall LIS1-stillinger</p> <p>Iverksatt</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall tilsatte i LIS1-stillinger har økt fra 924 i 2019 til 1 110 i 2022.</li> <li>• Gitt planlagte nye LIS1-stillinger med oppstart høst 2022 og vår 2023 vil det være 1 119 LIS1-stillinger i 2023. Helseledelsen sitt opprinnelige måltall var 1 150 LIS1-stillinger per år, men 31 vedtatte stillinger bortfalt i forslag til statsbudsjettet for 2023.</li> <li>• Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten har foreslått at antall LIS1-stillinger økes og at kommuner og helseforetak selv bør kunne lyse ut og finansiere LIS1-stillinger.</li> <li>• Helseledelsen har fått i oppdrag å utarbeide forslag om hvordan utlysning av LIS-stillinger er koblet til videre spesialisering i allmenntjenesten. Oppdraget skal leveres 15. mai 2023.</li> </ul>

## 2.2 Målområde 2: God kvalitet til alle

Tre tiltak i handlingsplanen er knyttet til målområdet om kvalitet. Tiltakene går blant annet ut på å bedre kvaliteten på tjenester til brukere med omfattende behov. Et annet tiltak er å innføre introduksjonsavtaler som legger til rette for spesialisering i allmenntjenesten for leger ansatt på legevakt og sykehjem. I tillegg vil det gjennomføres en samlet satsing på kvalitetsarbeid i allmennlegetjenesten. Status for implementering av tiltakene i målområde 2 er oppsummert i Tabell 2-2. For en mer detaljert beskrivelse av status for tiltakene, se Vedlegg B.

**De fem effektmålene** tilegnet dette målområdet handler om at allmennlegetjenesten skal bli mer tilgjengelig og tilby behovstilpassede tjenester til alle pasienter, særlig de med omfattende behov. Videre innebærer effektmålene et mer systematisk arbeid med kvalitetsutvikling og at tilgjengelige data fra tjenesten brukes til kvalitetsforbedring. Kontinuitet og samhandling i oppfølgingen av pasienter er et effektmål, samt at fastlegene holder seg faglig oppdatert og at allmennlegetjenesten bidrar til forskning.

**Tabell 2-2: Oppsummert status for tiltakene i målområde 2**

Tiltak	Status	Kort oppsummering
Tiltak 10: Bedre kvaliteten på legetjenester til brukere med omfattende behov	Pågående	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det har ikke vært ny aktivitet knyttet til tiltak 10 siden mai 2022.</li> <li>• Senter for omsorgsforskning leverte rapporten «Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i heldøgns omsorgsboliger» i 2021.</li> <li>• Kommunene vil bli oppfordret til å utarbeide en lokal norm for legebemanningen i sykehjem.</li> <li>• Helse- og omsorgsdepartementet vil utvikle en veileder for hvordan kommunene kan jobbe med kompetanseplanlegging for å se kompetansebehovet i hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten samlet.</li> </ul>
Tiltak 11: Innføre introduksjonsavtaler	Iverksatt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduksjonsavtaler ble innført 1. januar 2022.</li> <li>• I løpet av 2022 ble tilskudd til introduksjonslege inkludert i den nye nasjonale tilskuddsordningen til ALIS-avtale.</li> <li>• I 2022 ble det bevilget 32,7 millioner kroner og 65 avtaler ble inngått. Bevilgningen er foreslått videreført i statsbudsjettet for 2023.</li> <li>• En kartlegging av kommunenes vurdering av ordningen ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet 20. januar 2023. Det kom frem at flere kommuner avventer å innføre introduksjonsavtalene de fikk bevilget midler til i påvente av flere avklaringer i fastlegeordningen. I tillegg er det krevende å rekruttere introduksjonsleger og ordningen oppleves som administrativt tungvint.</li> </ul>
Tiltak 12: Bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten og det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet	Pågående	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helsedirektoratet har gjennomført en utredning av et nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, med anbefalinger om tiltak for å styrke allmennlegetjenestens evne til å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring. Helsedirektoratet ble i 2022 tildelt 2 millioner kroner for videre oppfølging av utredningen, men midlene ble søkt overført til 2023.</li> <li>• Deloppdraget med å utarbeide en veileder for hvordan kommunene kan utarbeide planer for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, med særlig fokus på legetjenesten er planlagt å starte opp våren 2023.</li> <li>• Det pågår arbeid med de øvrige delene av tiltaket; utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten og å integrere kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid både i spesialistutdanningen og etterutdanningen i allmenntidmedisin.</li> <li>• En arbeidsgruppe har vurdert pasientsikkerhet for innbyggere på liste uten fast lege, og foreslått tiltak for å bedre sikkerheten for gruppen. Vurderinger og anbefalinger ble ferdigstilt i mars 2023. Helsedirektoratet har også i 2023 fått i oppdrag å følge opp igangsatt arbeid med nødvendige endringer for oppfølging av lister uten fast lege.</li> </ul>

## 2.3 Målområde 3: Fremtiden er teambasert

**Det er fem tiltak knyttet til målområde 3.** Tiltakene går ut på å gjøre fastlegeordningen mer teambasert, ved å involvere flere helsepersonellgrupper på fastlegekontoret, samt at fastleger på samme kontor kan gå sammen om en felles gruppeavtale med kommunen. Det vil også legges til rette for bedre ledelse ved fastlegekontor og i

allmennlegetjenesten i kommunene. I tillegg er tiltakene rettet mot økt bruk av digitale hjelpemidler, både i form av e-konsultasjon, samt mer generelt i form av digitalisering som gjør at tjenester kan utføres uten at man behøver å være fysisk til stede sammen, som for eksempel digital hjemmeoppfølging. Status for implementering av tiltakene i målområde 1 er oppsummert i Tabell 2-3. For en mer detaljert beskrivelse av status for tiltakene, se Vedlegg B.

**Det er skissert fire effektmål til dette målområdet**, samtidig som tiltakene overordnet skal bidra til at allmennlegetjenesten blir mer teambasert. Effektmålene handler om økt teambasert arbeid på tvers av både ulike typer helsepersonell og ulike deler av helse- og omsorgstjenesten. Som en del av dette er det også effektmål knyttet til gode digitale verktøy som bidrar til godt samarbeid og god kommunikasjon ut mot pasientene. I tillegg er et av effektmålene tydelig ledelse på fastlegekontoret, noe som blir viktigere ved økt grad av samhandling på tvers av profesjoner.

**Tabell 2-3: Oppsummert status for implementering av tiltakene i målområde 3**

Tiltak	Status	Kort oppsummering
Tiltak 13: Skape en mer teambasert fastlegeordning	Pågående	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utviklingen mot en mer teambasert fastlegeordning skal blant annet bygge på erfaringene fra pilotprosjektet med primærhelseteam, der den nyeste evalueringsrapporten ble publisert i januar 2023.</li> <li>Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten anbefaler at takstsystemet bør legge til rette for mer delegering innenfor fastlegekontor. Videre bør det innføres profesjonsnøytrale takster som forbeholdes fastlegeselskap (se tiltak 14) og kommunale fastlegekontor med en definert ledelse.</li> </ul>
Tiltak 14: Utrede gruppeavtaler for fastlegekontor	Pågående	<ul style="list-style-type: none"> <li>Det har foreløpig ikke skjedd noe konkret knyttet til tiltaket, men Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten har utredet gruppeavtaler og kommet med sine anbefalinger.</li> <li>Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten anbefaler at kommunen bør kunne inngå avtale med fastlegeselskap om ivaretagelse av en listepopulasjon.</li> <li>Ekspertutvalget anbefaler videre at kommunene kan drifte kommunale fastlegekontor etter samme modell som fastlegeselskap. Listeansvaret legges formelt på henholdsvis kommunen og fastlegeselskap, men med krav om at hver enkelt fastlege skal ha oppfølgings- og behandlingsansvar for en liste med innbyggere.</li> <li>Ekspertutvalget anbefaler videre at kommunen skal kunne inngå en gruppeavtale med dagens eksisterende gruppepraksiser om spesifikke elementer som i dag er del av individuelle avtaler mellom kommune og fastlege.</li> </ul>
Tiltak 15: Legge til rette for bruk av nye arbeidsverktøy	Pågående	<ul style="list-style-type: none"> <li>Det pågår arbeid på flere områder knyttet til tiltaket, blant annet elektronisk meldingsutveksling, EPJ-løftet, norsk helsenett, kjernejournal, e-resept, hels norge.no, pasientens legemiddelliste, og digital hjemmeoppfølging.</li> <li>Helsedirektoratet gjennomførte en pilot for utprøving av et eksternt triageringsverktøy fra november 2021 til desember 2022. I 2023 gjennomfører Helsedirektoratet en utprøving av en videreutviklet versjon av triageringsverktøyet hvor verktøyet i sin helhet er integrert i Hels norge-plattformen. Fra høsten 2023 og ut 2025 skal utprøvingen utvides til et større antall fastlegekontor</li> <li>Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten har forslått at det bør utvikles en statlig nettside, inspirert av den som eksisterer i Nederland, som kan gi helseråd til befolkningen. Det kan vurderes om et slikt lavterskeltilbud bør bygges ut med en døgnåpen allmennt medisinsk tjeneste med chat, telefon- eller videokonsultasjonstjeneste.</li> </ul>

<p>Tiltak 16: Øke bruken av e-konsultasjoner</p>	<p>Iverksatt</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bruken av e-konsultasjoner økte vesentlig under koronapandemien og har holdt seg på samme nivå siden. I 2022 utgjorde e-konsultasjoner 25 prosent av alle konsultasjoner hos fastlege.</li> <li>• Det skal vurderes på hvilken måte e-konsultasjoner kan benyttes i sykemeldingsarbeidet. Nasjonalt senter for e-helseforskning leverte i 2021 en rapport om erfaringer med unntak fra krav til personlig fremmøte og sykmelding over e-konsultasjon under koronapandemien.</li> <li>• En stor del av e-konsultasjonsarbeidet foregår på kveldstid og helg. Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten har foreslått å fjerne kveldstakst for e-konsultasjoner og at det bør innføres forhåndsbetaling før innsending av tekstlig konsultasjon, med mål om redusere fastlegenes arbeidsbelastning.</li> </ul>
<p>Tiltak 17: Gi flere leger mulighet for lederutdanning</p>	<p>Iverksatt</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall plasser på Nasjonal lederutdanning for primærhelse-tjenesten har blitt utvidet.</li> <li>• I januar 2022 startet BI ny tilrettelagt utdanning rettet mot allmennleger</li> <li>• November 2022 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å understøtte kommunens ledelse av fastlegeordningen. Gjennomføring er planlagt, men iverksetting er utsatt til høsten 2023.</li> </ul>

### 3. Utvikling i allmennlegetjenesten

I 2022 økte antallet fastleger med 95, og det er den største økningen i antall fastleger siden 2017. Bruk av fastlønnsavtaler er økende, og i 2022 var 45 prosent av alle nye fastlegeavtaler fastlønnsavtaler, opp fra 27 prosent i 2017. Innbyggernes mulighet til å velge fastlege ble likevel svekket ytterligere i løpet av 2022. Andelen innbyggere bosatt i kommuner der ingen fastleger har åpen liste økte fra 27 prosent til 47 prosent i løpet av 2022.

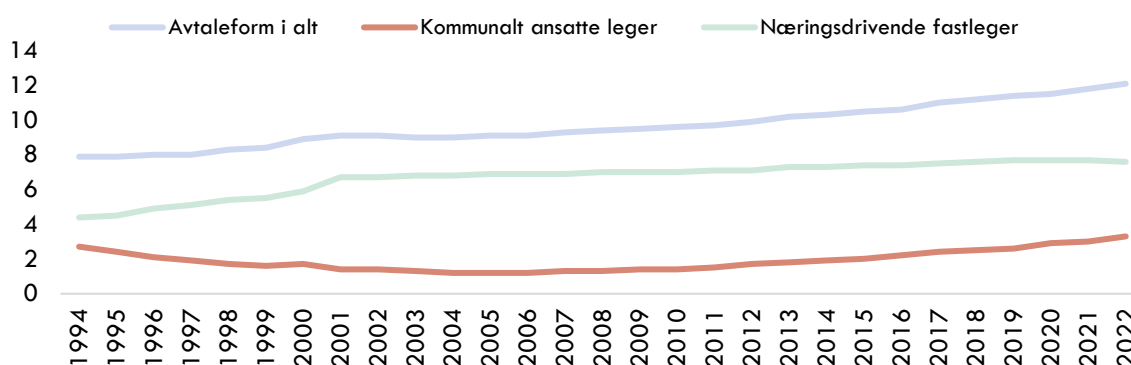
Listetakene i fastlegeavtalene mellom leger og kommuner representerer det maksimale antall innbyggere den enkelte fastlege har sagt seg villig til å ta ansvar for. Kapasiteten i fastlegeordningen målt ved samlet listetak for alle landets fastleger har vært avtagende siden 2018, og i 2022 ble samlet listetak redusert med nærmere 71 000 plasser. Antallet innbyggere på lister uten fast lege økte med 74 719 i 2022, og dette er den sterkeste årsvekst i innbyggere uten fastlege siden fastlegeordningen ble innført i 2001. I løpet av 2022 ble det for første gang registrert en reduksjon i tallet på fastleger med spesialitet i allmennmedisin.

Andelen av allmennlegekonsultasjonene utenom legevakt som leveres av fastleger har gradvis blitt redusert, fra 91 prosent i 2017 til 84 prosent i 2022. For mange er arbeid som fastlegevikar et skritt på veien til å bli fastlege. I overkant av halvparten av fastlegene som var aktive i 2022 har erfaring som fastlegevikar, og halvparten av fastlegevikarene i vår spørreundersøkelse ønsker å bli fastlege.

#### 3.1 Bemanning

Antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten, inkludert alle avtaleformer, har økt gradvis siden starten av 1990-tallet og frem til i dag (Figur 3-1). Samlet antall legeårsverk per 10 000 innbyggere i kommunehelsetjenesten var 12,1 i 2022. Antall årsverk samlet sett har økt med 814 årsverk (14 prosent) siden 2017 og 1 617 årsverk (32 prosent) siden 2012. Det har særlig vært en økning i antall kommunalt ansatte, med 43 prosent siste fem år og 116 prosent siste ti år. Vi har ikke hatt tilgang til statistikk for øvrige personellgrupper i allmennlegetjenesten. Økningen i antall legeårsverk i spesialisthelsetjenesten har til sammenligning økt med 2 546 årsverk (15 prosent) i perioden 2016-2021 og 5 443 årsverk (40 prosent) i perioden 2011-2021.<sup>1</sup>

Figur 3-1: Antall legeårsverk i kommunehelsetjenesten per 10 000 innbygger



Kilde: SSB tabell 09750 og 11996. Note: 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.

<sup>1</sup> Kilde: SSB kildetabell 09547.



## 3.2 Kapasitet og aktivitet i allmennlegetjenesten

Allmennlegetjenesten står sentralt i kommunens ansvar for å sørge for nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle i kommunen. Fastlegetjenesten utgjør en betydelig del av allmennlegetjenesten ved at fastlegene har ansvar for å dekke alle allmennlegeoppgaver for pasientene på sin liste, i tillegg til at de plikter å delta i legevakt som del av kommunens øyeblikkelig hjelp-ordning, og bidra i andre allmennlegeoppgaver i kommunen. Utover fastlegene, inngår annet helsepersonell på fastlegekontoret, samt vikarleger, LIS1-leger og andre som yter fastlegetjenester, i tillegg til helsepersonell på legevakt, sykehjem, helsestasjon, skolehelse-tjeneste, etc. i allmennlegetjenesten.

### 3.2.1 Kapasitet målt ved antall leger og listetak

Ved utgangen av 2022 var det 5 056 fastleger i Norge, etter en netto økning på 95 fastleger i løpet av året (Tabell 3-1). Antall fastleger har økt hvert år, og veksten i antall fastleger har vært høyere enn befolkningsveksten, slik at antall innbyggere per fastlege har falt over tid. Med fastlege menes allmennlege som har fastlegeavtale med kommunen. Av disse var 3 170 spesialister i allmennmedisin, og for første gang falt antall spesialister (syv færre enn året før).

I en fastlegeavtale mellom en fastlege og en kommune avtales det maksimale antallet pasienter allmennlegen skal ha ansvar for, det såkalte listetaket. Et mål på kapasiteten i fastlegeordningen er summen av fastlegenes listetak, tolket som antallet personer allmennleger har tilbudt seg å ta listeansvar for.<sup>2</sup> I 2022 ble samlet listetak redusert med 70 947 listeplasser, den nest største reduksjonen i listetaket noensinne (Tabell 3-1).

Oppslutningen om fastlegeordningen er høy blant innbyggerne, og kun et fåtall har meldt seg ut av fastlegeordningen.<sup>3</sup> Folkemengden er derfor et godt og lett tilgjengelig mål på antallet listeplasser som etterspørres. På nasjonalt nivå er antall listeplasser som etterspørres nå større enn antall listeplasser som allmennleger tilbyr.

Tabell 3-1: Sentrale tall for fastlegeordningen. Nasjonale nivå tall per 31. desember 2015-2022

År		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Fastleger <sup>4</sup>	Nivå	4 585	4 643	4 740	4 783	4 858	4 928	4 961	5 056
	Endring	73	58	97	43	75	70	33	95
Fastleger m/spes. i allmennmedisin	Nivå	2 651	2 675	2 900	2 936	3 035	3 118	3 177	3 170
	Endring	24	24	225	36	99	83	59	-7
Samlet listetak*	Nivå	5 419 298	5 470 217	5 501 381	5 483 754	5 474 681	5 461 091	5 365 606	5 294 659
	Endring	14 146	50 919	31 164	-17 627	-9 073	-13 590	-95 485	-70 947
Innbyggere med fastlege	Nivå	5 188 343	5 229 087	5 263 199	5 281 147	5 294 725	5 289 341	5 290 048	5 258 230
	Endring	60 954	40 744	34 112	17 948	13 578	-5 384	707	-31 818
Folkemengde	Nivå	5 213 985	5 258 317	5 295 619	5 328 212	5 367 580	5 391 369	5 425 270	5 488 984
	Endring	48 183	44 332	37 302	32 593	39 368	23 789	33 901	63 714
Innbyggere per fastlege <sup>5</sup>	Nivå	1 137	1 132	1 117	1 113	1 105	1 094	1 092	1 086
	Endring	-8	-5	-15	-4	-8	-11	-2	-6
Innbyggere på liste uten fast lege	Nivå	30 978	45 151	36 219	54 098	75 539	107 595	138 453	213 172
	Endring	-10 317	14 173	-8 932	17 879	21 441	32 056	30 858	74 719

Kilder: SSB og FLO. \* Listetak på lister som ikke er tilknyttet en fastlege er holdt utenfor.

<sup>2</sup> Listetak på lister som ikke er tilknyttet en fastlege holdes her utenfor. Grunnen er at det for denne type listetak ikke er etablert enighet mellom to parter.

<sup>3</sup> Ved utgangen av 2021 var 5 183 innbyggere utmeldt av fastlegeordningen.

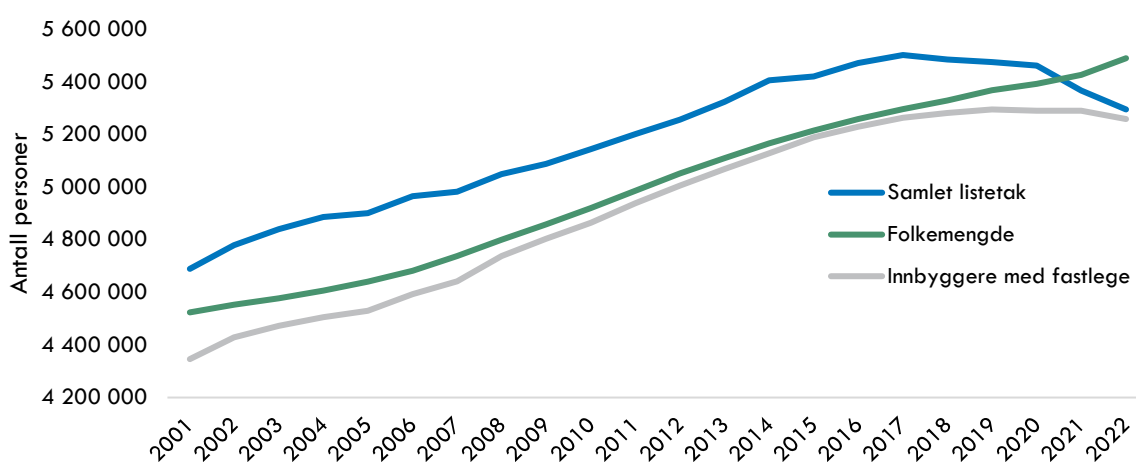
<sup>4</sup> Her telles ikke fastleger med nylig etablerte kontrakter som ikke har noen listeinnbyggere.

<sup>5</sup> «Innbyggere per fastlege» er beregnet ved å dele folkemengden på antall fastleger. Dersom alle innbyggere hadde hatt fastlege ville tallet for «Innbyggere per fastlege» vært identisk med tallet for «gjennomsnittlig listelengde».

### Samlet listetak fortsetter å falle og er lavere enn folkekengden

Ved utgangen av 2022 er det samlede listetaket i fastlegeordningen (på lister med fast lege) på i underkant av 5,3 millioner personer. Det samlede listetaket har falt over tid, og kapasiteten i fastlegeordningen målt ved samlet listetak var ved utgangen av 2022 på nivå med kapasiteten i 2012 (Figur 6-2). Selv om den samlede listekapasiteten har vært større enn folkekengden, har en del innbyggere vært uten fast lege fordi kapasiteten er ulikt fordelt mellom kommunene, slik at listetaket ikke tilsvarer innbyggertallet i den enkelte kommune. Den avtalte kapasiteten i fastlegeordningen har fra 2021 vært lavere enn folkekengden. Ved utgangen av 2022 var det totalt over 213 000 innbyggere på fastlegelister uten tilknyttet lege. Antallet innbyggere på lister uten fast lege økte med i underkant av 75 000 i 2022, og dette er den største årsveksten i tallet på innbyggere uten fastlege siden fastlegeordningen ble innført.

Figur 3-2: Folkemengde, innbyggere med fastlege og samlet listetak\* 2001-2022. Nivå tall per 4.kvartal



Kilde: SSB og FLO. \* Listetak på lister som ikke er tilknyttet en fastlege er holdt utenfor.

### Fallende kapasitet skyldes at etablerte fastleger reduserer sine listetak

Reduksjon i kapasiteten i fastlegeordningen skjer enten ved at antallet fastleger reduseres eller at den tilbudte kapasiteten per fastlege (i form av listetak) reduseres. Antall fastleger har økt hvert år siden fastlegeordningen ble innført, og økningen har vært større enn befolkningsveksten. Reduksjonen i kapasitet må derfor skyldes redusert kapasitet per fastlege. Gjennomsnittlig listelengde har blitt gradvis redusert over tid og i 2022 ble fastlegenes lister i gjennomsnitt 2,3 prosent kortere, den største reduksjonen i gjennomsnittlig listelengde noensinne (Tabell 3-2).

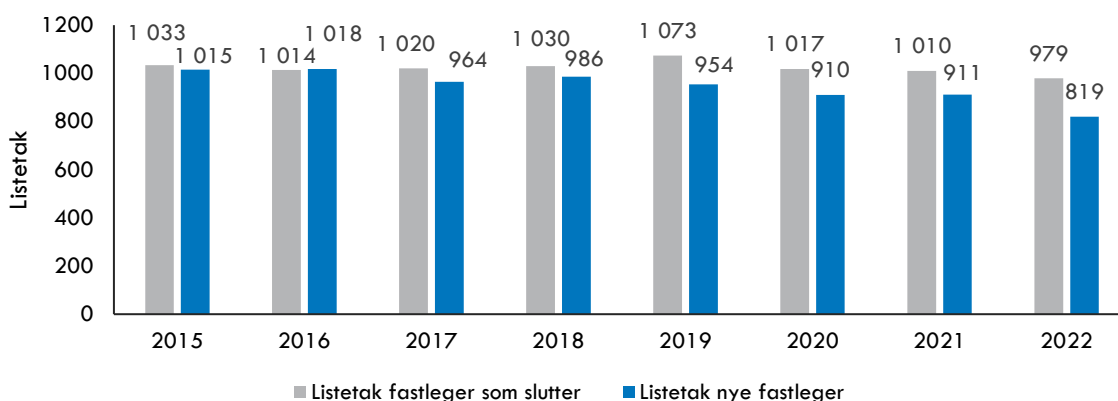
Tabell 3-2: Utviklingen i fastlegers listelengde\*. Nivå tall per fjerde kvartal 2015-2022

		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Gjennomsnitt	Nivå	1 132	1 126	1 110	1 103	1 090	1 073	1 065	1 040
	Endring		-8	-6	-16	-7	-14	-17	-8

Kilde: FLO. \* Lister uten fast lege er ikke inkludert.

En mulig årsak til reduksjonen i gjennomsnittlig listelengde er at nye fastleger har lavere listetak enn fastlegene som slutter. I 2022 hadde fastlegene som sluttet i gjennomsnitt 20 prosent høyere listetak enn nye fastleger, slik at det for hver fastlege som slutter behøves 1,2 nye fastleger for å opprettholde kapasiteten i ordningen. Det ble imidlertid rekruttert nok fastleger i 2022 for å dekke opp for kapasiteten til fastlegene som sluttet i løpet av året (Figur 3-3).

**Figur 3-3: Gjennomsnittlig listetak blant leger som henholdsvis begynner, eller slutter som fastlege**



Kilde: FLO

At samlet listetak falt med mer enn 70 000 listeplasser i 2022 skyldes dermed først og fremst at etablerte fastleger reduserte sitt listetak. Etablerte fastlegers listetak ble i gjennomsnitt redusert med 20 plasser i løpet av 2022. Bak de nasjonale gjennomsnittstallene på listetak og listelengde presentert her, skjuler det seg imidlertid store kommunale og individuelle variasjoner. Listene er kortest i små kommuner. Listene er lengre blant næringsdrivende enn blant kommunalt ansatte fastleger og listene er kortest blant de yngste fastlegene.

### 3.2.2 Aktivitet målt ved antall konsultasjoner og takstinntekter

Innbyggere i norske kommuner mottok 18 millioner allmenntilleggs konsultasjoner i løpet av 2022, en økning på 318 000 konsultasjoner fra året før (Tabell 3-3).<sup>6</sup> I løpet av 2022 utløste 8 592 allmenntilleggs takstinntekter fra allmenntilleggs tjenester (eksklusiv legevakt), mens 6 289 allmenntilleggs utløste takstinntekter fra legevakt.

**Tabell 3-3: Antall allmenntilleggs konsultasjoner og antall leger med allmenntilleggs konsultasjoner**

År		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Konsultasjoner m/allmenntilleggs (mill.)	Nivå	15,171	15,417	15,663	15,737	16,039	16,740	17,734	18,052
	Endring	0,106	0,246	0,246	0,074	0,302	0,702	0,994	0,318
Antall leger m/allmenntilleggs-konsultasjon eks. legevakt	Nivå	7 220	7 379	7 575	7 681	7 850	8 035	8 198	8 592
	Endring	187	159	196	106	169	185	163	394
Antall leger m/legevakt-konsultasjon	Nivå	4 865	5 355	5 504	5 600	5 591	5 962	6 031	6 289
	Endring	73	490	149	96	-9	371	69	258

Kilder: SSB, KUHR og FLO. \* Med takstinntekter menes summen av inntekter fra normaltariff-takster inklusiv egenbetaling fra pasientene og egenbetaling dekket av frikortordningen.

Takstinntekter fra allmenntilleggs tjenester utgjorde til sammen 10,3 milliarder kroner i 2022. Takstinntekter fra legevakt utgjorde 1,1 milliarder kroner (Tabell 3-4). De samlede takstinntektene i 2022 er om lag 430 millioner kroner lavere enn året før. Størsteparten av reduksjonen er knyttet til reduserte takstinntekter fra legevakt. Vi har undersøkt utviklingen av takstbruk i perioden 2013-2022 uten å finne tidligere tilfeller der takstinntektene har falt fra et år til et annet. Tallene fra KUHR som benyttes ble produsert 3.3.2023. Den observerte reduksjonen i takstinntekter skyldes trolig ikke forsinket registrering.

<sup>6</sup> Allmenntilleggs konsultasjoner er her definert ved bruk av Normaltariffens takster 2ad, 2ae, 2af, 2aek eller 2ak samt tilsvarende takster benyttet i forsøk med primærhelseteam.

**Tabell 3-4: Takstinntekter\* fra allmenmedisinske tjenester i løpet av året. (Millioner kroner)**

År		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Takstinntekter allmenmedisin alt i alt (mill. kr.)	Nivå	7 296	7 811	8 065	8 277	8 699	9 489	10 750	10 320
	Endring	230	515	254	212	422	790	1 260	-430
Takstinntekter allmenmedisin eks. legevakt (mill. kr.)	Nivå	6 689	7 026	7 220	7 394	7 765	8 398	9 294	9 190
	Endring	279	337	194	174	371	633	896	-104
Takstinntekter allmenmedisinsk legevakt (mill. kr.)	Nivå	607	785	845	883	934	1 091	1 456	1 130
	Endring	-49	178	60	38	51	157	365	-326
Inntekter fra basistilskudd <sup>7</sup> (mill. kr.)	Nivå	2 206	2 280	2 361	2 492	2 633	2 930	3 227	3 522
	Endring	62	74	81	131	141	297	297	295

Kilder: SSB, KUHR og FLO. \* Med takstinntekter menes summen av inntekter fra normaltariff-takster inklusiv egenbetaling fra pasientene og egenbetaling dekket av frikortordningen.

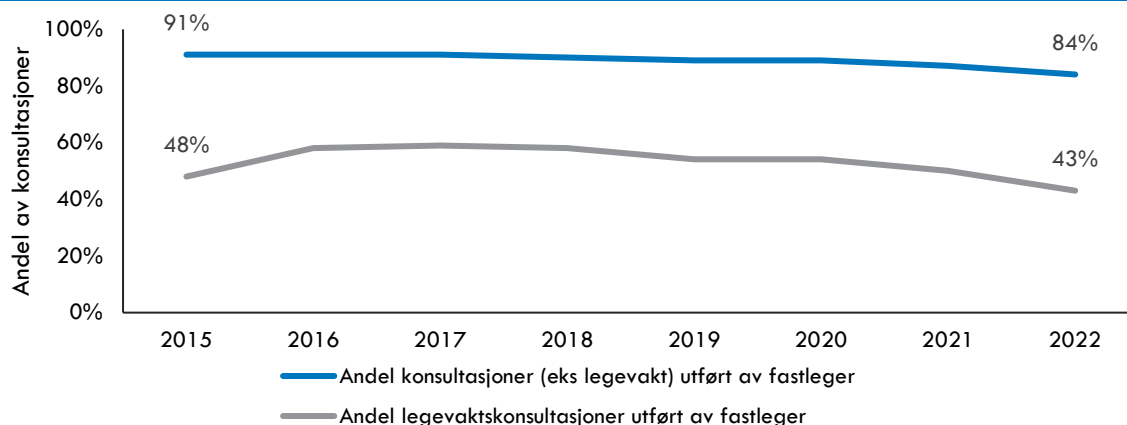
### En stadig lavere andel av allmenlegekonsultasjoner gis av fastleger

Legene som gir allmenmedisinske konsultasjoner på fastlegekontor og på legevakt kan ha flere ulike avtaler. De kan blant annet være fastleger, vikarleger og LIS1-legger. I tillegg har mange leger flere typer kontrakter i løpet av et gitt år og en del har også kontrakter i ulike kommuner på samme tid. Vi har benyttet den registrerte informasjonen i FLO koblet med takstaktivitet i KUHR til å kategorisere allmenlegekonsultasjoner etter legenes kontrakttype. Vi skiller mellom to ulike kontraktssituasjoner:

- Leger som er registrert med en fastlegekontrakt i FLO i løpet av året, eventuelt i kombinasjon med andre avtaler, omtalt som «Fastlege»
- Leger som ikke har fastlegeavtale, omtalt som «LIS1-lege og/eller vikarlege»
- Leger med helsepersonellnummer som ikke er registrert med avtale i FLO, omtalt som «Ukjent/ikke registrert»

I 2022 ble 84 prosent av allmenlegekonsultasjoner utenom legevakt utført av fastleger. Andelen som gis av fastleger har avtatt over tid fra 91 prosent i 2015. På legevakt ble 43 prosent av konsultasjonene utført av fastleger. Også på legevakt har andelen av konsultasjonene som gis av fastleger avtatt over tid etter at den steg fra 48 til 58 prosent fra 2015 til 2016 (Figur 3-4). I disse beregningene telles en lege som fastlege dersom personen er registrert med fastlegekontrakt i løpet av året, uavhengig av om personen hadde fastlegekontrakt på tidspunktet konsultasjonen ble utført. Den reelle andelen konsultasjoner som utføres av fastleger vil derfor være noe lavere.

**Figur 3-4: Utvikling i andel av allmenmedisinske konsultasjoner (hvv. inkludert og ekskludert legevakt) som ble utført av fastleger\*, 2015-2022**



Kilde: KUHR og FLO. \* For å vurdere hvor stor andel av allmenlegekonsultasjoner som gis av fastleger, samtidig som det er vanlig med overlappende og endrende kontraktssituasjoner, definerer vi her en fastlege som en allmenlege som har hatt en fastlegekontrakt i løpet av året, uavhengig av når på året legen var registrert med fastlegekontrakt.

<sup>7</sup> Før 2017 vises estimater utfra middelfolkemengden og basistilskuddssatsen da eksakte tall ikke foreligger.

I 2022 mottok innbyggerne 16,8 millioner allmennlegekonsultasjoner utenom legevakt. Av de konsultasjonene som ikke ble utført av fastleger utføres tilnærmet alt av LIS1-leger eller vikarleger, men det kun er en liten andel som utføres av andre leger (som ikke er registrert i FLO) (Tabell 3-5).

**Tabell 3-5 Konsultasjoner (eks. legevakt) fordelt på allmennlegens avtalesituasjon**

År	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Antall konsultasjoner eks. legevakt (mill.)	13,936	14,170	14,428	14,509	14,786	15,549	16,510	16,793
Andel konsultasjoner levert av:								
Fastlege	91 %	91 %	91 %	90 %	89 %	89 %	87 %	84 %
LIS1-lege og / eller vikarleger	7 %	7 %	9 %	10 %	11 %	11 %	12 %	15 %
Ukjent / ikke registrert	2 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
<b>Totalt</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Kilde: KUHR og FLO.

Det ble i 2022 gjennomført 1,3 millioner konsultasjoner på legevakt. 19 prosent av konsultasjonene ble gjennomført av turnus- og vikarleger, mens 38 prosent ble gjennomført av leger som ikke er registrert i FLO. Også i tidligere år har leger som ikke er registrert i FLO gjennomført flere legevaktkonsultasjoner enn turnus- og vikarleger (Tabell 3-6).

**Tabell 3-6 Legevaktkonsultasjoner fordelt på allmennlegens avtalesituasjon**

År	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Antall legevaktkonsultasjoner (mill.)	1,234	1,247	1,235	1,227	1,253	1,191	1,224	1,259
Andel konsultasjoner levert av:								
Fastlege	48 %	58 %	59 %	58 %	54 %	54 %	50 %	43 %
LIS1-lege og / eller vikarleger	8 %	12 %	16 %	19 %	20 %	20 %	20 %	19 %
Ukjent / ikke registrert	44 %	29 %	25 %	24 %	26 %	27 %	30 %	38 %
<b>Totalt</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Kilde: KUHR og FLO.

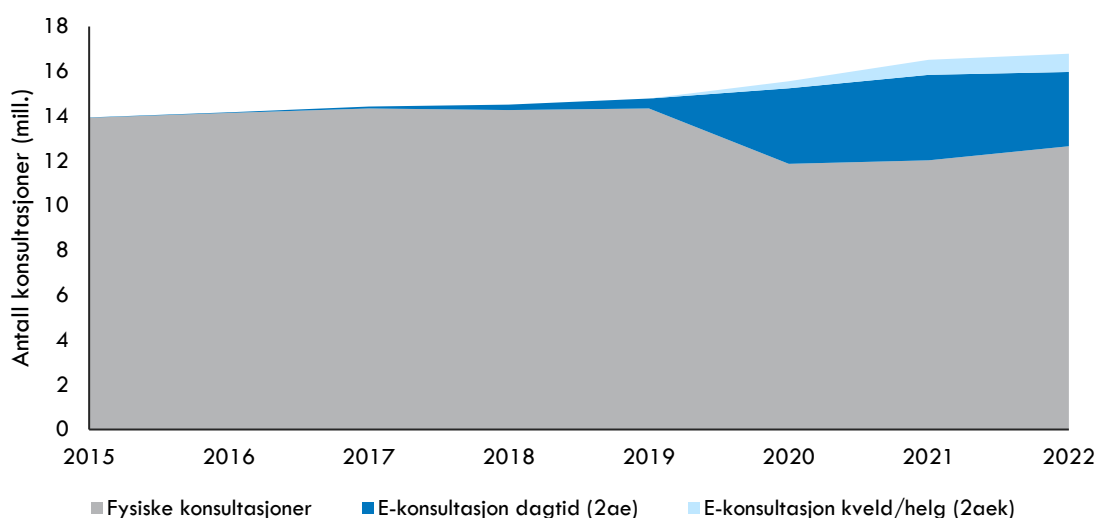
Om en økt andel allmenmedisinske konsultasjoner gis av vikarleger vil det kunne være negativt for kontinuiteten i lege-pasient-forholdet og bidra til mindre helhetlig allmenmedisinsk behandling. Dersom en økt andel av konsultasjoner gis av LIS1-leger vil det imidlertid kunne være positivt i den forstand at det reflekterer økende rekruttering til fastlegeordningen fremover.

### En fjerdedel av konsultasjoner hos allmennlege i 2022 var e-konsultasjoner

Allmennelegetjenesten har blitt mer tilgjengelig for innbyggere som ønsker å benytte seg av e-konsultasjoner. Etter starten av koronapandemien i mars 2020 er bruk av e-konsultasjoner blitt en betydelig del av allmennlege-konsultasjonene. I 2022 ble det gjennomført 4,1 millioner e-konsultasjoner (eksklusive legevakt), tilsvarende 25 prosent av alle konsultasjoner eksklusive legevakt.

De siste årene har det vært en utvikling mot at en stadig større andel av e-konsultasjonene gjennomføres utenfor normal arbeidstid (kveld/helg). I 2022 ble 20 prosent av e-konsultasjonene gjennomført utenfor normal arbeidstid (Figur 3-5).

**Figur 3-5: Antall konsultasjoner (mill.) (eks. legevakt) 2015-2022 fordelt etter type konsultasjon**



Kilde: KUHR og FLO.

Det er stor variasjon mellom allmennlegene med hensyn til bruk av taksten for e-konsultasjon utenfor normal arbeidstid (2aek). Av de 8 592 allmennlegene som utløste takstinntekter fra fastlegekonsultasjon i løpet av 2022 benyttet 4 225 av dem, tilsvarende 49 prosent, 2aek-taksten minst én gang i løpet av året. Blant disse 4 225 allmennlegene utgjorde e-konsultasjoner utenom ordinær arbeidstid i gjennomsnitt seks prosent av alle konsultasjoner. Blant de 10 prosent av disse legene som hadde den største andelen e-konsultasjoner utenom ordinær arbeidstid utgjorde disse 17 prosent av alle konsultasjoner.

I intervjuer forteller fastlegene at e-konsultasjoner kan virke avlastende ettersom enkelte problemstillinger er mer effektivt å håndtere gjennom e-konsultasjon heller enn fysisk konsultasjon. Antall fysiske konsultasjoner hos fastlege var lavere i 2022 enn i 2019 (se Figur 3-5), noe som tyder på at e-konsultasjoner til en viss grad løser problemstillinger som tidligere ville krevd fysisk konsultasjon. Samtidig er det flere som trekker frem at e-konsultasjoner også bidrar økt arbeidsmengde ettersom terskelen for å kontakte fastlege kan oppleves som lavere. Dette gjør at mange e-konsultasjoner enten omhandler problemstillinger som ikke ville ført til fysisk konsultasjon tidligere eller uansett ender opp med fysisk konsultasjon, slik at e-konsultasjonene kommer i tillegg.

### 3.2.3 Kostnader

Utgifter til allmennlegetjenester i nasjonalregnskapet føres på posten «HC.1.3.1 Allmennlegetjenester», og utgiftene er brutt ned på finansieringskilde. Det skilles mellom offentlig forvaltning eksklusive Folketrygden, utgifter finansiert via Folketrygden og utgifter som finansieres via husholdningenes egenbetaling. I årene fram til 2019 er utgiftene finansiert via «offentlig forvaltning eksklusive Folketrygden» identisk med utgiftene finansiert via kommunene. I Tabell 3-7 presenterer vi utgiftene til allmennlegetjenester med denne oppdelingen. De samlede utgiftene til allmennlegetjenester i nasjonalregnskapet utgjorde 26,7 milliarder kroner i 2021. Av dette finansierte husholdningene 3,7 milliarder kroner via egenbetaling, mens folketrygden finansierte 9,1 milliarder. Offentlig forvaltning eksklusive folketrygden sto for nær 14 milliarder kroner av finansieringen. Som vist i Tabell 3-4, utgjorde utgiftene relatert til normaltariffetakster for allmennlegetjenesten inklusive kommunal legevakt til sammen 10,7 milliarder kroner, mens utgiftene til basistilskudd utgjorde 3,2 milliarder kroner. Til sammen utgjør altså de utgiftene som relaterer seg til takstaktivitet og per capita-tilskudd nær 14 milliarder kroner. I henhold til tallene i Nasjonalregnskapet utgjør de samlede utgiftene til allmennlegetjenester om lag 12 milliarder kroner mer enn de nevnte utgiftene til allmennlegetjenester inklusive kommunal legevakt. Det er et interessant spørsmål hvilke spesifikke allmennlegetjenester som inngår i disse 12 milliarder kroner i utgifter. Evaluator er ikke kjent med at det finnes detaljerte redegjørelser for hvilke spesifikke allmennlegetjenester som inngår i de 12 milliarder kroner i utgifter til allmennlegetjenester, som kommer i tillegg til de 14 milliardene som knytter seg til normaltariffetakster og basistilskudd. Trolig inngår utgifter til tilsynslegetjenesten ved sykehjem og utgifter til helsestasjonslege.

**Tabell 3-7: Utgifter til allmennlegetjenester (HC.1.3.1) i Nasjonalregnskapet. Millioner kroner.**

År	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
HF.1.1 Offentlig forvaltning eksklusive Folketrygden	9 974	10 753	11 233	11 951	12 801	12 896	13 970
HF.1.2 Folketrygden	6 011	6 298	6 581	6 830	7 099	7 777	9 092
HF.2-4 Husholdningenes egenbetalinger mv.	2 919	3 084	3 320	3 214	3 352	3 489	3 703
HF.1-HF.4 Finansieringskilder i alt	18 904	20 135	21 134	21 995	23 252	24 162	26 765

Kilder: SSB, Tabell 10811. Tall for 2020 og 2021 er foreløpige.

### 3.3 Rekruttering, avgang og stabilitet

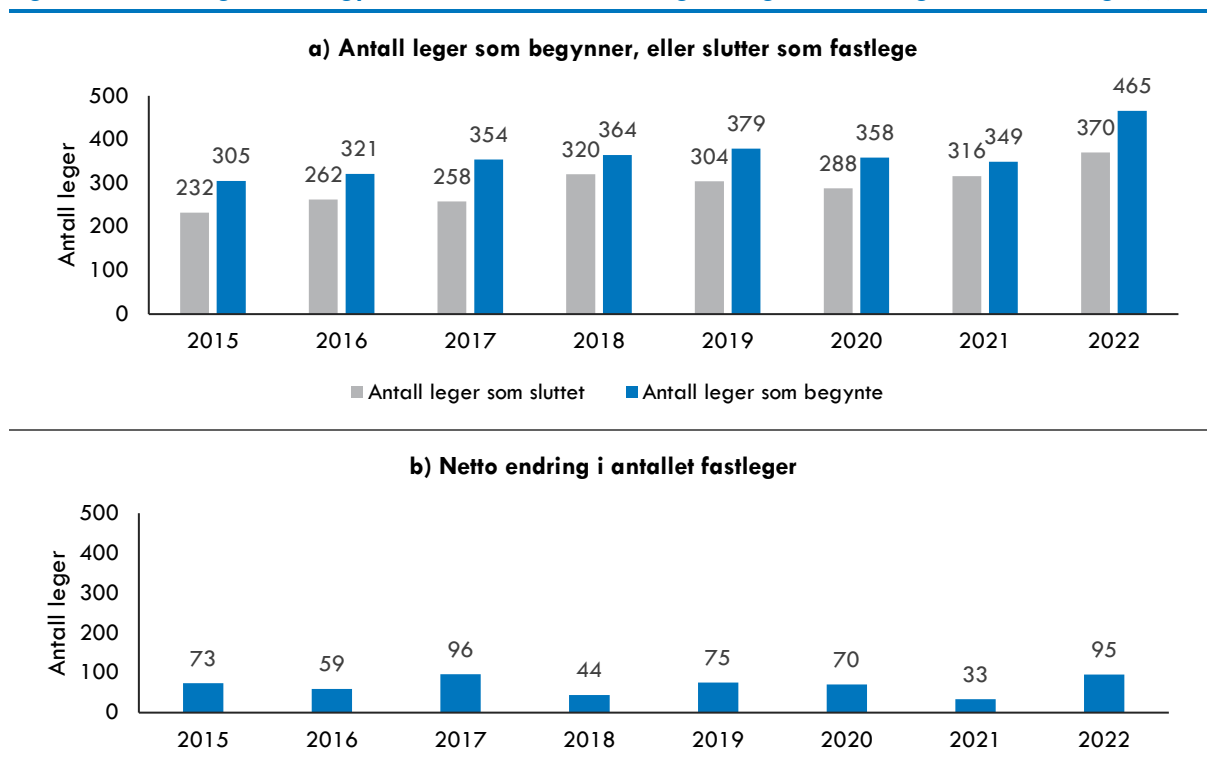
#### 3.3.1 Rekruttering og avgang

##### Økt rekruttering av nye fastleger i 2022

I løpet av 2022 ble det rekruttert 465 nye fastleger, mens 370 sluttet som fastlege. Nettotilvekst ble dermed på 95 nye fastleger i løpet av 2022 - den sterkeste tilveksten siden 2017 (Figur 3-6). Gjennomsnittlig alder på nye fastleger og fastleger som sluttet har de siste 10 årene ligget relativt stabilt på i overkant av 35 år for nye fastleger og i overkant av 50 år for fastleger som sluttet (se Figur F-6, Vedlegg F).

Et annet mål på rekruttering er andelen av leger i spesialisering som velger allmenntjenestemedisin. Frem til og med 2018 lå spesialistgodkjenninger i allmenntjenestemedisin som andel av alle spesialistgodkjenninger rundt 20 prosent, før det økte til 26 prosent i 2020 og 2021 (Figur F-7). I 2022 var andelen tilbake på 20 prosent.

**Figur 3-6: Antall leger som begynner, eller slutter som fastlege (a) og netto endring i antallet fastleger (b)**

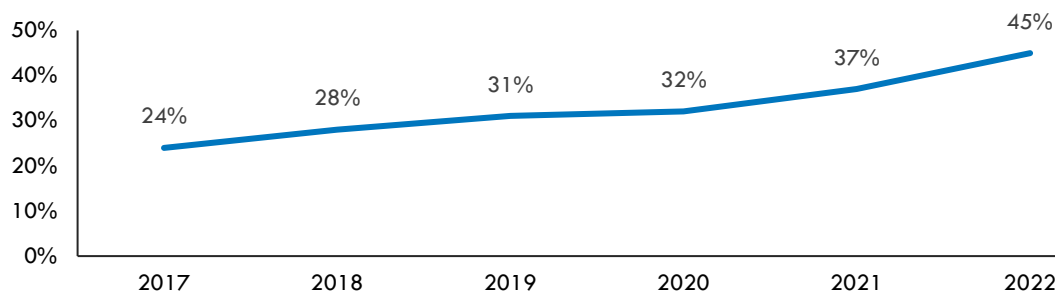


Kilde: FLO

På tross av en økning i antallet fastleger i 2022, oppgir fastleger i intervjuundersøkelsen at det fortsatt er en krevende rekrutteringssituasjon i mange kommuner. I spørreundersøkelsen svarte 83 prosent av fastlegene at kommunen i noen eller stor grad har utfordringer knyttet til bemanning i allmennlegetjenesten og at dette særlig gjelder fastlegetjenesten, noe som tyder på at rekruttering fortsatt er krevende.

Bruk av fastlønnsavtaler er økende, særlig blant nye fastleger. I 2022 var 45 prosent av nye fastlegeavtaler fastlønnsavtaler, sammenlignet med 24 prosent i 2017 (Figur 3-7). Bruk av fastlønnsavtaler er mest vanlig i kommuner med få innbyggere (se mer informasjon om bruk av fastlønnsavtaler i kapittel 7).

**Figur 3-7: Andel fastlønnsavtaler blant nye fastlegeavtaler\* hvert år, 2017-2022**



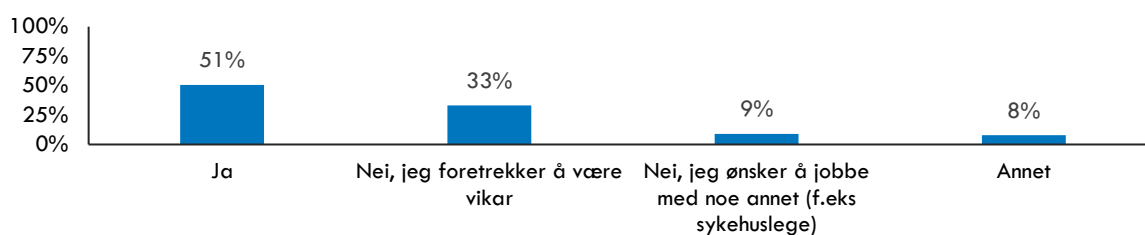
Kilde: FLO. \*Med nye fastlegeavtaler menes nye fastleger. Etablerte fastleger som endrer driftsform er ikke inkludert her.

#### For mange virker arbeid som fastlegevikar å være et skritt på vei til en fastlegekarriere

Av fastleger som var aktive i 2022, hadde 2 545, tilsvarende i overkant av halvparten, erfaring som fastlegevikar registrert i FLO. Av disse 2 545 fastlegene har 42 prosent hatt vikaravtale i 2018 eller senere. Blant de 465 legene som etablerte seg som fastlege i 2022 var 65 prosent registrert med en tidligere vikarlegeavtale. Til sammenligning var tilsvarende andel 54 prosent blant de 354 legene som ble fastleger i 2017.

I vår spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer oppgir om lag halvparten av fastlegevikarene at de ønsker å bli fastlege, mens om lag en tredjedel foretrekker å være vikar fremfor å være fastlege (Figur 3-8).

**Figur 3-8: Har du et ønske om å bli fastlege?**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer november 2022. N=91

Respondentene som oppgir at de foretrekker å være vikar, ble videre stilt et åpent spørsmål om hvorfor de foretrekker å være vikar fremfor fastlege. Følgende momenter ble trukket frem av flere:

- Usikkerhet i fastlegeordningen og stadige endrede rammevilkår og oppgavebelastning gjør at man ikke ønsker å forplikte seg i form av kjøp av hjemmel
- Forpliktelser knyttet til drift av fastlegekontor (ønsker ikke næringsdrift)
- Vikarstilling åpner for mer fleksibilitet ved at det er lettere å tilpasse arbeidsbelastning over perioder og enklere å kombinere med annet arbeid

Også i intervjuer med fastlegevikar trekkes økt fleksibilitet frem som en positiv side ved å være vikar. Det er særlig muligheten til å ta fri når man ønsker, og ikke forplikte seg til en stor arbeidsbyrde med lang og vanskelig oppsigelsestid som understrekes av flere. En vikarlege som tidligere har vært fastlege sier dette:

*«Jeg har vært fastlege i 22 år. Orket ikke 9-11 timers arbeidsdag mer. Nylig hatt første ferie uten å måtte jobbe hver dag likevel. Kan nå jobbe en periode, ta helt fri, ikke noe ansvar i ferien ikke et berg med arbeid når jeg kommer tilbake. Begynner et nytt sted med blanke ark og drar derfra igjen.»*

Sitat fra fastlegevikar, oppgitt i spørreundersøkelsen



Noen trekker imidlertid frem manglende kontinuitet i oppfølging av pasienter som en nedside ved å være vikar. En fastlege forteller at dette løses ved å ha 40 prosent vikarstilling over lengre tid for samme fastlege, og i praksis ha ansvar for et gitt pasientutvalg av hjemmelshavers liste.

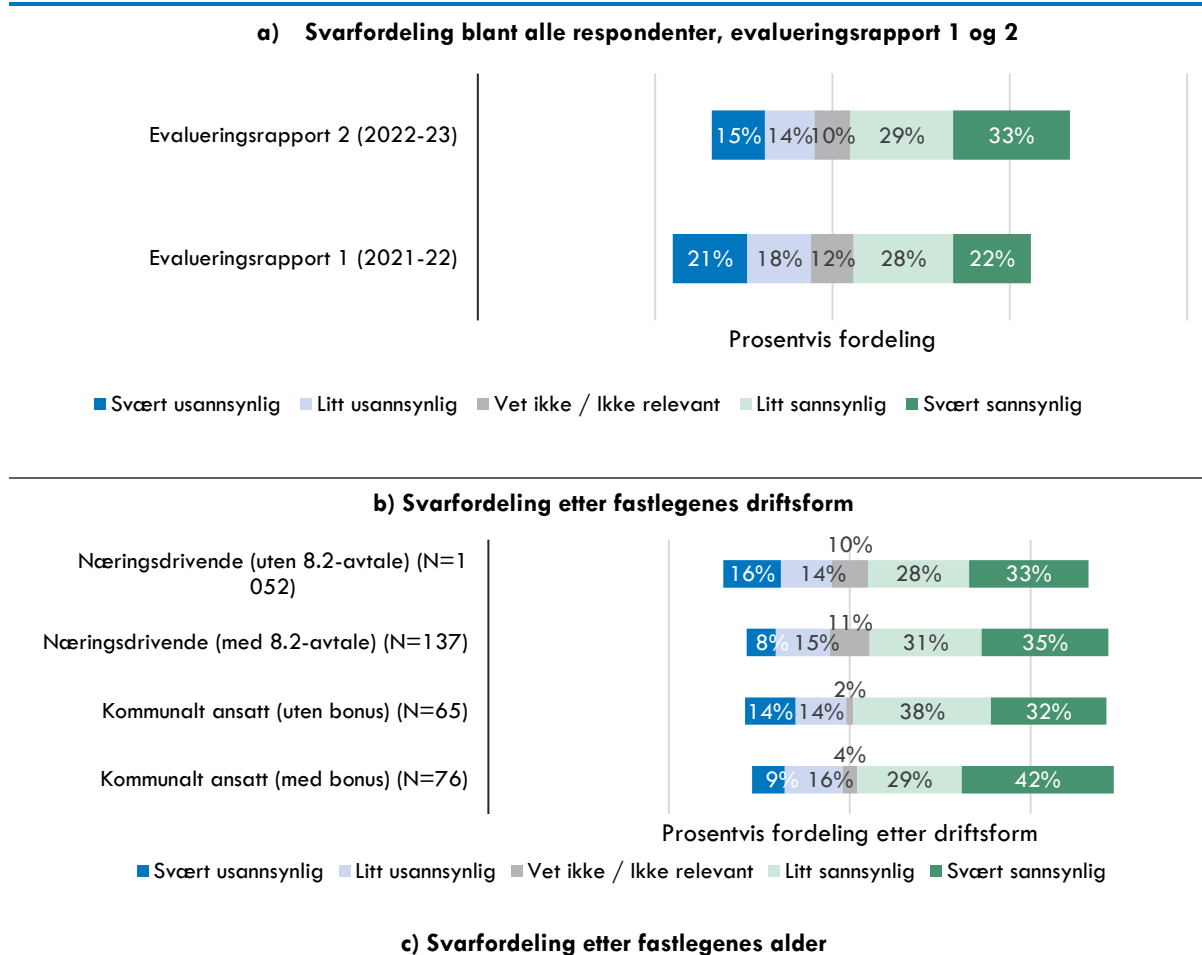
### 3.3.2 Stabilitet

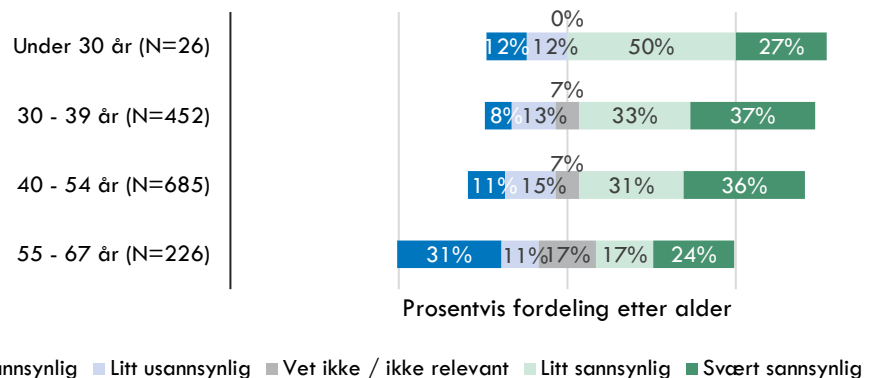
#### Flere enn tidligere sier at de ønsker å fortsette å jobbe som fastlege i årene fremover

Som en indikator på stabilitet i fastlegeordningen fremover har vi spurt fastleger hvor sannsynlig det er at de er fastlege om fem år. Mens det i forrige evalueringsrapport var 50 prosent som oppga at det var litt eller svært sannsynlig at de er fastlege om 5 år, har andelen økt til 62 i årets undersøkelse, noe som utgjør en statistisk signifikant forskjell i svarfordeling (Figur 3-9). Økningen i sannsynlighet for å være fastlege om fem år gjelder for alle aldersgrupper (sett bort ifra fastleger over 67 år).

Det er statistisk signifikante forskjeller i svarfordelingen blant selvstendig næringsdrivende og kommunalt ansatte; kommunalt ansatte oppgir i større grad at det er litt eller svært sannsynlig at der er fastlege om 5 år. I tillegg er det statistisk signifikant flere under 55 år som oppgir at de tror det er litt eller veldig sannsynlig at de er fastlege om 5 år, sammenlignet med de som er 55 år eller eldre.

**Figur 3-9: Hvor sannsynlig er det at du er fastlege om 5 år? A) sammenlignet med funn fra evalueringsrapport 1, etter b) fastlegens driftsform og etter c) fastlegens alder**





Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitet i Oslo. Evalueringsrapport 1: undersøkelse gjennomført i januar 2022 (N=1115). Evalueringsrapport 2: undersøkelse gjennomført desember 2022 (N=1444) Respondenter som har svart «Over 67 år» (N=51) og «Ønsker ikke å oppgi alder» (N=4) er tatt ut av figuren.

## 3.4 Kontinuitet og valgmuligheter for pasienter

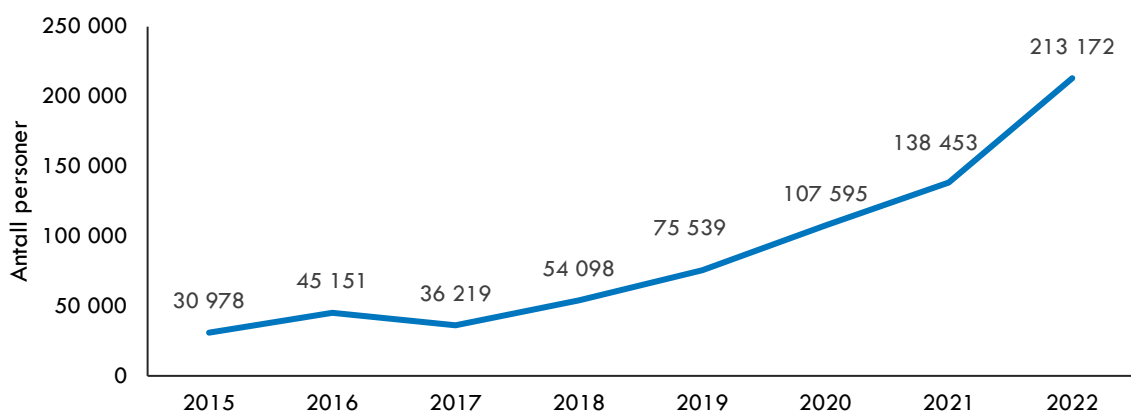
### 3.4.1 Kontinuitet i lege-pasient-forhold

Kontinuitet i lege-pasientforholdet var et av formålene med fastlegereformen i 2001. Kontinuitet i lege-pasientforhold handler om at pasient og lege ser hverandre gjentatte ganger, noe som antas være fordelaktig på flere måter. Med gjentatte møter over tid blir det mulig for legen å bli bedre kjent med pasienten, og pasienten får anledning til å bli kjent med legen og legens praksistype. Ved at begge parter kjenner til hverandre gjennom gjentatte konsultasjoner blir det i mindre grad nødvendig å starte situasjonsbeskrivelsene fra begynnelsen av hver gang pasienten oppsøker legen. Resultater fra forskning tyder på at økt kontinuitet i lege-pasientforholdet er assosiert med redusert dødelighet og redusert sannsynlighet for å bli innlagt på sykehus (Sandvik, Hetlevik, Blinkenberg, & Hunskaar, 2022).

#### Stadig flere innbyggere står uten fastlege

Antall innbyggere på liste uten lege har økt fra litt over 30 000 innbyggere i 2015 til i overkant av 213 000 innbyggere ved utgangen av 2022 (Figur 3-10). Å stå på liste uten fast lege medfører å ikke ha en kontinuerlig lege-pasient-relasjon hvor behandleren ikke får den kjennskapen og helhetsforståelsen av pasienten som fastlegeordningen var ment å sikre. At et økende antall innbyggere står på liste uten fast lege er derfor en negativ utvikling med tanke på innbyggernes kontinuitet i behandling og oppfølging i allmennlegetjenesten.

Figur 3-10: Innbyggere på liste uten fast lege 4. kvartal 2017-2022



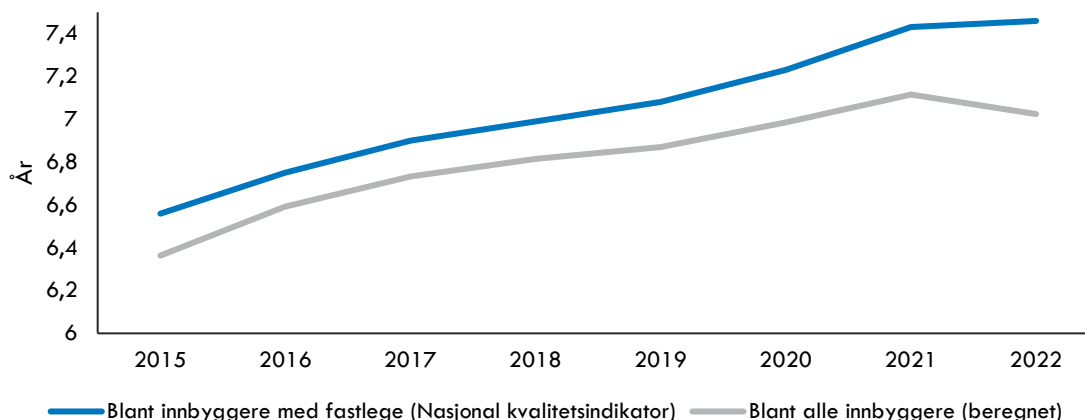
Kilde: FLO. \* Høsten 2022 ble rutinene for innmelding av ubesatte lister gjennomgått, noe som førte til økning i antall ubesatte lister som ble innrapportert fra kommunene.

#### Gjennomsnittlig varighet på lege-pasient-relasjon har falt

Varighet på lege-pasientforhold har vært en mye brukt indikator på kontinuitet i Norge, og varighet på lege-pasientrelasjoner er en av de nasjonale kvalitetsindikatorene Helsedirektoratet publiserer på kommunenivå. Det er utfordringer knyttet til tolkningen av denne kvalitetsindikatoren i nåværende situasjon der mange innbyggere

ikke har fastlege. En mulighet er å beregne varigheten i lege-pasientforholdet blant de innbyggere som faktisk har fastlege, slik det er gjort i den nasjonale kvalitetsindikatoren. Ved denne beregningsmåten har varigheten i relasjonen økt hvert år siden 2015 til 2022. Dersom indikatoren beregnes blant alle innbyggere (ved å inkludere de uten fastlege med 0 års varighet i lege-pasient-relasjon) reduseres gjennomsnittlig varighet. Den betydelige økningen i antall innbyggere uten fastlege gjør videre at gjennomsnittlig varighet på lege-pasient-relasjon faller i 2022 når den beregnes for alle innbyggere, til tross for at den øker dersom den beregnes kun for de med fastlege (Figur 3-11).

**Figur 3-11: Gjennomsnittlig varighet på lege-pasient-relasjon ved ulike beregningsmåter, 2015-2022**



Kilde: Helsedirektoratet og SSB.

### 3.4.2 Valgmuligheter for listeinnbyggerne

Alle innbyggere har rett til selv å velge en fastlege og til å skifte fastlege inntil to ganger i året. I tillegg er det kjent fra forskningslitteraturen at mange ønsker allmennlege med samme kjønn som en selv (Godager, 2012).

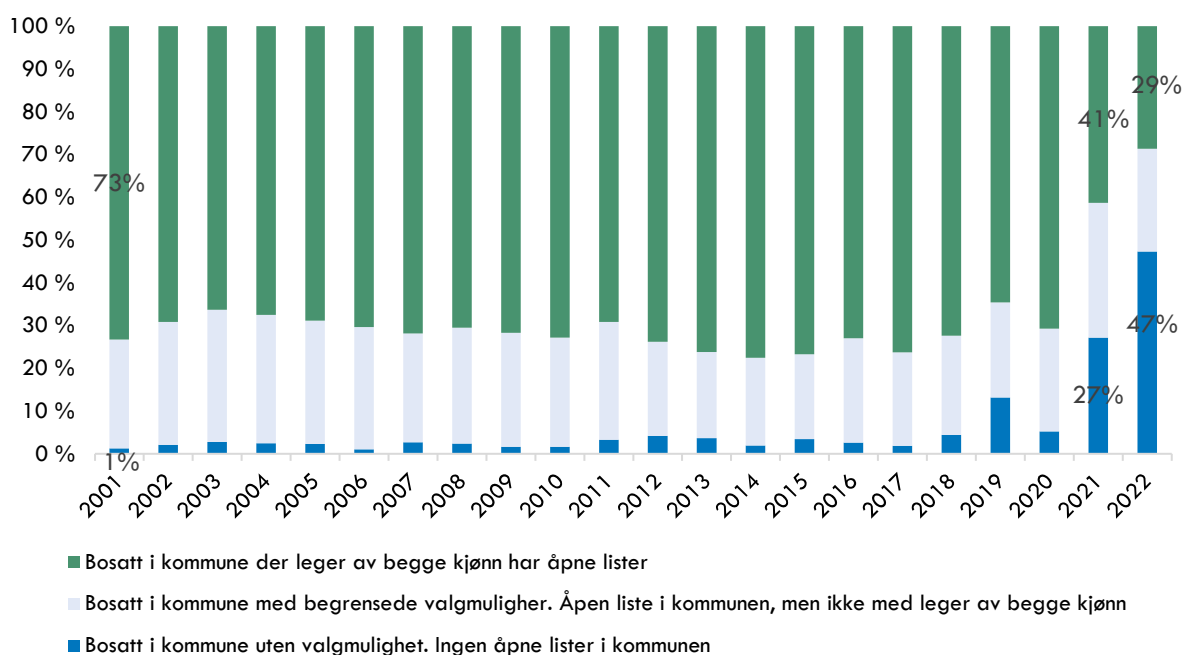
#### Halvparten av befolkningen har ikke mulighet til å bytte fastlege

Dersom innbyggerne skal få mulighet til å utøve retten til å velge sin egen fastlege, er det nødvendig at det finnes fastleger med åpen liste<sup>8</sup> i kommunen. For å kunne velge fastlege av samme kjønn behøves åpne lister blant leger av begge kjønn i kommunen.

I perioden 2001-2020 var om lag 65-75 prosent av landets innbyggere bosatt i kommuner der fastleger av begge kjønn hadde åpne lister, og under 5 prosent var bosatt i kommuner der ingen leger hadde åpne lister (med unntak av 2019 da denne andelen lå på 13 prosent). Fra 2020 til 2022 har imidlertid valgmulighetene for innbyggerne i form av åpne lister i sin kommune blitt betydelig redusert. Ved utgangen av 2022 bor 47 prosent av befolkningen i kommuner der ingen fastleger har åpen liste, mens kun 29 prosent bor i kommuner der fastleger av begge kjønn har åpen liste (Figur 3-12). Med andre ord har om lag halvparten av befolkningen ikke mulighet til å velge fastlege i sin kommune.

<sup>8</sup> At en fastlege har åpen liste betyr at det er ledig plass på legens liste og at innbyggerne har mulighet til å velge denne legen som sin fastlege.

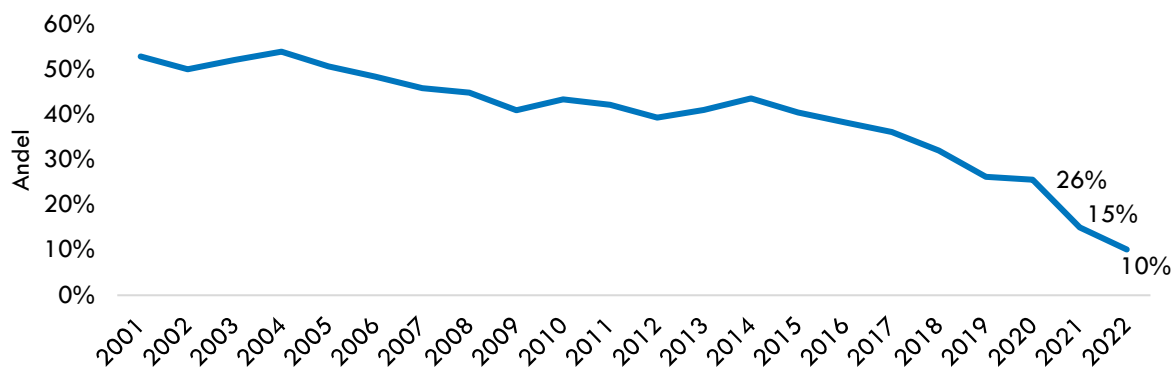
**Figur 3-12: Andelen innbyggere bosatt i kommuner med begrenset mulighet for å bytte fastlege. Tall per 31/12 2001-2022.**



Kilde: FLO.

Ved utgangen av 2022 hadde 10 prosent av landets fastleger åpen liste – den laveste andelen noensinne. Tilsvarende andel var 26 prosent i 2020 og 15 prosent i 2021 (Figur 3-13).

**Figur 3-13: Andel fastleger med åpen liste ved utgangen av året, 2001-2022**



Kilde: FLO.

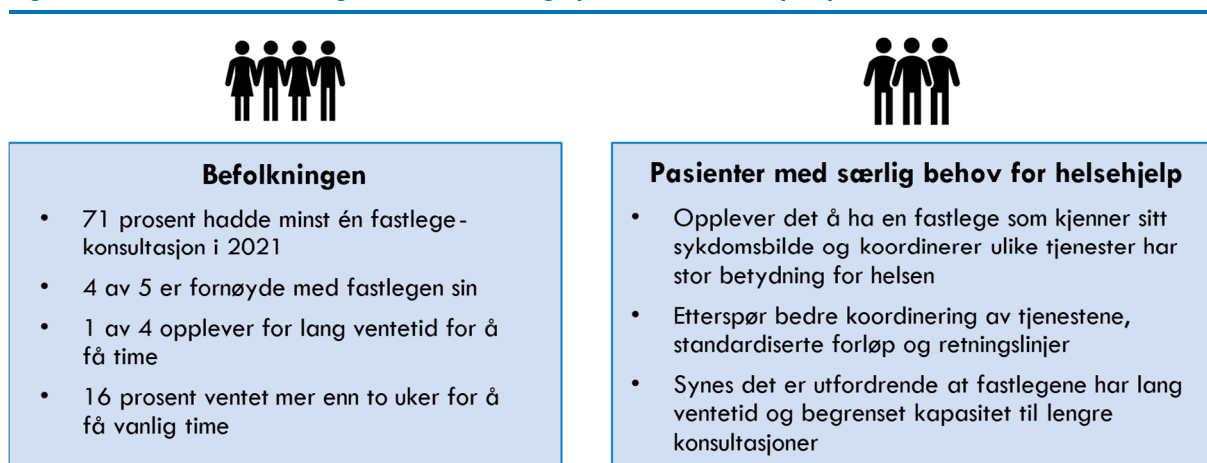
## 4. Pasienterfaringer med allmennlegetjenesten

Handlingsplanen har som mål å sikre en tilgjengelig allmennlegetjeneste som gir god kvalitet til alle innbyggere, og i årets rapport undersøker vi nærmere hvordan brukerne opplever tjenesten. En nasjonal spørreundersøkelse om erfaringer med fastlegetjenesten viser at 4 av 5 pasienter i stor eller svært stor grad er fornøyd med fastlegen sin, men 1 av 4 opplever at det er for lang ventetid for å få vanlig time. I intervjuer med pasientforeninger som representerer pasienter med særlig behov for oppfølging fra helsetjenesten, understrekes viktigheten av fastlegens rolle og behovet for kontinuitet i lege-pasient-relasjonen.

I 2021 hadde 71 prosent av innbyggerne en eller flere konsultasjoner med fastlegen, og i gjennomsnitt tre konsultasjoner per person (SSB, 2022). Andelen var høyest blant aldersgruppen 80-89 år (84 prosent), og lavest i alderen 6-15 år (57 prosent). Av alle konsultasjonene var det flest som gjaldt psykisk sykdom eller lidelse (11,4 prosent), lokale smerter og betennelser (7,9 prosent) og luftveisinfeksjoner (5,5 prosent). 16 prosent av innbyggerne hadde en eller flere konsultasjoner på legevakt.

Handlingsplanen har som mål å sikre en tilgjengelig allmennlegetjeneste som gir god kvalitet til alle innbyggere. Dette kapitlet har som formål å belyse hvordan brukerne opplever allmennlegetjenesten når vi nå er kommet halvveis i handlingsplanperioden. Vi undersøker pasienterfaringer både med utgangspunkt i den nasjonale undersøkelsen om pasienterfaringer med fastlege og fastlegekontoret, intervjuer med pasientforeninger, samt spørreundersøkelse og intervjuer med fastleger (Figur 4-1).

Figur 4-1: Pasientenes erfaringer med allmennlegetjenesten, fra ulike perspektiver



Kilde: PasOpp-undersøkelsen (FHI, 2022b) og intervjuer med pasientforeninger, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

### 4.1 Nasjonal undersøkelse om pasienterfaringer

En nasjonal undersøkelse fra 2021/2022 av pasienterfaringer med fastlege og fastlegekontoret, Folkehelseinstituttets PasOpp-undersøkelse<sup>9</sup>, viser at mange pasienter er fornøyd med fastlegen og fastlegekontoret. 81 prosent oppga at de alt i alt, i stor eller svært stor grad er fornøyd med fastlegen sin. Minst 80 prosent oppga at de i stor eller svært stor grad opplevde at fastlegen tar dem på alvor, snakker til dem slik at de forstår ham/henne, er faglig dyktig, tar dem med så mye de ønsker i avgjørelser om seg selv, og henviser til videre undersøkelse eller spesialist når de mener de har behov for det (FHI, 2022b).

Helsedirektoratet har publisert en nasjonal kvalitetsindikator som bygger på resultatene fra PasOpp-undersøkelsen fra 2021/2022. Kvalitetsindikatoren omfatter fem indikatorer om fastlegen og fastlegekontoret:

<sup>9</sup> Funnene er basert på svar på spørreskjema som ble sendt ut digitalt og per post i perioden september 2021 - januar 2022. Utvalget består av personer som er 16 år og eldre som inngikk i fastlegeordningen på undersøkelsestidspunktet og hadde hatt minst én konsultasjon med fastlegen i løpet av de siste 12 måneder. Av 18 861 pasienter i utvalget svarte 7 912 personer (41,9 prosent).

1) fastlegen (ulike dimensjoner av hvordan man opplever å bli møtt av fastlegen), 2) organisering og øvrige ansatte (hvordan man blir møtt av andre på legekantoret), 3) tilgjengelighet (ventetid for å få time), 4) mestring (hvorvidt fastlegen bidrar til at pasienten forstår og mestrer sine helseproblemer, og til å holde seg frisk), og 5) koordinering og samhandling med andre tjenester. Det er til sammen 19 underspørsmål knyttet til de fem indikatorene, og det er beregnet en skår per indikator fra 0 til 100 poeng der 100 er best. Undersøkelsen viser at pasientene gir best skår på indikatorene fastlegen (77 poeng nasjonalt; fra 74 til 80 poeng på tvers av fylkene), organisering og øvrige ansatte (77 poeng; fra 74 til 80 poeng), og koordinering og samhandling (75 poeng; fra 72 til 80 poeng), og lavest skår på mestring (68 poeng; fra 63 til 72 poeng) og tilgjengelighet (63 poeng; fra 57 til 67 poeng). For eksempel var det bare om lag halvparten (48 prosent) som svarte at de i stor eller svært stor grad synes ventetiden for å få vanlig time var akseptabel, mens 25 prosent svarte at ventetiden i liten grad eller ikke i det hele tatt var akseptabel. Om lag en tredjedel (36 prosent) oppgir at de må vente to dager eller mer ved behov for å få time raskt, mens 41 prosent oppgir at de vanligvis må vente mer enn en uke for å få time når behovet ikke er akutt. 16 prosent oppga at de måtte vente mer enn to uker for vanlig time i 2021/2022, mens 13 prosent svarte det samme i undersøkelsen i 2018/2019. Vi har ikke tall på hvor lenge pasienter i gjennomsnitt må vente for å få time, og hvor lang ventetid som anses rimelig i tilfeller der behovet ikke er akutt. Sammenlignet med undersøkelsen fra 2018/2019, var det på nasjonalt nivå en positiv signifikant endring for indikatoren mestring og koordinering og samhandling, mens ventetiden til å få time raskt er signifikant dårligere i 2021 sammenlignet med 2018 (FHI, 2022b).

## 4.2 Erfaringer blant pasienter med særlige behov

For å belyse pasienterfaringer har vi gjennomført en undersøkelse blant pasientgrupper med særlige behov for fastlegetjenester. Vi har valgt ut følgende fem grupper basert på statistikk knyttet til konsultasjoner i allmennlegepraksis, utbetaling av sykepenger og uføretrygd, samt intervjuer med fastleger:

- Pasienter med store og sammensatte behov
- Kreftpasienter og kreftoverlevende
- Muskel- og skjelettplager
- Medisinske uforklarte plager og symptomer
- Psykiske lidelser – angst og depresjon

Formålet med undersøkelsen var å kartlegge pasientgruppens opplevelser med allmennlegetjenesten, herunder hva som kjennetegner oppfølgingen de får og hvordan denne varierer, etterlevelse av eventuelle kliniske retningslinjer for behandling hos fastlege, samhandling med relevante aktører, samt utfordringer og eventuelle forbedringsmuligheter i møte med allmennlegetjenesten. Undersøkelsen bygger på en studie av tidligere forskning om pasientgruppene, statistikk og samtaler med pasientorganisasjoner som representerer gruppene (se nærmere beskrivelse i Vedlegg A, delkapittel A.4).

### Behov for helsehjelp og fastlegens rolle

Flere av pasientforeningene vi har snakket med trekker frem at det å ha en fastlege som kjenner pasientens sykdomsbilde og koordinerer det medisinskfaglige har stor betydning for pasientens psykiske og fysiske helse. Fastlegen er ansvarlig for oppfølging og behandling for flere av pasientgruppene, og for enkelte pasientgrupper finnes det ikke tilbud i spesialisthelsetjenesten. Dette gjelder særlig tilstander hvor en ikke finner en klar biomedisinsk årsak. Legeforeningen har også trukket frem at det er fastlegene som er spesialister på disse tilstandene og det er viktig at fastlegene kjenner til den forskningsbaserte kunnskapen som finnes (Norsk forening for allmenntilleggsmedisin, 2018).

Mange av pasientene har behov for tverrfaglig oppfølging, og noen følges hovedsakelig opp i spesialisthelsetjenesten. For eksempel vil behandling av rygg- og nakkesmerter stort sett være et samarbeid mellom fastlege og andre aktører, som fysioterapeut, manuellterapeut eller kiropraktor. Pasientorganisasjonene trekker frem at pasientene ønsker at fastlegene bidrar til koordinering av oppfølgingen. En brukerundersøkelse gjennomført av Kreftforeningen viste at fastlegen har en viktig rolle og oppleves som en trygg kontinuitet mens pasienten er i behandling i spesialisthelsetjenesten, selv om kommunale helse- og omsorgstjenester primært involveres etter utskrivning fra spesialisthelsetjenesten (Kreftforeningen, 2022b). Under behandling i spesialisthelsetjenesten kan fastlegene for eksempel være viktige i å bistå pasienten i tilrettelegging for å stå i jobb. Tilsvarende viste en spørreundersøkelse blant 250 pasienter med depresjon at pasientene setter stor pris på involvering og oppfølging gjennom fastlegen, selv når de får behandling i spesialisthelsetjenesten (Nilsen, 2022). Samtidig trekker representanter fra flere av pasientgruppene at andre yrkesgrupper kan avlaste fastlegene.

## Samhandling

Pasientforeningene trekker frem i intervju at deres pasientgrupper opplever utfordringer knyttet til samhandlingen mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten, og utfordringer knyttet til oppfølgingen fra NAV. Basert på intervjuer med pasientorganisasjoner finner vi at følgende gjelder for samtlige pasientgrupper:

- Helsehjelpen kommer fra mange ulike aktører, med manglende koordinering mellom aktørene. Dette gjør det krevende for fastlegen å følge opp, slik at pasienten selv må informere fastlegen om hvilke behandlinger de har mottatt
- Samhandling med NAV oppleves for mange belastende, og fastlegene har en verdifull rolle i å bistå pasientene i kommunikasjonen med NAV.

I forbindelse med utarbeidelse av helhetlige pasientforløp for pasienter med langvarige smertetilstander og utmattelse har Helsedirektoratet gjennomført et forprosjekt hvor de finner at pasientene opplever dårlig samhandling og lite koordinerte tilstander, og kan føle seg som kasteballer i helsevesenet (Helsedirektoratet, 2023f; Helsedirektoratet, 2022n). Pasientorganisasjonene oppgir i intervjuer at pasienter med behov for tverrfaglig oppfølging opplever at den enkelte spesialist vurderer saken henvisningen gjelder isolert, noe som gjør at det mangler en samlet og helhetlig vurdering fra alle involverte helsepersonell. I tillegg peker de på at epikrisene fra sykehus ofte er kortfattede, som kan føre til fragmentert og lite systematisk behandling. For kreftoverlevende trekkes det særlig frem utfordringer knyttet til perioden der ansvaret for pasienten overføres fra spesialisthelsetjenesten til fastlegen. I brukerundersøkelser er det funnet at kun 18 prosent er fornøyd med overgangen (Kreftforeningen, 2022b), og at uklar ansvarsfordeling og vanskelige kommunikasjonsforhold mellom onkolog og fastlege skaper utfordringer i overgangen (Bordvik, 2018). Pakkeforløp hjem og kreftkoordinatorer i kommunen trekkes frem som verktøy for å bedre samhandlingen.

Utfordringer knyttet til samhandlingen med NAV gjelder særlig pasienter med tilstander som diagnostiseres på bakgrunn av egen beskrivelse av symptomer og uten biomedisinske funn. Flere representanter for disse pasientene opplever at NAV krever at pasienten prøver ut en rekke tilbud, behandlinger og rehabilitering, mens pasientene opplever det belastende å delta på ulike behandlingstilbud som ikke gir effekt. Pasientene opplever også utfordringer knyttet til søknader om arbeidsavklaringspenger og uføretrygd, og pasientorganisasjonene trekker frem at fastlegen kan utgjøre en stor forskjell for hvordan en pasient håndterer dette.

Flere pasientorganisasjoner trekker frem bruk av annet helsepersonell enn leger som en løsning på samhandlingsutfordringer mellom ulike helsetjenester. For eksempel løftes primærhelseteam frem som et godt initiativ for pasienter med store og sammensatte behov, som omtales nærmere i kapittel 10. For pasienter med milde til moderate psykiske plager trekker pasientorganisasjoner frem at for mange er det viktigste at den de møter har tid til dem; mens profesjon er mindre avgjørende for opplevd hjelp.

## Utfordringer i møte med allmennlegetjenesten

Pasientforeningene trekker frem flere utfordringer pasientgruppene har i møte med allmennlegetjenesten:

- Flere opplever mangel på eller manglende bruk av retningslinjer, som fører til uønsket variasjon i utredning og behandling
- Flere opplever at fastlegene mangler kunnskap om hvilke tilbud som finnes
- Noen pasientforeninger forteller at enkelte pasienter føler seg mistrodd og nedprioritert i møte med helsevesenet, og at de ikke blir tatt på alvor

Flere informanter fra pasientforeninger etterlyser mer standardiserte pasientforløp. Pasientforeningene opplyser om at det særlig mangler rutiner for oppfølging for pasienter med diagnoser basert på egen sykdomsbeskrivelse og uten biomedisinske funn. Dette kan videre føre til vilkårlige og langvarige behandlingsforløp, med stor variasjon i utredning og behandling. For eksempel tar det i gjennomsnitt 8-9 år før pasienter med langvarige smertetilstander kommer til tverrfaglig utredning i smerteklinikk (Helsedirektoratet, 2022n). Når det gjelder oppfølging av diabetespasienter, trekker representanter for pasientene frem at økt bruk av NOKLUS-skjema (eller tilsvarende skjema eller journalmal) i forbindelse med årskontroll av diabetes type 2-pasienter kan bidra til god oppfølging. For kreftoverlevende viste en studie at 70 prosent ikke får behandling for seneffekter (Mellblom, et al., 2021). Mangel på retningslinjer gjør at det blir opp til hver enkelt fastlege å avgjøre hvilken behandling pasienten får, som kan føre til stor variasjon i behandling og oppfølging (Bordvik, 2018). Våre informanter opplever også at fastlegene mangler oversikt over hvilke tilbud som finnes. Flere opplever for eksempel at fastlegen ikke har kjennskap til relevante kommunale tiltak, som Frisklivssentralen, startkurs og mestringskurs, eller hjelpetelefoner for pasienter med mindre alvorlige psykiske plager.

For pasienter med mindre alvorlige psykiske plager, som ikke henvises til spesialisthelsetjenesten, trekkes det også frem av pasientforeningene at de opplever et manglende tilbud. Det er ofte er lange ventelister hos psykologer, som fører til at henvisninger blir avslått eller at fastlegen lar være å henvise (Nilsen, 2022). Våre informanter trekker frem økt kompetanse på psykisk helse hos fastleger som et viktig tiltak for denne pasientgruppen. Samtidig kan muligheten for samtalerapi hos fastlegen begrenses av kort konsultasjonstid, og at pasienter føler seg belastende dersom de går mye til fastlegen. Når det gjelder pasienter med alvorlig psykiske plager, viser en studie fra 2014 at to av tre kommuner opplever å ikke ha kompetanse eller et egnet tilbud til å ta vare på pasienter med psykiske lidelser som skrives ut av spesialisthelsetjenesten (Tøndel & Ose, 2014).

Enkelte pasienter føler seg mistrodd og nedprioritert i møte med helsetjenesten. I intervjuer trekker pasientforeningene frem at det oppleves som at det er blindsoner i helsetjenesten, der diagnose fremfor symptomer er avgjørende for helsehjelpen som gis. Dette underbygges av internasjonale studier, som finner at pasienter som oppsøker primærhelsetjenesten for MUPS generelt er misfornøyd med oppfølgingen de får, og at de føler seg stigmatisert og ikke tatt på alvor (Hartman, et al., 2017). Våre informanter har inntrykk av at det er stor variasjon mellom fastleger i holdning og kjennskap til disse tilstandene, som igjen gir variasjon i hvordan pasienten blir møtt og fulgt opp.

At pasientene opplever å ikke bli tatt på alvor, kan forstås og analyseres utfra flere dimensjoner. Det å ikke bli tatt på alvor kan for eksempel handle om at legen ikke hilser på pasienten, unngår å møte blikket eller stadig kansellerer timeavtaler. Det kan også handle om at legen oppleves som lite engasjert og lydhør gjennom å avbryte for tidlig, åpenbart ikke høre etter eller fremstå fraværende. Videre kan det også dreie seg om mer strukturelle forhold som tilgjengelighet, ved uakseptabelt lange ventetider eller et manglende adekvat akutttilbud. Man kan også oppleve å ikke bli tatt på alvor gjennom at plagene ikke blir anerkjent og ikke blir sett på som reelle, noe som det fremkommer fra intervjuer at pasientgruppene i undersøkelsen opplever.

I tillegg til problemer med å ikke bli tatt på alvor, kan kunnskapsmessige uenigheter med legen om sykdommens årsak være med på å gjøre avstanden mellom lege og pasient større. Det kommer frem i intervjuene at pasienter opplever at de tidvis er uenige med legen i måten sin medisinske tilstand skal forstås. Legen kan for eksempel mene at psykologiske, kulturelle eller sosiale variabler delvis eller helt kan forklare pasientens plager, mens pasienten på sin side mener at tilstanden må kunne forklares som en fysisk lidelse. Å bli forklart at plagens årsak er psykologiske, kulturelle eller sosiale kan oppleves utfordrende for en del pasienter hvor det ikke finnes noen klar fysisk årsak til plagene. Dette forsterkes ifølge pasientforeningene av at pasientene i større grad opplever stigma i samfunnet rundt lidelser uten en klar diagnose. Samtidig kan det være gode grunner til at legen mener dette er riktig for den enkelte og at sykdommen ikke er noe mindre reell enn fysisk påvisbare sykdommer. En slik kunnskapsmessig uenighet om sykdommens årsak kan være utfordrende for både lege og pasient, så vel som helsetjenesten for øvrig. For eksempel viser en studie at om lag 30 prosent av alle som henvises til nevrologiske, gastrointestinale, eller nær sagt alle andre sykehuspoliklinikker, ikke har fysiske funn som skulle forklare pasientens symptomer (Smith R. , 2023).

### **Konsekvenser for pasienter som følge av dagens situasjon i fastlegjetjenesten**

Flere av pasientforeningene trekker frem at fastlegenes begrensede tid og lang ventetid for konsultasjoner som ikke er øyeblikkelig hjelp er utfordrende. Pasientene opplever at fastlegene har for lite tid, og flere kan ha behov for en konsultasjon utover avsatte 15-20 minutter, som fører til at de må prioritere hvilke problemer de skal drøfte hos fastlegen og eventuelt at noen plager og behov nedprioriteres. Våre informanter trekker frem at dette kan være utfordrende for kreftpasienter som har ulike bekymringer knyttet til sykdom, tilbakefall, og ny livssituasjon etter sykdom og senskader. Videre trekkes det frem at pasienter med store og sammensatte behov, og kroniske plager med følgesykdommer, ofte har et behov for noen å snakke med, for eksempel om nye tilleggsplager, mindre justering av medisiner, uro og et behov for kontinuerlig veiledning i hvordan de kan mestre sykdommen. For pasienter med milde til moderate psykiske lidelser er fastlegen ofte eneste behandlingsmulighet, og pasientene har behov for lengre samtaler.

Kontinuitet i relasjonen mellom fastlege og pasient trekkes frem som viktig av alle pasientorganisasjonene. Pasientene har ofte et langvarig sykdomsforløp, og det å ha en lege som kjenner til historikken oppleves nyttig. I tillegg trekkes det frem at kjennskap til helheten ved sykdomsbildet gir bedre oppfølging. Informanter trekker frem at når pasienter ikke har mulighet til å gå til sin faste lege kan dette føre til at de utsetter og lar være å gå til legen dersom det ikke er strengt nødvendig. Det trekkes også frem at hyppig utskiftning av fastleger og vikarer oppleves som belastende. Manglende mulighet til å bytte fastlege utgjør også et problem, særlig for pasienter som opplever at deres fastlege ikke tar tilstanden og oppfølgingen på alvor.



### Eksempler på pågående initiativer rettet mot pasienter med særlig behov for fastlegetjenester

Det pågår ulike initiativer som skal bøte på de ulike utfordringene nevnt ovenfor, for eksempel:

- **Tverrfaglig oppfølging av pasienter med store og sammensatte behov:** Nasjonal helse- og sykehusplan for 2020-2023 trekker særlig frem at det bør utvikles bedre tjenester for pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer, barn og unge, skrøpelige eldre og personer med flere kroniske lidelser (**Meld. St. 7 (2019–2020)**). Pakkeforløp og individuelt tilpassede opplegg trekkes frem som særlig viktig i oppfølgingen av disse pasientene. Helsefelleskap, oppfølgingsteam og primærhelseteam (som omtales nærmere i delkapittel 10.1.2) skal bidra til å gi tverrfaglige tjenester til pasienter store og sammensatte behov. Det internasjonale prosjektet «Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy ageing across the Life Cycle» mellom EU-land, som Norge har deltatt i, har utarbeidet en modell (Multimorbidity Care Model), som gir anbefalinger om oppfølging av pasientgruppen. Videre ble det i 2016 publisert retningslinjer av NICE for pasientgruppen, «Multimorbidity: clinical assessment and management» (**Helsedirektoratet, 2018b**).
- **Tydligere ansvarsdeling for kreftpasienter og spesialiserte klinikker for oppfølging:** I regjeringens nasjonale kreftstrategi for 2018 til 2022 får fastlegene utvidet ansvar for kreftpasienter, og en arbeidsgruppe skal beskrive rollen til fastlegene i de nasjonale handlingsprogrammene for kreft (**Thorsen, et al., 2019**). Nasjonal kompetansetjeneste for seneffekter etter kreftbehandling ved Oslo Universitetssykehus var lenge den eneste poliklinikken for behandling av og forskning på seneffekter (**Oslo universitetssykehus, 2021**), men i 2021 åpnet poliklinikk for senskader ved Universitetssykehuset Norge-Norge og i september 2022 åpnet tilsvarende poliklinikk ved St. Olavs hospital (**Kreftforeningen, 2022a**). I starten av 2022 ble Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft publisert, som et tiltak for å avdekke kreftpasienters individuelle behov, både under behandling og under oppfølging av kommunal helse- og omsorgstjeneste (**Helsedirektoratet, 2022i**). Per nå har 216 kommuner kreftkoordinator, og en styrking av denne ordningen kan bidra til å forbedre oppfølging av kreftoverlevende (**Kreftforeningen, 2022b**).
- **Helhetlige pasientforløp for pasienter med muskel- og skjelettlidelser:** Et helhetlig pasientforløp for pasienter med langvarige og sammensatte smertetilstander er under behandling hos Helsedirektoratet (**Helsedirektoratet, 2022n**), og omfatter perioden etter henvisning til spesialisthelsetjenesten. Det finnes 16 tverrfaglige nakke- og ryggpoliklinikker ved norske sykehus, og norsk nakke- og ryggregister (NNRR) er et tjenesteregister med mål om å samle alle pasienter som behandles ved disse. Per 2022 er så langt 12 poliklinikker tilknyttet, og det pågår arbeid for å få med de siste fire. Kunnskapen fra registeret skal brukes til å gi et forbedret tilbud ved poliklinikkene (**Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, u.å.**).
- **Økt kunnskap om og kjennskap til medisinske uforklarte plager og symptomer:** På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har Helsedirektoratet utarbeidet forslag til helhetlige pasientforløp for langvarige og sammensatte smertetilstander og langvarig utmattelse uten kjent årsak, som per dags dato er under arbeid. I tillegg har Legeforeningen en egen faggruppe for medisinske uforklarte plager og symptomer, som arbeider for å framskaffe og spre kunnskap, holdninger og arbeidsrutiner knyttet til tilstandene og gruppen er opptatt av å understreke at tilstandene ikke er «uforklarlig» (**Norsk forening for allmennmedisin, 2018**).
- **Mer forebygging og styrket tilbud innen kommunale helsetjenester for pasienter med psykiske lidelser:** I 2022 startet arbeidet med en opptrappingsplan med mål om å styrke tilbudet innen psykisk helse og over hele landet, og planen er ventet ferdig i 2023 (**Helse- og omsorgsdepartementet, 2022e**). Psykisk helse, særlig blant barn og unge er et uttalt innsatsområde for regjeringen. Planen skal satse på forebygging og brede tiltak, og særlig inkludere en styrking av lavterskeltilbud i kommunene for å øke tilgjengelighet og nærhet til de som trenger hjelp. Planen skal videre sikre økt kapasitet i spesialisthelsetjenesten, med vekt på psykisk helsevern til barn og unge. I 2020 ble det lagt frem en handlingsplan for forebygging av selvmord for 2020-2025, og med den ble det innført en nullvisjon for selvmord i Norge (**Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b**). Tiltakene inkluderte mer forebygging og systematisk arbeid for å motvirke selvmord, tidlig hjelp for personer i risikogruppe, bedre hjelp til etterlatte og mer forskning for å gi økt kunnskap og kompetanse om selvmordsforebygging.

## 5. Arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

*Handlingsplanen har flere tiltak som direkte eller indirekte skal styrke kvaliteten i allmennlegetjenesten generelt, og særlig tilbudet til brukere med omfattende behov. Tiltakene er ment å forbedre kunnskapsgrunnlaget om kvaliteten på tjenestene i legekantor, kommuner og på nasjonalt nivå, og å bidra til mer systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Mangelen på god styringsinformasjon om allmennlegetjenestens kapasitet og volum er bakteppet for det pågående arbeidet med utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer, og i arbeidet med utviklingen av kvalitetsindikatorer vil utviklingen av styringsinformasjon om tjenestens kapasitet og volum ha en viktig rolle.*

*Fastleger oppga i spørreundersøkelsen at deres egen kommune i noen eller stor grad har utfordringer knyttet til allmennlegetjenesten når det gjelder bemanning (83 prosent svarte dette), tilgjengelighet på tilbudet (80 prosent) og kvalitet på tilbudet til befolkningen (62 prosent). Fastlegene utdyper i intervjuer at bemanningsutfordringene bidrar til høyt arbeidspress, som videre påvirker kvaliteten i tilbudet. De opplever at de har lite tid til kontinuerlig kvalitetsarbeid, og at tidspress kan redusere kvaliteten på medisinske vurderinger, og at kortere og hyppigere konsultasjoner kan bidra til at behandlingen i større grad retter seg mot symptomer heller enn det underliggende helseproblemet.*

Handlingsplanens andre målområde «God kvalitet til alle» handler om at alle innbyggere, uavhengig av helsestatus, geografi, sosioøkonomiske forhold og etnisk bakgrunn skal motta allmennlegetjenester av god kvalitet. Helse tjenester av god kvalitet er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse. I tillegg skal tjenestene være samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressurser på en god måte og være tilgjengelige og rettferdig fordelt (Helsedirektoratet, 2017). Kvaliteten i allmennlegetjenesten kan bli positivt påvirket av alle tiltakene som er foreslått i handlingsplanen dersom man oppnår bedre rekruttering og bedre stabilitet, redusert arbeidsbelastning og mer teambaserte tjenester. Under målområdet «God kvalitet til alle» i handlingsplanen er det i tillegg foreslått konkrete tiltak som skal tilrettelegge for arbeidet med kvalitetsforbedring i allmennlegetjenesten, og særlig forbedre kvaliteten på tjenestene til brukere med omfattende behov (Helsedirektoratet, 2022q).

### 5.1 Pågående arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

For å sikre at alle innbyggere mottar allmennlegetjenester av god kvalitet, er det nødvendig med systematisk kvalitetsarbeid, både på legekantorene, i kommunen og nasjonalt. Helsedirektoratet arbeider med et nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og leverte vinteren 2022 en utredning som drøfter forutsetningene for og innretningen av et slikt nasjonalt system. Arbeidet har involvert en rekke relevante aktører, herunder KS, FHI, Direktoratet for e-helse, Legeforeningen, Norsk Kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (NOKLUS) og Senter for kvalitet i legetjenesten (SKIL). SKIL er særlig viktig i arbeidet med nytt nasjonalt system og ble bevilget 8 millioner kroner i 2022 for å understøtte dette arbeidet. Bevilgningen er i statsbudsjettet for 2023 foreslått videreført med 8,2 millioner kroner. Utredningen beskriver et omfattende system, og syv tiltak som er nødvendig for å få systemet på plass og fungere godt. Helsedirektoratet fikk i slutten av 2022 tildelt midler til å følge opp utredningen. Utredningen er foreløpig ikke publisert, og arbeidet med å følge opp utredningen har heller ikke startet per dags dato. Vi vil følge arbeidet videre i evalueringen.

Videre er det å ha en fast lege viktig for kvaliteten i tjenesten. Det har de siste årene blitt et økende antall innbyggere som står på en fastlegeliste uten fast lege. En arbeidsgruppe med deltakere fra Helsedirektoratet, Den norske legeforening, KS, Oslo kommune og regionale helseforetak og Direktorat for e-helse har vurdert pasientsikkerhetsperspektivet for disse innbyggerne. Arbeidsgruppen har kartlagt og foreslått tiltak knyttet til juridiske forhold, meldingsutveksling og riktig adressering (Helsedirektoratet, Den norske legeforening, KS, Oslo Kommune, Direktoratet for e-helse og Regionale helseforetak, 2023). Helsedirektoratet har i 2023 fått i

oppdrag å følge opp de foreslåtte tiltakene til arbeidsgruppen, og enkelte tiltak har allerede blitt iverksatt eller er i prosessen med å bli iverksatt.

Sammenliknet med de fleste land er det i Norge god tilgang på data om allmennlegetjenesten. Systemet med pasientlister er godt innarbeidet, og tjenesteleveranser fra enkeltleger til enkeltpasienter kan følges over tid. Det er i dag mangel på god styringsinformasjon om forhold som angår planlegging av tjenestens kapasitet og volum. I arbeidet med utvikling av kvalitetsindikatorer vil utviklingen av styringsinformasjon om tjenestens kapasitet og volum ha en viktig rolle.

Selv om systemer er på plass for å samle inn data om allmennlegetjenestene, mangler det fortsatt en god, omforent standard for rapportering, analyse og tolkning av grunnleggende styringsinformasjon. Blant eksemplene på grunnleggende styringsinformasjon som med fordel kan beskrives og rapporteres rutinemessig og med gjentakende struktur over tid, er svarene på følgende spørsmål:

- Hvor mange allmennleger forventes å gå av med pensjon de neste fem år?
- Hvor mange allmennleger mottar refusjon fra Helfo for å levere allmennlegetjenester?
- Hvor mange leger gikk i gang allmennlegespesialistutdanning forrige år?
- Hvor store er samfunnets utgifter til hver av de ulike delene av allmennlegetjenesten?

Statistikk om allmennlegetjenesten utarbeides med ulike formål og offentliggjøres i en rekke ulike kanaler, og hver av partene i trepartssamarbeidet tar i dag sine egne initiativ til å bestille eller utforme ulike typer statistikker og beskrivelser om allmennlegetjenesten. Både Helsedirektoratet og Statistisk sentralbyrå offentliggjør bearbejdede statistikker og kvalitetsindikatorer som kan være villedende eller vanskelige å tolke. I kapittel 3, Figur , så vi hvordan det å utelate innbyggere uten fastlege ved beregning av varighet av lege-pasientrelasjon kan gi et uriktig bilde av både nivået og utviklingstendensen for kontinuitet i allmennlegetjenesten. Et annet eksempel på statistikk som kan være egnet til å vilde, er indikatoren «(reservekapasitet fastlege)» som offentliggjøres av SSB.<sup>10</sup> Indikatoren viser at det stadig er ledig kapasitet i fastlegeordningen på nasjonalt nivå.

Medienes omtale av det som etter hvert skulle bli kalt «fastlegekrisen» gir et illustrativt eksempel på hvordan mangelen på standardisert styringsinformasjon påvirker tolkningen av eksisterende statistikk og motiverer til produksjon av ny statistikk om allmennlegetjenester: Avisen VG tok i 2017 initiativ til å ringe til alle landets kommuner og be dem anslå rekrutteringsproblemer med bruk av en trafikklysmoell (Scæther & Frøystad Nærø, 2017). I henhold til VGs kartlegging i 2017 rapporterte 10 av 426 kommuner at fastlegesituasjon kunne beskrives med fargen rød. I henhold til VGs trafikklysendikator økte andelen «(krisekommuner)» som meldte om rød fastlegesituasjon til 91 av 356 kommuner våren 2021 (Scæther & Ertesvåg, 2021).

Et nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet avhenger av et godt kunnskapsgrunnlag om kvaliteten i allmennlegetjenesten (Helsedirektoratet, 2022q). I årsrapport for handlingsplanen i 2021 pekte Helsedirektoratet på at det fremdeles mangler datagrunnlag på flere områder, noe som gjør det vanskelig for fastleger og kommuner å få en tilstrekkelig oversikt over kvalitetsarbeidet som foregår i legekantorene og i kommunene (Helsedirektoratet, 2022q). Flere tiltak er iverksatt for å utvikle og tilgjengeliggjøre kunnskap om kvalitet i tjenestene på nasjonalt-, kommunalt- og tjenestenivå. Ifølge Helsedirektoratet ble det blant annet innført et system i slutten av 2022, der kommunene rapporterer om oppsigelsesdatoer for fastleger, slik at man kan følge med på tiden mellom en lege sier opp til ny lege er på plass. Videre arbeides det med å utvide innholdet i Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), som gir informasjon om helse- og omsorgstjenestene i kommunene (Helsedirektoratet, 2022q). Helsedirektoratet følger i tillegg opp arbeidet med å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer som kan måle kvaliteten på tilbudet i allmennlegetjenesten. I 2022 ble det utviklet og publisert en ny kvalitetsindikator som viser pasienters erfaringer med fastlegen og fastlegekontoret, basert på en spørreundersøkelse gjennomført i 2021 av Folkehelseinstituttet (se omtale i delkapittel 4.1). I 2022 ble det også publisert fire nye kvalitetsindikatorer om legevakt. Helsedirektoratet har utredet flere nye kvalitetsindikatorer som ikke har blitt publisert ennå. Blant annet har de utredet indikatorer knyttet til forskrivning av legemidler til eldre og en ny nasjonal kvalitetsindikator om listeinnbyggere uten fast lege. Sistnevnte indikator ble publisert mars 2023 (Helsedirektoratet, 2023e). Helsedirektoratet jobber også med å utvikle en indikator om antall konsultasjoner pasienter har hatt de siste to årene hos nåværende fastlege. Vi vil følge opp publiseringen og utredninger av nye kvalitetsindikatorer i neste evalueringsrapport.

<sup>10</sup> SSB definerer indikatoren slik: «(Indikatoren angir kapasiteten (listetaket) i forhold til antall pasienter på listene i prosent. En verdi > 100 betyr at det er ledig plass. Data hentes fra Helsedirektoratets Fastlegeregister og gjelder pr. 31.12. Beregning: ( ("Kapasitet hos fastlegene (iht. liste") / ("Antall pasienter på fastlegeliste") ) \* 100 » .

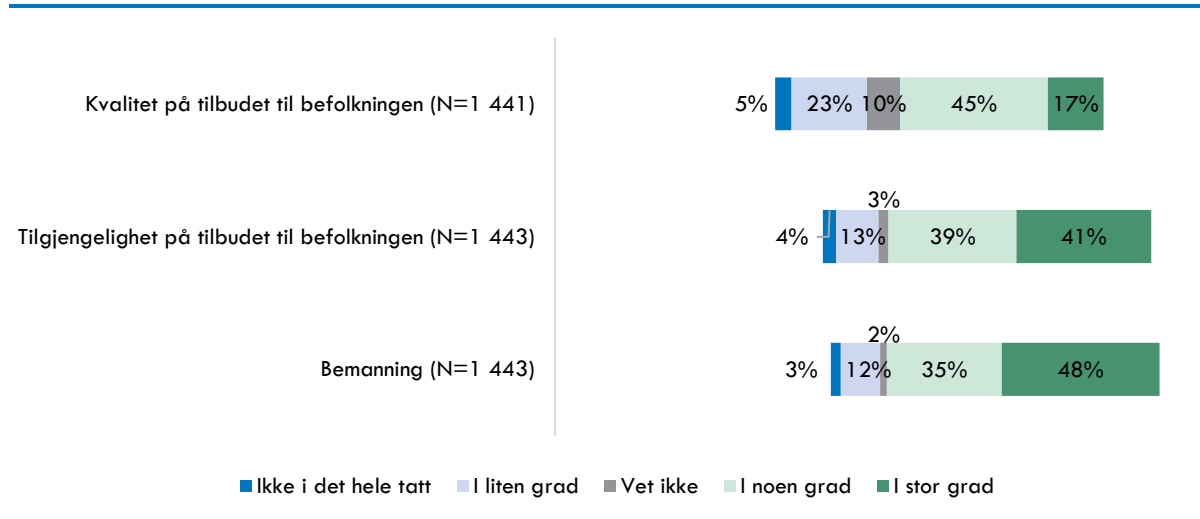
## 5.2 Fastlegers erfaringer med allmennlegetilbudet i kommunen og deres mulighet til å arbeide med kvalitetsforbedring

I evalueringsrapport I ble fastlegene i intervjuundersøkelsen spurt om hva de vektlegger når de skal definere god kvalitet i allmennlegetjenesten (Pedersen, et al., 2022). Kontinuitet i pasient-lege-forholdet ble trukket frem som den viktigste dimensjonen i kvalitetsbegrepet. Deretter ble tid til pasientene og tilgjengelighet også nevnt, i tillegg til muligheter for faglig oppdatering og god kommunikasjon med andre deler av helsetjenesten. I evalueringsrapport II bygger vi videre på dette. I spørreundersøkelsen har vi spurt fastlegene overordnet om i hvilken grad de opplever at kommunen har utfordringer knyttet til allmennlegetjenesten når det gjelder bemanning, tilgjengelighet og kvalitet på tilbudet av allmennlegetjenester til befolkningen. Vi har også intervjuet fastleger om:

- deres muligheter til å arbeide med systematisk kvalitetsarbeid
- hvordan behovene til brukere med omfattende behov blir ivaretatt i kommunene
- hvilke pasientgrupper fastlegene mener det er særlig utfordrende å gi tilstrekkelig helsehjelp til
- hvilke pasienter de mener har særlig behov for tilgjengelighet og kontinuitet i allmennlegetjenesten

Fastleger oppga i spørreundersøkelsen at deres egen kommune i noen eller stor grad har utfordringer knyttet til allmennlegetjenesten når det gjelder bemanning (83 prosent svarte dette), tilgjengelighet på tilbudet (80 prosent) til befolkningen og kvalitet på tilbudet til befolkningen (62 prosent) (Figur 5-1).

**Figur 5-1: Fastlegenes vurdering av kommunens utfordringer knyttet til kvaliteten på tilbudet i allmennlegetjenesten til befolkningen**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer desember 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

I utdypende fritekstsvar pekte fastlegene på at utfordringene knyttet til bemanning bidrar til høyt arbeidspress som videre påvirker kvaliteten i tilbudet. De trekker for eksempel frem at høyt arbeidspress kan redusere kvaliteten på medisinske vurderinger, samt at kortere og hyppigere konsultasjoner kan bidra til at behandlingen i større grad retter seg mot symptomer heller enn det underliggende helseproblemet. Dette kan videre føre til økt bruk av antibiotika, b-preparater og sykmeldinger. Fastlegene opplever også å ha lite eller ingen tid til å holde seg faglig oppdatert, samtidig som de opplever å ha lite tid til supervisjon av yngre leger. Fastlegene utdyper videre at redusert tilgjengelighet og økt ventetid for å få time kan føre til forsinket helsehjelp (utredning, diagnostikk og behandling). Dette kan føre til at pasientene blir sykere før de får helsehjelp, noe som kan være kritisk for pasienter med for eksempel uoppdaget hjertesykdom, kreft, diabetes eller akutte infeksjoner. Enkelte fastleger trekker frem at lang ventetid også er problematisk fordi flere oppsøker legevakt, og at dette er særlig problematisk for personer med omfattende behov der økt bruk av legevakt kan gi enten over- eller underbehandling og flere sykehusinnleggelses. Samtidig reduseres kapasiteten for akutte tilstander. Fastlegene trekker også frem at forsinket helsehjelp kan skyldes at pasienten selv utsetter å oppsøke lege av ulike grunner, som for eksempel dårlig relasjon med fastlegen uten mulighet til å bytte, belastende erfaringer med stadig nye vikarer, eller en følelse av å være til bry fordi fastlegen fremstår presset på tid.

At høyt arbeidspress påvirker kvaliteten på tjenesten, kommer også frem i intervjuundersøkelsen, der fastlegene oppgir at de har lite tid til kontinuerlig kvalitetsarbeid. En fastlege påpekte at de ansatte på legekantoret forsøker å opprettholde de standardene som kreves, men at det i liten grad er tid til å drive med videreutvikling eller å tilegne seg ny kunnskap. I tillegg trekker fastlegene frem at kvalitetsarbeid krever at alle på legekantoret deltar, noe som er utfordrende å få til når de andre fastlegene på legekantoret er presset på tid.

Grad av kvalitet i allmennlegetjenesten påvirker alle pasienter, men særlig pasienter med store og sammensatte behov, og tiltak 10 i handlingsplanen er å bedre kvaliteten på legetjenester til brukere med omfattende behov. Fastlegene i intervjuundersøkelsen trakk frem at det er særlig pasientgrupper med psykiske lidelser eller problemer knyttet til rus som har behov for god tilgjengelighet. Disse pasientene kan ha utfordringer knyttet til det å ha struktur i hverdagen og planlegge et legebesøk, og har derfor et særskilt behov for god tilgjengelighet ved akutt behov for å oppsøke en fastlege. Videre trekker enkelte fastleger frem at også småbarnsforeldre kan ha behov for god tilgjengelighet og at fastlegen svarer raskt på spørsmål om helsetilstanden til barna deres. Fastlegene påpekte videre at disse pasientgruppene også har behov for kontinuitet i pasient-lege-forholdet, og å kunne gå til en fastlege de kjenner godt og har tillit til. De nevner at andre grupper som har særskilt behov for kontinuitet, er pasienter med kroniske og sammensatte sykdommer, med behov for rutinemessige kontroller og kontinuerlig oppfølging av fastlegen.

I intervjuundersøkelsen blant fastleger spurte vi hvordan brukere med omfattende behov blir ivaretatt av kommunen i dag. Flere fastleger pekte på at hjemmesykepleien følger opp hjemmeboende brukere med omfattende behov, særlig eldre personer med sammensatte lidelser, men at fastlegen følger opp med jevnlig kontroll. Enkelte fastleger opplever at unge voksne med sammensatte lidelser ikke får tilstrekkelig tilbud om oppfølging fra kommunene, og at kommunen har høy terskel for å tilby en koordinator og en individuell plan til pasienter med sammensatte lidelser som har behov for dette. Flere fastleger opplever det som krevende å gi tilstrekkelig helsehjelp til personer med rusproblemer eller psykiske lidelser, ettersom kommunen har for lite ressurser til å ivareta disse pasientene. Fastlegene opplever at kommunen har lang ventetid for psykisk helsehjelp samtidig som det også er manglende kapasitet hos andre tjenestetilbydere og i spesialisthelsetjenesten. I de kommunene der fastlegene opplever at brukere med omfattende behov er særlig godt ivaretatt, vises det ofte til at kommunen er mindre folkerik, og at tjenestetilbudet er oversiktlig. En fastlege trakk for eksempel fram at kommunen har samlet alle tjenestene inn under ett tak, slik at det er tett samhandling mellom kommunale tjenester som fastlegen, NAV, helsestasjon, psykiatrisk, barnevern, fysioterapi og tannlege.

Enkelte fastleger opplever at det er utfordrende å gi tilstrekkelig med helsehjelp til pasientgrupper som har såkalte «diffuse plager» som slitenhet, utmattelse eller kronisk hodepine. Flere fastleger påpeker også innvandrere som ikke er norsktalende som en utfordrende pasientgruppe å gi tilstrekkelig med helsehjelp til. Utfordringene er knyttet til at det ofte kreves tolk, som er vanskelig å få tak i, og at det er utfordrende for legen å vite hvilken helsekunnskap pasienten har om egen kropp og sykdom. Det kan også være utfordringer knyttet til kulturforskjeller og manglende tillit til offentlig helsevesen.

## 6. Spesialistutdanning i allmenntmedisin

*Siden handlingsplanen ble lansert, har antall tilsatte i LIS1-stillinger, antall tilskudd til ALIS-avtaler og bevilgede midler til ALIS-kontor økt, noe som tyder på en styrking av spesialistutdanningen i allmenntmedisin. Likevel falt antall fastleger som er spesialister i allmenntmedisin i 2022, for første gang siden innføring av fastlegeordningen i 2001. Nedgangen ser ikke ut til å skyldes at færre fullførte spesialiseringen i løpet av året, men at antallet etablerte fastleger som fullførte spesialiseringen sin i allmenntmedisin i løpet av året var lavere enn tidligere, noe som kan skyldes at flere spesialister jobber som vikar eller har andre allmenntlegestillinger i kommunen. Antall tilsatte i LIS1-stillinger har økt fra 924 i 2019 til 1 110 i 2022. Økt antall LIS1-stillinger trekkes frem som viktig for rekruttering, og fastleger opplever LIS1 som en god arena for rekruttering, samtidig som de er verdifull arbeidskraft ved kontoret.*

*I 2022 opprettet Helsedirektoratet en ny nasjonal tilskuddsordning for ALIS-avtaler og veiledning av ALIS. Antall tilskudd til ALIS-avtaler har økt betydelig, fra 140 avtaler i 2019 til 1355 avtaler i 2022, med innføring av ny tilskuddsordning Nasjonal ALIS og veiledning som erstatter tidligere ordninger. Tilskudd til ALIS-avtaler for fastleger i næringsdrift var på 10 millioner kroner i 2019. I 2022 var samlet tilskudd til ALIS-avtaler på 241,9 millioner kroner, og den nye ALIS-ordningen oppleves som et betydelig løft for allmenntlegetjenesten som bidrar til økt rekruttering. Imidlertid etterlyses klarere og enklere rammer for ordningen, særlig knyttet til dekning av kommunenes merkostnader ved inngåelse av ALIS-avtaler. Bevilgede midler til ALIS-kontorene har økt fra 10 millioner kroner i 2020 til 40 millioner kroner i 2022 og 2023. ALIS-kontorene er i stor grad godt etablert og bistår kommuner og ALIS særlig med utforming av avtaler og søknader om tilskudd og utdanning av veiledere til LIS1 og ALIS. Tilnærmet alle kommuner i Norge er nå registrert som utdanningsvirksomheter.*

### 6.1 Antall spesialister i allmenntmedisin

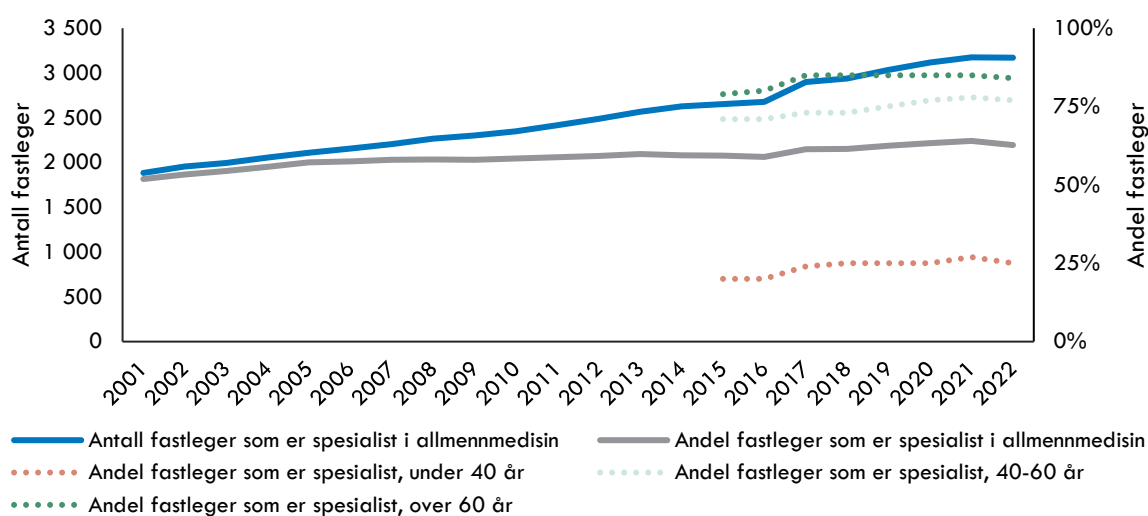
Det har vært en målsetning å øke antall fastleger som er spesialister i allmenntmedisin, og med ny kompetanseforskrift for leger i kommunal helsetjeneste i 2017 ble det obligatorisk å være enten spesialist i allmenntmedisin eller under spesialisering for å jobbe som fastlege i Norge.

#### Utvikling i antall fastleger som er spesialister i allmenntmedisin

Ved innføringen av fastlegeordningen var i overkant av halvparten av fastlegene spesialister i allmenntmedisin. Siden har andelen økt over tid og i dag ligger andelen på 63 prosent. I 2022 falt for første gang antall fastleger som er spesialist i allmenntmedisin (Figur ). Til tross for at det totalt sett ble 95 flere fastleger fra 2021 til 2022 falt antall fastleger som er spesialister i allmenntmedisin med 9.

Andelen fastleger med spesialistutdanning er økende med alder, og andelen for de ulike aldersgruppene har økt noe i perioden 2015 til 2022 (Figur 6-1).

**Figur 6-1: Antall og andel fastleger som er spesialist i allmenmedisin**

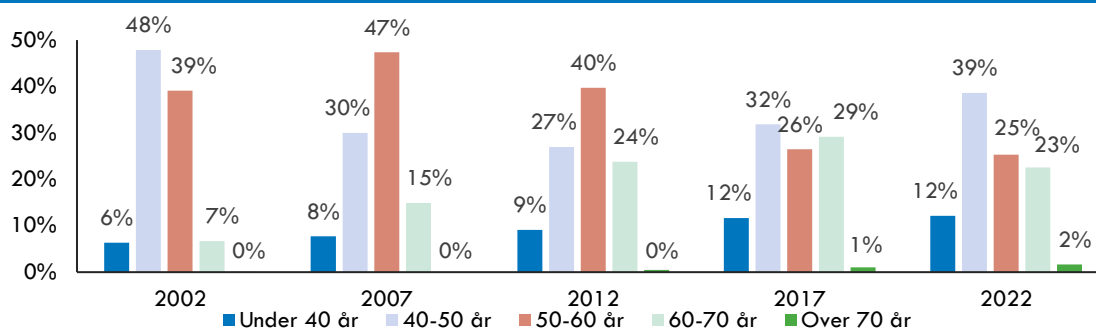


Kilde: FLO, (Helsedirektoratet, 2023). Analyse: Oslo Economics.

### Kjennetegn ved spesialister i allmenmedisin og fastleger som er under spesialisering

I 2002 var over 80 prosent av spesialistene i allmenmedisin mellom 40-60 år gamle. Endret alderssammensetning blant fastlegene har gjort at både andelen yngre og eldre spesialister har økt over tid. Siden innføringen av ny kompetanseforskrift i 2017 har særlig andelen spesialister som er mellom 40 og 50 år gamle økt (Figur 6-2).

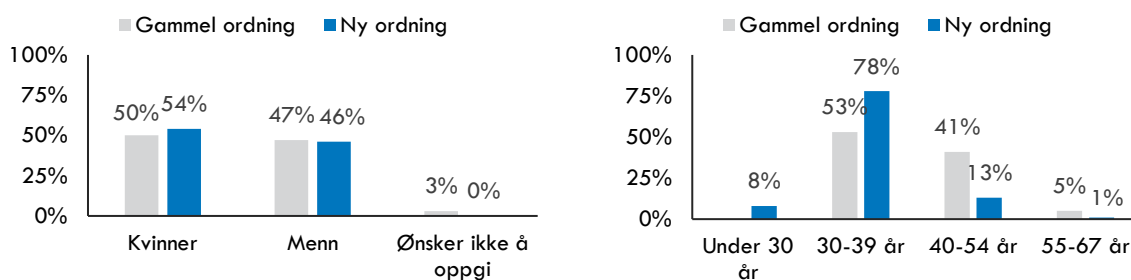
**Figur 6-2: Utviklingen i aldersfordelingen blant fastleger som er spesialist i allmenmedisin for utvalgte år**



Kilde: FLO

Blant fastlegene i vår spørreundersøkelse oppgir 28 prosent å være under spesialisering. Det er et flertall av kvinner som er under spesialisering, både etter ny og gammel ordning. Videre er det flest under spesialisering i aldersgruppen 30-39 år. Fastlegene under spesialisering etter ny ordning er noe yngre enn de under gammel ordning, med noen fastleger som oppgir å være under 30 år, samtidig som det er flere i aldersgruppen 30-39 år og færre i de øvrige aldersgruppene (Figur 6-3). De fleste fastlegene i spørreundersøkelsen som er under spesialisering, forventer å være ferdig spesialist i løpet av de neste tre årene. 27 prosent forventer å være ferdig i løpet av 2023, 26 prosent i 2024 og 22 prosent i 2025. Det er færre som forventer å være ferdig i årene etter 2025, og kun 1 respondent forventer å ikke være ferdig spesialist før etter 2028.

**Figur 6-3: Alders- og kjønnsfordeling blant fastleger under spesialistutdanning i allmenntidrett, etter ny og gammel ordning**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger i desember 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. N(ny ordning) = 297, N(gammel ordning) = 111.

### Endringer i antall spesialister i allmenntidrett

Endringer i antall fastleger som er spesialister i allmenntidrett fra år til år påvirkes av:

- antall nye fastleger det aktuelle året som er spesialist
- antall etablerte fastleger som blir spesialist i løpet av året
- antall etablerte fastleger som mister spesialiseringen/rett til spesialisttakst sin i løpet av året<sup>11</sup>
- antall spesialister som slutter som fastlege i løpet av året

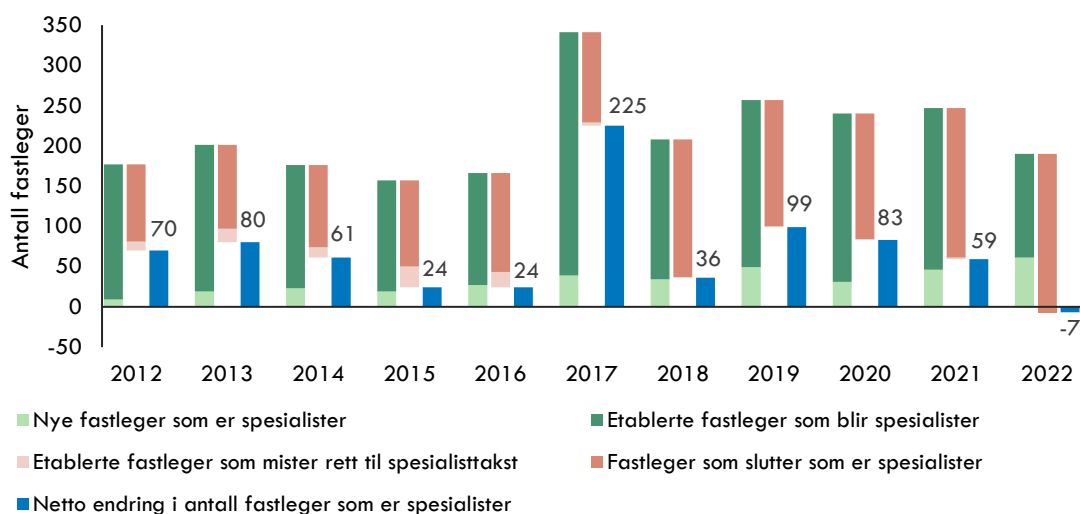
Når det gjelder tilvekst av spesialister i allmenntidrett har antall nye fastleger hvert år som er spesialister steget gradvis over de siste ti årene og nådde en topp i 2022 med 61 nye fastleger som var spesialister. I samme periode har det årlig som regel vært mellom 150-200 etablerte fastleger som har blitt spesialist i allmenntidrett, med en topp på 302 i 2017, som trolig kan tilskrives krav om å ha spesialistgodkjenning eller å være under spesialistutdanning i allmenntidrett. Siden 2017 har om lag 200 etablerte fastleger blitt spesialister per år, før det falt til 129 fastleger i 2022. At færre etablerte fastleger ble spesialist i løpet av 2022 enn tidligere år kan ha sammenheng med innføring av ny kompetanseforskrift i 2017. Ettersom forskriften gjorde det obligatorisk å være spesialist eller under spesialisering i allmenntidrett for å være fastlege, var det antagelig en stor gruppe med etablerte fastleger som ikke var spesialister som startet spesialistutdanningen i 2017. I 2022 begynner antagelig en stor andel av denne gruppen leger å være ferdig med spesialiseringen, og dette kan ha ført til at antall nye spesialister blant etablerte fastleger falt.

Når det gjelder frafall av spesialister i allmenntidrett var det i perioden 2012-2017 var det om lag 20 fastleger i året som mistet spesialistgodkjenningen som følge av manglende resertifisering. Etter resertifisering i 2017 ble erstattet av krav til etterutdanning for å kunne kreve spesialisttakst har det imidlertid kun vært 1-2 fastleger årlig som har manglet fornyelse av retten til å kreve spesialisttakst. Antall spesialister som slutter som fastlege per år har økt gradvis fra 96 i 2012 til 197 fastleger i 2022 (Figur 6-4). Nedgangen i antall fastleger i Norge som er spesialist i allmenntidrett i 2022 skyldes ikke at flere spesialister enn tidligere sluttet som fastlege, men at antallet etablerte fastleger som ble spesialist i allmenntidrett i løpet av året, var lavere enn tidligere.

<sup>11</sup> Fra 2016 ble krav til resertifisering og fornyelse av godkjenningen i allmenntidrett erstattet av krav om etterutdanning for å kunne benytte tilleggstakst knyttet til spesialisttittelen.



**Figur 6-4: Endring i antall fastleger som er spesialister i allmenntidrett, fordelt etter ulike grupper**

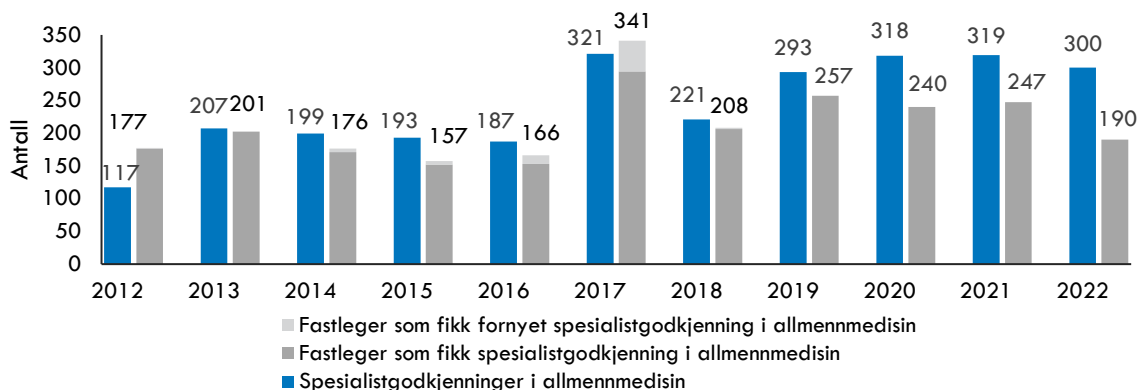


Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics. \* Med nye fastleger som er spesialister menes personer som ikke var registrert som hjemmelhaver på en fastlegeliste året før. Personer som har vært fastleger tidligere år teller som nye så lenge de ikke var fastlege foregående år.

Antall fullførte spesialistutdanninger i allmenntidrett per år følger i stor grad samme mønster som antall fastleger som hvert år blir spesialister i allmenntidrett (Figur 6-5). I perioden 2014-2019 ble det fullført mellom 10-40 flere spesialistutdanninger i allmenntidrett enn det var fastleger som ble spesialister i allmenntidrett. I 2020 og 2021 økte dette gapet til hhv. 78 og 72 nye spesialister i allmenntidrett som ikke var fastlege. I 2022 økte gapet ytterligere, og av 300 nye spesialister i allmenntidrett var 110 av dem ikke fastleger. Årsaken til at antall spesialistutdanninger er større enn antall fastleger er fordi man kan fullføre spesialisering i allmenntidrett uten å ha egen fastlegeliste. Dette kan være spesialister som velger å jobbe blant annet som fastlegevikarer, legevaksleger eller sykehjemsleger. Det er dermed en økende andel av legene som spesialisere seg som ikke jobber som fastlege.

At en lavere andel av de som fullfører spesialisering i allmenntidrett er fastleger henger antagelig sammen med innføring av ny kompetanseforskrift for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten i 2017. Med denne forskriften ble det stilt spesialistkrav til alle leger i kommunale stillinger, som for eksempel legevaksleger, sykehjemsleger osv. Utviklingen henger antagelig sammen med at en stadig større andel av allmenntidretts konsultasjoner gis av allmenntidrettsleger som ikke er fastleger, altså fastlegevikarer og LIS1-leger (Figur 3-4).

**Figur 6-5: Antall spesialistgodkjenninger i allmenntidrett per år 2012-2022**



Kilde: Data fra Helsedirektoratet og FLO. Illustrasjon: Oslo Economics

## 6.2 Fastlegers erfaringer med veiledning og supervisjon av LIS1 og ALIS

Leger som ønsker å bli spesialist i allmenntidrett må gjennomføre praksis. Spesialistforskriften fastsetter at den praktiske delen av spesialistutdanningen til allmenntidrettsleger skal gjennomføres under individuell veiledning og supervisjon av kvalifiserte leger eller annet kompetent personell, i tillegg til deltakelse i veiledningsgruppe over

to år (Spesialistforskriften, 2016). Individuell veiledning innebærer planlagte og regelmessige samtaler mellom veileder og LIS1 eller ALIS. I samtalen inngår refleksjon, rådgivning, og oppfølging av faglig progresjon i vurderingen av legen i spesialisering (LIS). Supervisjon innebærer at en mer erfaren lege eller annet kompetent personell bistår, gir råd og vurderer LIS i konkrete arbeidssituasjoner (Helsedirektoratet, 2020b). Veiledning og supervisjon er derfor viktig for LIS1 og ALIS.<sup>12</sup>

I 2022 ble Nasjonal ALIS og veiledning innført, se kapittel 6.4. Tilskuddsordningen skal blant annet dekke kommunenes kostnader knyttet til veiledning av ALIS. Det er variasjon i hvor mye kommunene kompenserer for veiledning utover den fastsatte satsen i ordningen. ALIS-kontorene har utarbeidet et forslag til hvordan avtaler om veiledning av LIS skal utformes. Malen til ALIS-kontorene anbefaler at veiledning av LIS1 gjennomføres med minst 6 individuelle veiledningssamtaler i løpet av perioden LIS1-legen har praksis i kommunen (seks måneder). I tillegg anbefales det at det gjennomføres en oppstartsamtale, midtveissamtale og sluttsamtale. Veiledningen av LIS1 anbefales avlønnet med 3 timer per uke etter kommunens satser, og inkludere praksiskompensasjon ved fravær fra praksis beregnet ut fra stillingens størrelse etter særavtalen SFS 2305 (Den norske legeförening, u.d.a). ALIS har forskriftsfestet krav om minimum 4 timer veiledning i årets 10,5 måneder, som også er forskriftsfestet i Spesialistforskriftens (2016) §2, tredje ledd. Veileder skal kompenseres for inntil 1,5 timer i forarbeid og etterarbeid i kommunens 10,5 måneder etter kommunens satser, i tillegg til tid til veiledning (ALIS-kontorene, 2022).

Til forskjell fra veiledning, så er det ikke blitt satt et konkret krav til omfang av supervisjon som den enkelte legen i spesialisering skal motta. Det følger av forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning §25 at det er utdanningsvirksomhetens ansvar at det legges til rette for at legene skal få nødvendig supervisjon (Spesialistforskriften, 2016). For næringsdrivende leger som blir supervisører, så har det heller ikke kommet på plass en standardisert avtale for å honorere supervisjon av leger under spesialisering. For leger som er kommunalt ansatt, så vil supervisjon inngå som en del av arbeidet i den kommunale stillingen (Lundevall, Aschim, & Høvik, 2023).

Veiledning og supervisjon er viktige aktiviteter for å sikre et spesialisingsløp i allmenntidisin av god kvalitet. Samtidig tar dette tid fra etablerte fastleger som allerede opplever høy arbeidsbelastning. I intervjuundersøkelsen har vi spurt fastlegene om deres erfaringer med veiledning og supervisjon, og hvordan det er å ha leger under opplæring på kontoret.

### 6.2.1 Veiledning og supervisjon av LIS1

Fastlegene oppgir i intervjuene at det er svært positivt å ha LIS1 på fastlegekontoret. For det første avlaster LIS1-fastlegene for oppgaver. Noen oppgir at selv om veiledning medfører noe tapt inntekt ettersom tiden kunne blitt brukt på pasientkonsultasjoner, så kompenseres fastlegen ved at LIS1 avlaster noe av arbeidsmengden på kontoret. Videre bidrar LIS1 med nye impulser sosialt, og fastlegene lærer selv av å ha LIS1 på legekantoret. I tillegg ser fastlegene at det er en god rekrutteringsarena, ettersom det gir legekantorene mulighet til å vise unge leger de positive sidene ved å jobbe som fastlege.

Når det gjelder økonomisk kompensasjon for veiledning og supervisjon oppgir de fleste at den er for lav, men at ekstra kompensasjon gjennom kommunen gjør at den er tilstrekkelig. Kommunene har ulike modeller for kompensasjon av veiledning. I våre intervjuer med fastleger nevnes eksempelvis at man har en kommunal bistilling som skal dekke veiledning av LIS1. En fastlege informerer også at veiledning og supervisjon inngår i deres 8.2-avtale. Det varierer dermed på tvers av legekantorene hvordan veilederne blir kompensert, og om og hvordan supervisjon blir kompensert. Enkelte fastleger trekker frem at det er uheldig at det blir kommunal variasjon i form av kompensasjon for veiledning, og mener det burde vært nasjonale føringer for dette.

### 6.2.2 Veiledning og supervisjon av ALIS

Enkelte fastleger informerer at honoreringen av veiledning av ALIS oppleves som mer striglet etter at Nasjonal ALIS og veiledning ble innført, hvorav en fast andel av tilskuddet anbefales å gå til veilederen. Blant fastlegene som er veiledere for ALIS, er det derimot noen som uttrykker misnøye med kompensasjonen. Det trekkes frem at arbeidet med å være veileder er tidkrevende, og at dette medfører at fastlegene har mindre tid til pasientkonsultasjoner. Samtidig informeres det at kompensasjonen de mottar for veiledning, ikke dekker tapet av inntekter ved færre konsultasjoner, og at det dermed går utover egen inntjening. De fastlegene som opplever kompensasjonen som tilstrekkelig, oppgir at de har forhandlet frem egne avtaler med kommunen om ekstra

<sup>12</sup> "LIS1" står for Lege i spesialisering del 1 og tilsvarer den stillingen som tidligere ble kalt turnuslege. ALIS står for Allmenntidisin i spesialisering.

kompensasjon. Flere oppgir å kompenseres med ALIS-midler, noe som skaper noe misnøye blant flere som mener tilskuddet burde vært forbeholdt ALIS; denne utfordringen utdypes videre i kapittel 6.4.2.

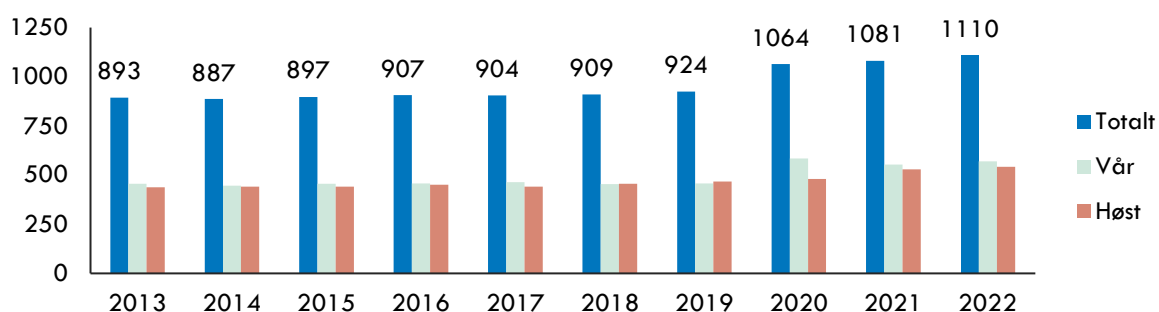
En fastlege trekker også frem at det er tidkrevende å være supervisor for ALIS, og at dette ikke er kompensert i vedkommende sin kommune. Noen fastleger oppgir at de har tatt grep for å ha tid til supervisjon, som redusert listelengde eller endret timebok. Dette for å rydde plass til løpende spørsmål som kommer underveis i arbeids-hverdagen. Én fastlege informerer også at legekantoret har forhandlet frem en god avtale med kommunen vedrørende timeshonoraret for veiledning av ALIS, og at selv om supervisjon ikke godtgjøres i kommunen, så gir forsterket honorar av veiledning noe kompensasjon for tiden som blir brukt på supervisjon.

## 6.3 LIS1-stillinger

### 6.3.1 Antall tilsatte i LIS1-stillinger

Tiltak 9 i handlingsplanen innebærer å tilrettelegge for et hensiktsmessig antall LIS1-stillinger. Opprinnelig ble det fra Helsedirektoratet satt et mål om 1 150 LIS1-stillinger per år (Helsedirektoratet, 2022o). Antallet stillinger økte i 2020-2022 fra 1 064 til 1 110 (Figur 6-6). I forslag til statsbudsjett for 2023 er det imidlertid foreslått å ikke opprette de siste 31 stillingene som skulle hatt oppstart i 2023 for å nå målet om 1 150 stillingene.

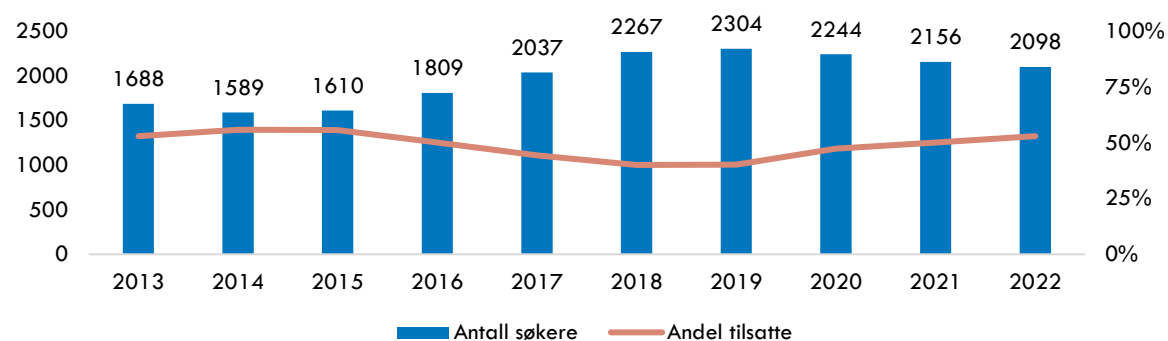
Figur 6-6: Antall tilsatte i LIS1-stillinger 2013-2021



Kilde: (Helsedirektoratet, 2022i). Illustrasjon: Oslo Economics.

Sammenlignet med tidligere år har andelen tilsatte søkere økt fra 47 prosent i 2020 til 53 prosent i 2022 (Figur 6-7). Samtidig som at det har blitt opprettet flere nye LIS1-stillinger, har antallet søkere gått ned.

Figur 6-7: Antall søkere til LIS1-stillinger og andel tilsatte 2013-2022



Kilde: (Helsedirektoratet, 2022i). Illustrasjon: Oslo Economics.

### 6.3.2 Flere LIS1-stillinger og betydningen for rekruttering

I intervjuundersøkelsene oppgir fastlegene at de er positive til tiltaket med å øke antall LIS1-stillinger. De peker på at flere LIS1-stillinger kan bidra positivt til rekruttering på flere måter. Flere opplever at de som er LIS1 hos dem velger å fortsette som fastlege på kontoret etter ferdig turnus, særlig hvis de lykkes med å rekruttere leger med lokal tilknytning. I tillegg bidrar LIS1 ved fastlegekontorene med å avlaste fastlegene, noe som muliggjør lengre lister. Det at en del LIS1 sier opp kort tid før oppstart av sin kommunetjeneste er en utfordring for kommunene som trekkes frem i det nedsatte Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten sin rapport. Kommunen rekker ikke å finne en annen LIS1 som har fullført sykehusdelen av spesialiseringen før

oppstart ( Ekspertutvalget, 2023). Plassen blir stående tom, og kommunen mister verdifull arbeidskraft og muligheten til å kanskje rekruttere legen på lengre sikt. Derfor anbefaler Ekspertutvalget en ordning (merking ved ansettelse) slik at en LIS1 som sier opp, ikke kan begynne i en stilling i en annen kommune i tilsetningsperioden (seks måneder). Tilsvarende ordning er allerede innført for sykehusdelen.

Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten anbefaler i sin rapport å øke antallet LIS1-stillinger for å styrke rekruttering til allmennlegetjenesten (Ekspertutvalget, 2023). Utvalget trekker frem at det er mange leger som i dag jobber som fastlegevikar eller på sykehjem uten fullført LIS1, og at disse heller bør få en plass for veiledet praksis. Det trekkes frem at en situasjon der det er en opphopning av leger som har fullført LIS1 og søker seg til videre spesialisering (LIS2 / LIS3) fremfor leger som venter på LIS1 kan være fordelaktig. Flere søkere til LIS2 og LIS3 kan gjøre at flere velger de retningene som i dag anses som mindre attraktive og mangler leger, som allmennmedisin. Videre foreslår utvalget at både sykehus og kommuner skal kunne opprette LIS1-stillinger på eget initiativ, at kommunedelen og sykehusdelen i løpet ikke er koblet sammen og at det kan lyses ut stillinger utenom de faste fristene. På denne måten blir ordningen mer fleksibel og det kan enkelt opprettes stillinger der det er behov og mulighet.

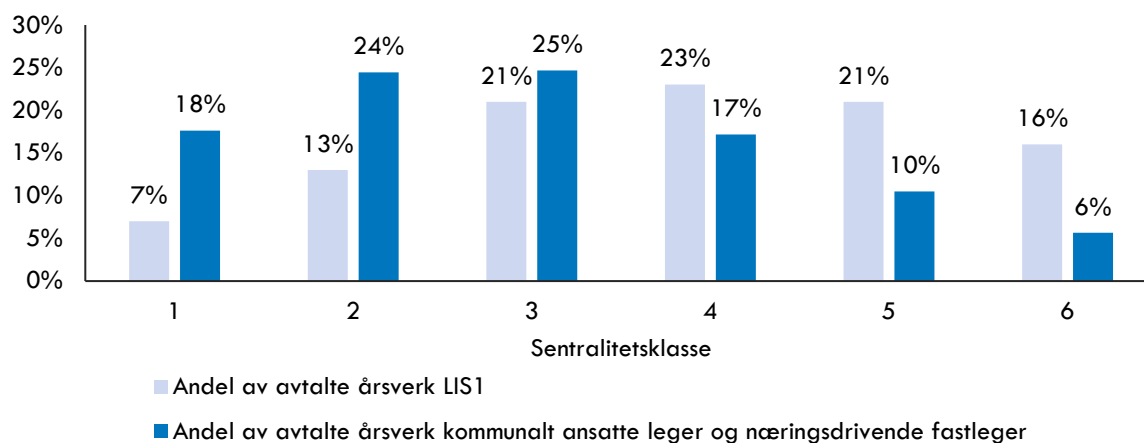
### Rekruttering til distriktene gjennom LIS1

Det er viktig å sikre tilstrekkelig rekruttering av fastleger til distriktene. Det er flere forhold som påvirker rekruttering til distriktene. Oppvekst, praksis under utdanning, spesialistutdanning og første jobb etter utdanning i distrikt er faktorer som gjerne øker sjansen for å ønske å bli værende i distrikt. Det kan argumenteres for å sørge for et tilstrekkelig antall LIS1-plasser i distriktene. Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten (Ekspertutvalget, 2022) peker på at det også internasjonalt brukes fem tiltak knyttet til grunnutdanning for å øke rekruttering til distrikt; prioritert opptak av studenter fra distrikter, desentraliserte utdanningsløp, praksisnær læring i distrikt, bindingstid i distrikt etter utdanning og en studieplan som gir distriktsrelevant læringsutbytte (Abelsen, Fosse, Gaski, & Grimstad, 2022). Samtidig kan muligheten til å opprette LIS1-stillinger i mindre kommuner begrenses av tilgangen på veiledere, særlig i små kommuner.

I ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenestens endelige rapport anbefaler de å utrede muligheten til å endre ansettelsesprosessen av LIS1. I dag ansettes man gjennom et sykehus, og gjennomfører kommunehelsetjenesten i kommune sykehuset er tilknyttet. Hvis man snur prosessen, slik at heller kommunen ansetter en lege, som får rett til tjeneste i et av sykehusene kommunen samarbeider med, kan kommunen velge kandidater som i større grad er motivert eller en tilhørighet som taler for en jobb videre i kommunen.

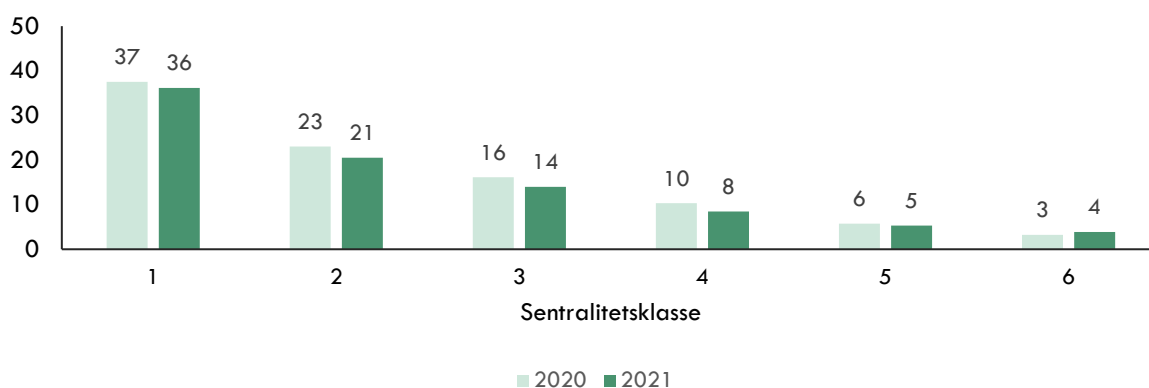
LIS1-årsverk fordeler seg ulikt mellom kommuner av ulik sentralitetsklasse. Mindre sentrale kommuner (sentralitetsklasse 4, 5 og 6) har til sammen 60 prosent av alle LIS1-årsverkene. Til sammenligning har disse kommunene 33 prosent av landets årsverk med kommunalt ansatte leger og næringsdrivende fastleger (Figur 6-8). Samtidig er det i gjennomsnitt færre årsverk med kommunalt ansatte leger og næringsdrivende fastleger per LIS1-årsverk i de mindre sentrale kommunene (Figur 6-9).

**Figur 6-8: Fordeling av avtalte legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter sentralitetsindeks og driftsform (2021)**



Kilde: SSB, tabell 11996: Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester og SSB sentralitetsindeks

**Figur 6-9: Gjennomsnittlig antall avtalte årsverk kommunalt ansatte leger og næringsdrivende fastleger per avtalte LIS1-årsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter sentralitetsindeks (2020 og 2021)**



Kilde: SSB, tabell 11996: Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester og SSB sentralitetsindeks

## 6.4 ALIS-avtaler

ALIS-avtaler har tidligere vært avtaler mellom kommuner med rekrutteringsutfordringer og leger i spesialisering i allmenmedisin om særskilte tiltak som bidrar til økt trygghet under spesialistutdanningen, gjennom bedre tilrettelegging og oppfølging i spesialisingsløpet utover det legen har krav på som følge av dagens avtale- og regelverk. Innholdet kan for eksempel være en avtale om mer veiledning enn kravet i forskriften tilsier, gjennomføring av læringsaktiviteter, nettverkssamlinger for leger i spesialisering, inntektsgaranti og/eller kompensasjon for kortere lister i en periode. De siste årene har Helsedirektoratet hatt ulike innretninger av tilskudd til ALIS-avtaler som kommuner kan søke på.

I 2022 ble en nasjonal ALIS-avtaleordning innført, som tilbys uavhengig av om kommunen har rekrutteringsutfordringer eller ikke, med mål om få flere leger til å starte opp med og fullføre spesialisering i allmenmedisin. Avtalene inneholder et sett med standardelementer, og skal dekke kommuners merkostnader ved inngåelse av ALIS-avtaler, i tillegg til utgifter til forskriftsfestet veiledning for leger under spesialisering uten ALIS-avtale. Kommuner i sentralitetsklasse 6 kan tilby tilleggselementer. Total tilskuddsramme for 2022 var 224,6 millioner kroner, og målgruppen er fastleger, fastlegevikarer, introduksjonsleger og leger i andre allmenmedisinske stillinger i kommunen under spesialisering.<sup>13</sup>

### 6.4.1 Utvikling i antall ALIS-avtaler

Tiltak 3 i handlingsplanen innebærer å øke bruken av ALIS-avtaler. Tall fra Helsedirektoratet viser at antall ALIS-avtaler i dag er betydelig høyere i forhold til antall ALIS-avtaler i tidligere år. I 2019 var det totalt 140 ALIS-avtaler, hvorav 73 var for fastleger med næringsdrift og 67 til fastleger ansatt i kommunen (Helsedirektoratet, 2021b; Helsedirektoratet, 2022p). I 2020 omfattet ikke tilskuddsordningen fastleger ansatt i kommunen, og det var totalt 71 avtaler.<sup>14</sup> Antall ALIS-avtaler økte til 564 avtaler i 2021. Hvis vi også inkluderer prosjektene ALIS-Vest og ALIS-Nord, var antallet ALIS-avtaler på henholdsvis 190 avtaler i 2019 og 127 avtaler i 2020. Med innføring av tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning i 2022 var det en videre økning og Helsedirektoratet utbetale tilskudd til 1 338 fastleger med ALIS-avtaler i 2022 (Helsedirektoratet, 2023).

Tilskudd til ALIS-avtaler for fastleger i næringsdrift økte fra 10 millioner kroner i 2019 til 87,7 millioner kroner i 2021 (Helsedirektoratet, 2022q). I 2021 kom også ordningen med tilskudd til ALIS-avtaler for fastleger ansatt i kommuner, med totalt 41,7 millioner kroner i tilskudd. Samlet tilskuddsbeløp til ALIS-avtaler summerte seg derfor til 129,5 millioner kroner i 2021, eksklusive pilotprosjektene ALIS Vest og ALIS Nord (Helsedirektoratet, 2021b; Helsedirektoratet, 2022p). For 2022 ble det totalt bevilget 241,9 millioner kroner. Helsedirektoratet mottok 350 søknader, og alle kommuner som søkte har fått innvilget tilskudd, gitt at søknadene oppfylte kravene i

<sup>13</sup> Informasjonen er hentet fra Helsedirektoratets nettsider 12.03.2023: <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/nasjonal-alis-og-veiledning>

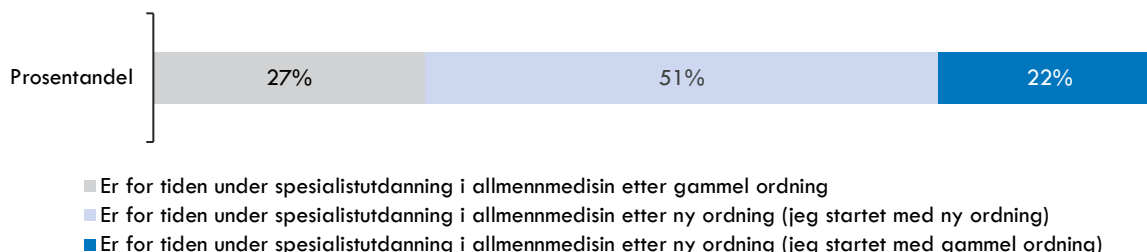
<sup>14</sup> Tallene for 2019 inkluderer rekrutteringstilskuddet. I 2020 omfattet tilskuddsordningen ikke ALIS ansatt i kommunen. Tallet inkluderer avtaler med kortere og lengre varighet, full og redusert stilling og ulike kategorier av leger, og det er noe usikkerhet knyttet til tallet.

regelverket og ikke hadde mangler og feil. I 2023 er det satt av 431 millioner kroner til ALIS-tilskudd i statsbudsjettet (Helsedirektoratet, 2023).

#### 6.4.2 Erfaringer med ALIS-ordningen

I spørreundersøkelsen oppgir flertallet (73 prosent) av ALIS-ene å være under spesialisering etter ny ordning, (Figur 6-10), og de fleste begynte også i ny ordning.

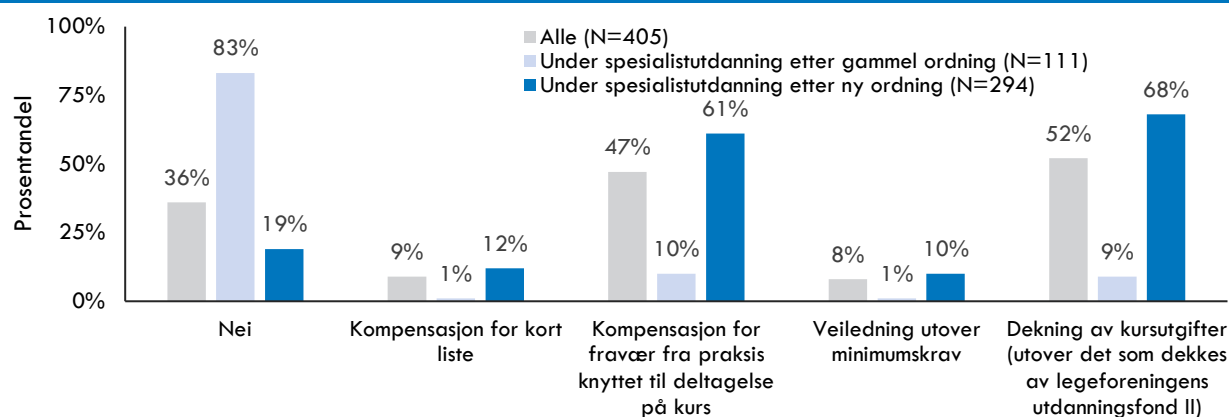
**Figur 6-10: Er du spesialist i allmenntidning?**



**Kilde:** Spørreundersøkelse til fastleger desember 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. I figuren inngår kun fastleger som oppgir å være under spesialisering (N=408). Fastleger som har oppgitt å være spesialist etter ny ordning (N= 43) eller etter gammel ordning (N=969), samt de som ikke er spesialist eller under spesialisering (N=24), inngår derfor ikke i utvalget i figuren.

Over en tredjedel (36 prosent) av fastlegene under spesialisering oppgir at de ikke mottar noen form for særskilt støtte til å gjennomføre spesialistutdanningen (Figur 6-11). For fastleger under spesialisering etter ny ordning er det flere som mottar støtte til utdanningen (83 prosent) enn blant fastleger som er under spesialisering etter gammel ordning (19 prosent). Dette skyldes trolig at det kun er mulig å søke om ALIS-tilskudd knyttet til spesialisering etter ny ordning. Den vanligste formen for særskilt støtte under utdanning er dekning av kursutgifter, etterfulgt av kompensasjon for fravær fra praksis knyttet til deltagelse på kurs. Det var også mulig å oppgi «Annet», og blant dem som oppgir dette alternativet nevnes ALIS-tilskudd som det vanligste.

**Figur 6-11: Mottar du noen form for særskilt støtte for å gjennomføre spesialistutdanningen? Spørsmål stilt til fastleger under spesialisering. Mulighet for å svare flere alternativer.**



**Kilde:** Spørreundersøkelse til fastleger november 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

I intervjuundersøkelsen kommer det frem at fastlegene stort sett er positive til ordningen. Særlig er kompensasjon for fravær fra praksis på grunn av kursdeltagelse viktig. De fastlegene som selv er ALIS opplever å få tilstrekkelig og omfattende veiledning og supervisjon. For noen oppleves det nesten som for mye veiledning. Tilgjengelighet til veileder og jevnlig oppfølging er viktig for trygghet.

Det trekkes frem at en god og dekkende tilskuddsordning er et svært viktig rekrutteringstiltak for å få leger til å velge allmenntidning, og den nasjonale tilskuddsordningen løftes frem som et svært viktig og vellykket tiltak. Sykehusleger under spesialisering trenger ikke å selv betale for kursdeltagelser eller ta fri uten lønn for å delta, slik at ved å innføre tilskudd for spesialisering i allmenntidning fjerner man noe som kan ha vært et hinder for å gå inn i allmenntidning.

Det er imidlertid noen svakheter ved ordningen som trekkes frem i intervjuer med fastlegene og ALIS-kontorene. Det er frustrasjon rundt manglende rammer for tilskudd til ALIS, noe som skaper variasjoner både mellom ALIS i ulike kommuner og ALIS i samme kommune. Noen ønsker seg en mer helhetlig nasjonal ordning, slik at hver enkelt kommune ikke trenger å administrere avtalene og innholdet selv. Representanter fra ALIS-kontorene oppgir at de har sett en økning i antallet ALIS som tar kontakt med kontoret på eget initiativ for informasjon om rettigheter under spesialiseringssløpet, og det i flere tilfeller er en konflikt mellom kommunen og ALIS.

Informanter fra ALIS-kontorene oppgir at det er positivt at det i ordningen er åpnet for at kommunene kan beholde en del av tilskudd, ettersom kommunene bruker mye tid på administrasjon. Det er imidlertid en utfordring knyttet til et åpent handlingsrom for kommunen og en manglende definisjon på hvor stort beløpet kommunen kan beholde, noe som også er en kilde til variasjon mellom ALIS. Informanter oppgir at det i stor grad er forståelse blant leger for at kommunen beholder noe av tilskuddet, men variasjonen møtes med misnøye. Flere fastleger vi har intervjuet, oppgir derimot at det er en oppfatning om at ALIS-tilskuddet i sin helhet bør gå til ALIS.

Representanter fra ALIS-kontor oppgir at den nye tilskuddsordningen på mange måter forenkler prosessen for kommunene, men at det er få leger som følger et standardisert spesialiseringssløp hvor de kun har en driftsform bestående av ren næringsdrift eller fast ansettelse. Representantene for ALIS-kontorene opplyser at den nasjonale tilskuddsordningen fungerer veldig godt når ALIS følger et standardisert spesialiseringssløp hvor de er selvstendig næringsdrivende uten noen ytterligere kompensasjon fra kommunen. Derimot oppstår det utfordringer når ALIS eksempelvis er selvstendig næringsdrivende med 8.2-avtale, når de er fast ansatt i kommunen, eller hvis fastlegen har en «annerledesavtale» som nordsjøordningen. Omfanget av ulike avtaletyper stort. For mer informasjon om dette se delkapittel 7.2. Slike kompensasjonsavtaler påvirker ALIS-søknaden ettersom de ikke har rett på like mye praktisk kompensasjon som fastleger som er selvstendig næringsdrivende uten kommunal avtale. Dette medfører økte henvendelser til ALIS-kontorene knyttet til hvordan utforme ALIS-avtalen når legen har en driftsform som ikke er ren næringsdrivende eller fast ansettelse i kommunen.

Etter tilbakemeldinger fra kommuner og leger er tilskuddsordningen noe videreutviklet i 2023 (Helsedirektoratet, 2023). For å få likere praksis i alle kommuner er det fastsatt en veiledende sats for praksiskompensasjon. I tillegg er satsen for veiledning økt, og kommunene får midler for å dekke eget arbeid med å legge til rette for utdanningsløp. Vikarer (ikke vikarer tilknyttet vikarbyrå) kan nå få tilskudd, gitt at vikariatet er over tre måneder.

## 6.5 ALIS-kontor

I 2020 ble det opprettet fem regionale ALIS-kontor som ligger i Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Ringsaker, og høsten 2022 ble ALIS-kontoret i Oslo startet (ALIS-kontorene, u.d.a). ALIS-kontorene har som overordnet oppgave å gi råd og bistå kommunene i planlegging, etablering og oppfølging av spesialistutdanningen for allmennleger, og bistå kommunene ved inngåelse av ALIS-avtaler (ALIS-kontorene, u.d.a). Dette er ment til å skape gode og strukturerte utdanningsløp for ALIS, som skal bidra til rekruttering og tilrettelegging i spesialistutdanningen, og skal skape trygghet for legen som deltar i spesialiseringssløpet.

Fra og med 2022 fikk ALIS-kontorene utvidet mandat. Utvidelsen innebærer at de seks ALIS-kontorene også vil få ansvar for spesialistområdet samfunnsmedisin, og få ansvar om å veilede om ny spesialistforskrift og utdanning av spesialister i samfunnsmedisin (ALIS-kontorene, u.d.). I tillegg har mandatet til ALIS-kontorene blitt utvidet til å omfatte flere oppgaver knyttet til den første delen av spesialistløpet i allmennmedisin, herunder arrangement av veilederkurs for LIS1 og å ha oversikt over tilgjengelig veilederkapasitet for LIS1. ALIS-kontorene har også fått i oppgave å bistå kommunene med å organisere nettverkssamlinger, følge opp og evaluere kvaliteten i spesialistutdanningen i allmennmedisin og samfunnsmedisin, være en kanal for innspill til endringer i læringsmål og læringsaktiviteter, og å bidra til å spre informasjon gjennom sitt arbeid om tiltak og ordninger for rekruttering.

### 6.5.1 Utvikling i bevilgede midler til ALIS-kontor

Tiltak 4 i handlingsplanen innebærer å styrke ALIS-kontorene. Bevilgede midler til ALIS-kontorer har økt fra 10 millioner kroner i 2020 til 40 millioner kroner i 2022. Bevilgningen på 40 millioner kroner ble forlenget ut 2023. Med økte midler er hensikten at ALIS-kontorene kan lyse ut flere stillinger og øke aktiviteten og bistanden til kommunene. Aktiviteten ved ALIS-kontorene er dermed noe uforutsigbar fordi de hvert år er avhengig av bevilgning over statsbudsjettet.

**Tabell 6-1: Bevilgede midler til ALIS-kontorer**

	2020	2021	2022	2023
Beløp i 1 000 kr	10 000	20 000	40 000	40 000

Kilde: Helse- og omsorgsdepartementet (2019) Prop. 1S (2019-2020), Helse- og omsorgsdepartementet (2021) Prop. 1S (2021-2022), Prop 1S (2022-2023).

ALIS-kontorene opplyser om at i de har brukt den første tiden på å etablere infrastrukturen for ALIS-kontorene og ansatte kompetanse til kontorene. Inntrykket fra intervjuene er at flere av ALIS-kontorene har fått til å rekruttere tilstrekkelig med ansatte til å drifte kontorene. Unntaket er to ALIS-kontor: ALIS Oslo som fremdeles er i etableringsfasen, og ALIS Øst som først i begynnelsen av 2023 har fått ansatt nok ressurser etter at mandatet ble endret og kontoret fikk det koordinerende ansvaret for samfunnsmedisin (ALIS Øst, 2023).

### 6.5.2 Aktivitet og bistand til kommuner

Det første året med drift av ALIS-kontorene ble i stor grad brukt til å bistå, veilede og følge opp kommuner og deres søknad om å bli registrert som utdanningsvirksomhet, og i evalueringsrapport I trakk representanter fra ALIS-kontorene frem at det ble brukt mye tid på å få kommuner registrert som utdanningsvirksomhet.

I intervjuene i forbindelse med evalueringsrapport II opplyser representanter for ALIS-kontorene at mange kommuner er nå blitt registrert som utdanningsvirksomheter (Tabell 6-2). Samtidig er det fortsatt enkelte kommuner som ikke har blitt registrert som en utdanningsvirksomhet, og som ALIS-kontorene ikke har greid å komme i kontakt med. I intervjuene trekkes det frem at mulige årsaker kan være at kommunen ikke har noen allmenlegespesialister eller at det ikke er aktuelt å ha spesialisering i allmenmedisin i kommunen. ALIS-Nord trekker også frem at de har mange små kommuner som gjør at enkelte kommuner blir registrert som utdanningsvirksomhet ved at de samarbeider med en annen kommune om veiledning om ALIS. Likevel vil det være hensiktsmessig at alle kommuner er registrert, da situasjonen i kommunen relativt raskt kan endre seg.

**Tabell 6-2: Oversikt over antall registrerte utdanningsvirksomheter for allmenmedisin, per 31.12.22**

	ALIS Sør	ALIS Midt	ALIS Vest	ALIS Nord	ALIS Øst
Antall registrerte utdanningsvirksomheter	57	54	50	67	68
Antall kommuner som har søknad til behandling	0	5	9	11	10
Antall kommuner som ikke har søkt	3	5	7	3	7

Kilde: ALIS Sør (2023), ALIS Midt (2023), ALIS Vest (2023), ALIS Nord (2023). Tabellen viser antall registrerte utdanningsvirksomheter for allmenmedisin per 31.12.22. Vi har ikke mottatt årsrapporten fra ALIS Øst, og kontoret er derfor ikke inkludert i oversikten.

Det siste året har henvendelsene i større grad vært knyttet til Nasjonal ALIS og veiledning, og hvordan kommunene skal utforme ALIS-avtaler. Kommunene har i stor grad hatt behov for bistand og rådgivning ved inngåelse av ALIS-avtaler og søknad om Nasjonal ALIS, hvorav over 80 prosent av kommunene besvarte at de rådførte seg med et av ALIS-kontorene (ALIS-kontorene, 2023). Rådgivning til kommuner vedrørende Nasjonal ALIS har dermed vært en viktig del av arbeidet til kontorene i 2022.

Alle kontorene forteller at det har vært en økning i henvendelser fra ALIS, som forhører seg om sine rettigheter og muligheter i en ALIS-ordning. ALIS-kontorene får spørsmål om tolkningen av læringsmål og læringsaktiviteter, og spørsmål knyttet til kompetanseportalen til ALIS. Mange henvendelser har også vært knyttet til hvordan man utformer ALIS-avtaler for andre typer driftsformer enn ren næringsdrift og fast ansettelse, som nevnt i kapittel 6.4.2.

Representantene for ALIS-kontorene opplyser om at det langsiktige målet for kontorene er at ALIS skal kunne henvende seg direkte til kommunen eller Helsedirektoratet og få svar på sine spørsmål, men trekker frem at det er enkelte kommuner som ikke har fått satt seg ordentlig inn i spesialistordningen.

Videre informerer representantene for ALIS-kontorene at de har startet opp og gjennomført en rekke kurs og aktiviteter for å bistå kommunene. Blant annet har de arrangert veilederkurs for LIS3 og LIS1. Veilederkurs for



LIS1 er en del av det nye mandatet deres. Veiledningskursene også blitt mer formalisert nå sammenlignet med tidligere, og kurset har blitt mer strukturert. Representantene opplyser om at de fremover blant annet vil arbeide med å sette opp flere veiledningskurs, ettersom det har vært stor pågang på kursene. I tillegg har det blitt arrangert kurs for helseledere i ulike kommuner, og enkelte ALIS-kontor har hatt møter med kommuneoverleger i kommuner for å drive med oppsøkende virksomhet i kommunene.

ALIS-kontorene har hatt et tett samarbeid og utviklet en nettside til bruk av kommuner og ALIS, og et intranett. Representanter fra samtlige kontorer har opplevd resultatet av dette samarbeidet som svært nyttig. Videre har samarbeidet ført til at de nå opplever at de har en sterkere stilling nasjonalt med en god intern struktur. Flere trekker frem at dette er en viktig del av arbeidet, da utdanningstilbudet skal være likt uavhengig av hvor i landet man bor. Derfor er det viktig at ALIS-kontorene er enige om hvilke råd de gir, noe som krever tett samarbeid mellom kontorene og med Helsedirektoratet.

### 6.5.3 Utfordringer og behov fremover

Basert på intervjuer med representanter fra ALIS-kontorer har vi oppsummert noen sentrale utfordringer og behovene fremover:

- **Uklarheter ved mandatet til ALIS-kontorene:** Representantene fra ALIS-kontorene opplyser at de fremdeles illegges tilleggsoppgaver som ligger utenfor mandatet, eller som kun grenser til mandatet. Det er et ønske om at mandatet til ALIS-kontorene skal tydeliggjøres.
- **Utvikle eget mandat for koordinerende ALIS-kontor:** Enkelte representanter trekker frem at det bør vurderes om kontoret som har det koordinerende ansvaret for alle ALIS-kontorene, skal ha et eget mandat. Årsaken til dette er at det koordinerende kontoret får en slags lederrolle og representerer de andre kontorene i ulike utvalg og i samtaler med Helsedirektoratet. Samtidig skal alle kontorene være autonome enheter ovenfor sin region. Et mandat bør klargjøre hvilke oppgaver og ansvar det koordinerende kontoret skal ha, og det bør løftes en diskusjon særlig rundt når kontorene skal være en enhet som representeres av det koordinerende kontoret og når kontorene er autonome.
- **Større fokus på arbeid rettet mot kommunene i regionen:** ALIS-kontorene har frem til nå i stor grad fokusert på å få på plass et godt samarbeid nasjonalt på tvers av de seks ALIS-kontorene noe som har medført at de ikke har fått mulighet til å arbeide så rettet mot alle kommunene i regionen, noe som egentlig er deres overordnede oppgave. Representantene opplyser dermed at det er behov for arbeid fremover som er mer lokalt fokusert. Blant annet nevner flere av representantene at de ønsker mer utadrettet arbeid som å reise ut til alle kommunene og ha mer oppsøkende arbeid, ettersom de ser at kommuner de har god kontakt med, i større grad benytter seg av rådgivningstjenestene deres. I tillegg er det en stadig utskiftning av roller i kommunene, noe som fører med seg et stadig behov for informasjonsarbeid knyttet til ALIS-avtaler.

## 7. Betalingsmodeller og økonomiske vilkår

*De fleste fastleger trekker frem økonomiske tiltak som det viktigste for å bedre situasjonen i fastlegeordningen. Økt basistilskudd, 8.2-avtaler, tilbakekjøpsgarantier og ALIS-tilskudd trekkes frem som viktige økonomiske tiltak. Våre undersøkelser tyder på at 70 prosent av fastlegene har ren næringsdrift, 12 prosent er næringsdrivende med 8.2-avtale og 18 prosent er fast ansatt i kommunen.*

*Andelen fast ansatte har økt over tid, fra 12 prosent i 2017, og særlig i kommuner med 10 000 – 50 000 innbyggere har fastlønsavtaler blitt mer vanlig. Blant fastlegene i vår spørreundersøkelse oppgir 83 prosent at de foretrekker næringsdrift (med eller uten 8.2-avtale), noe som er høyere enn i fjorårets evalueringsrapport. Andelen som foretrekker næringsdrift har økt både blant næringsdrivende og fast ansatte fastleger, samt blant unge fastleger og fastleger under spesialisering.*

*I 2022 ble basistilskuddet per innbygger holdt tilnærmet uendret (justert for inflasjon), men fra 1. mai 2023 blir basistilskuddet styrket med 480 millioner kroner i økt ramme (tilsvarende en helårsvirkning på 720 millioner kroner), kombinert med innføring av pasienttilpasset basistilskudd slik at størrelsen avhenger av kjennetegn ved pasienten og kommunen. Selv om pasientkjennetegn har størst vekt for basistilskuddet for den enkelte pasient, vil kommunekjennetegn gi utslag for alle pasienter på listen og dermed som regel ha størst effekt på samlet basisfinansiering. I vår spørreundersøkelse var imidlertid flertallet av fastlegene (83 prosent) negative til forslaget om risikojustert basistilskudd, slik det ble presentert i forslaget til statsbudsjett for 2023, og samtlige av fastlegene vi har intervjuet, oppga at de foretrekker basistilskudd med knekkpunkt. Det trekkes blant annet frem at det kan være negativt for yngre fastleger (med yngre liste) og dermed virke mindre rekrutterende. De siste årene har stadig flere kommuner innført egne økonomiske tiltak for å bedre situasjonen, og omfanget av slike tiltak og kommunenes merkostnader knyttet til tiltakene virker å ha økt videre i 2022. Blant annet har flere kommuner innført den såkalte Tromsø-modellen.*

### 7.1 Ulike driftsformer i fastlegeordningen

Det finnes ulike modeller for betaling av fastleger i Norge, hvor sammensetning av fast og aktivitetsbasert inntekt varierer. Avtaleverket i fastlegeordningen åpner for fire hovedkategorier av driftsmodeller: (1) næringsdrift uten 8.2-avtale, (2) næringsdrift med 8.2-avtale, (3) kommunalt ansatt med fast lønn, og (4) kommunalt ansatt med fast lønn og bonus. 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. Noen av legene med privat næringsdrift har avtaler med kommunene hvor kommunen dekker deler av kostnadene ved driften av legekantoret mot at de får deler av fastlegens inntekter og/eller tar ansvar for administrasjon og ansettelse av annet personell på legekantoret, såkalte 8.2-avtaler.<sup>15</sup> Andre fastleger er fast ansatt i kommunen. Da har kommunen ansvaret for driften av legekantoret og mottar inntektene fra legekantoret i form av refusjoner og egenandeler, samt at kommunen beholder basistilskuddet. Blant fastleger ansatt i kommunen, har noen fast inntekt som ikke avhenger av aktiviteten, mens andre har (aktivitetsbaserte) bonusordninger i tillegg.

#### 7.1.1 Omfang av ulike driftsformer

Ved utgangen av 2022 var det 5 056 fastleger i Norge.<sup>16</sup> Av disse var 906 kommunalt ansatt (18 prosent), mens 4 150 var næringsdrivende (82 prosent).<sup>17</sup> Legene håndterte til sammen 5 084 lister, i tillegg til at det var 310

<sup>15</sup> Punkt 8.2 i ASA 4310 Rammeavtale mellom KS og legeforeningen: Avtale om at kommunen stiller med kontor, utstyr, hjelpepersonell mv.

<sup>16</sup> Tallene inkluderer ikke leger registrert uten registrerte listepasienter på talletidspunktet.

<sup>17</sup> 8 leger jobbet i 2022 både på liste med kommunal ansettelse og liste med næringsdrift. Disse telles som kommunalt ansatt.

lister uten fast lege og 6 nyopprettede lister (med fastlege) uten noen pasienter på listen.<sup>18</sup> Med utgangspunkt i registerdata kombinert med funn fra spørreundersøkelsen til fastleger har vi estimert forekomsten av ulike driftsformer i kommuner av ulik størrelse.<sup>19</sup> Våre estimater tyder på at 70 prosent av fastlegene har ren næringsdrift, mens 12 prosent er næringsdrivende med 8.2-avtale. 18 prosent av fastlegene er kommunalt ansatt, hvorav vi estimerer at 10 prosentpoeng er med bonusavtale og 8 prosentpoeng er uten bonusavtale.

Fast ansettelse er betydelig mer utbredt i små kommuner enn i store kommuner. I kommuner med under 5 000 innbyggere er fast ansettelse det vanligste (60 prosent av fastlegene er fast ansatt). Over halvparten av alle fast ansatte fastleger i Norge jobber i kommuner med under 10 000 innbyggere. Andelen som er fast ansatt, faller med økende kommunistørrelse og i kommuner med over 100 000 innbyggere er det kun 5 prosent av fastlegene som er fast ansatt. 8.2-avtaler er også betydelig mer utbredt i små kommuner enn i større kommuner (Tabell 7-1). Funnene knyttet til utbredelse og variasjon i driftsform er i stor grad samsvarende med funnene i evalueringsrapport I.

- I kommuner med under 5 000 innbyggere er flertallet av fastlegene kommunalt ansatt, mens av de næringsdrivende fastlegene har det store flertallet 8.2-avtaler.
- I kommuner med mellom 5 000 og 10 000 innbyggere er omtrent en tredel av fastlegene næringsdrivende, en tredel er næringsdrivende med 8.2-avtaler, og en tredel er kommunalt ansatt.
- I kommuner med over 10 000 innbyggere er næringsdrift etter hovedmodellen mest utbredt.
- I kommuner over 50 000 innbyggere har over 90 prosent av fastlegene næringsdrift etter hovedmodellen.

I tillegg kommer ulike vikar- og innleieavtaler.

**Tabell 7-1: Estimert andel fastleger med ulik driftsform fordelt på kommunistørrelse, ved utgangen av 2022**

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	8 %	32 %	31 %	29 %	504
5 000 til 10 000 innbyggere	32 %	36 %	15 %	16 %	514
10 000 til 50 000 innbyggere	69 %	13 %	8 %	9 %	1 828
50 000 til 100 000 innbyggere	88 %	4 %	2 %	6 %	792
Over 100 000 innbyggere	95 %	1 %	2 %	2 %	1 446
<b>Totalt</b>	<b>3 540 (69,6 %)</b>	<b>634 (12,5 %)</b>	<b>424 (8,3 %)</b>	<b>486 (9,6 %)</b>	<b>5 084</b>

Kilde: FLO og spørreundersøkelse til fastleger, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo november 2022.

### Utforming av 8.2- og bonusavtaler

Det er variasjon i hvordan 8.2-avtaler utformes og hva de omfatter. Det finnes lite systematisk informasjon om omfanget av og innholdet i avtalene, men gjennom spørreundersøkelse til og intervjuer med fastleger har vi kartlagt noen variasjoner. Den vanligste typen avtale virker å være at kommunen beholder fastlegens basistilskudd mot at kommunen dekker legekontorets faste driftsutgifter knyttet til lokaler, hjelpepersonell og utstyr (ofte omtalt som nullavtale), i tillegg til å være arbeidsgiver for annet personell. Det finnes imidlertid en rekke ulike variasjoner, for eksempel at kommunen kun beholder deler av basistilskuddet, eller får en fast sum per listepasient per måned. Det virker å være stor variasjon i hvor gunstig avtalene er for legene og hvor store merkostnader de medfører for kommunene. Takstinntekter tilfaller stort sett legene, men der noen må gi fra seg hele basistilskuddet i tillegg til en fast «leie», får andre beholde deler av basistilskuddet (i tillegg til alle takstinntekter). Materialer dekkes stort sett av legen, hvis ikke betaler de tilbake takstinntekter for dette til

<sup>18</sup> Det finnes også 11 lister som verken har fastlege eller pasienter.

<sup>19</sup> Fra registerdata vet vi andelen av fastlegene som er kommunalt ansatt i kommuner av ulik størrelse. Innenfor næringsdrift og kommunal ansettelse benyttes deretter svar fra spørreundersøkelsen til å anslå andelen med hhv. 8.2-avtale og bonusavtale.

kommunen (10-takster). I tillegg oppgir noen ekstraelementer i avtalen som for eksempel praksiskompensasjon (for eksempel 60 prosent) ved sykefravær, omsorgsdager og et gitt antall utdanningsdager.

Bonusordningene for fast ansatte leger varierer også noe mellom kommuner. De fleste mottar en andel av egen inntjening (refusjon for takster og egenandeler), mens noen får mellomlegget mellom omsetning og kommunens faktiske totale kostnader. De fleste mottar mellom 20 og 30 prosent, men rapportert prosentsats varierer fra 10 til 40 prosent. Også blant kommunalt ansatte mottar noen ekstra goder som ekstra ferie og lønnet fravær for kurs og videreutdanning. Noen kompenseres også for tappt bonus (som følge av tappt inntjening) ved sykdom, permisjon eller veiledning. Det varierer hvorvidt fastlegene opparbeider seg pensjon for utbetalt bonus.

### 7.1.2 Kommunale tilpasninger for økt stabilitet og rekruttering

Flere kommuner har de senere årene sett seg nødt til å øke finansieringen av allmennlegetjenesten utover de nasjonale tilskuddene. Denne egenfinansieringen utover hovedmodellen kan knyttes til en rekke ulike løsninger kommunen innfører for å bedre rammebetingelser for fastlegene i kommunen, med mål om økt stabilitet og rekruttering. Kartlegginger utført på oppdrag for KS viser at kommunenes egenfinansiering av fastlegeordningen har økt de siste årene, og per 2021 viste kartleggingen at 81 prosent av kommunene har en form for finansiering utover hovedmodellen (Ipsos, SØA, 2022). Blant de minst sentrale og minst folkerike kommunene (under 3 000 innbyggere) har egenfinansiering vært utbredt i lengre tid, mens utviklingen har spredd seg til større og mer sentrale kommuner de siste årene. I 2021 var de vanligste formene for kommunal egenfinansiering fastlønnsavtaler (70 prosent), 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).

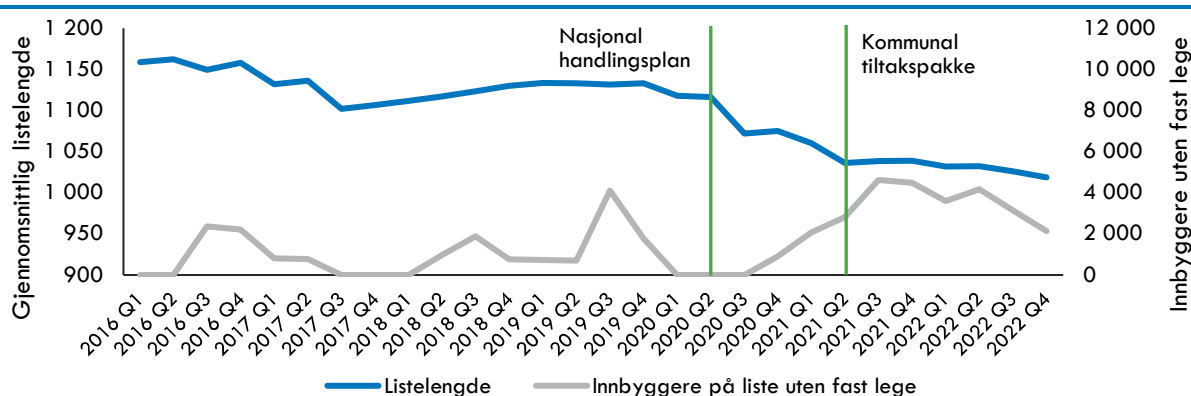
#### Tromsø-modellen

En av kommunene som har innført omfattende egenfinansiering, er Tromsø, og den såkalte «Tromsø-modellen» har vært til inspirasjon for flere andre kommuner. Tiltakspakken i Tromsø ble innført våren 2021, og innebærer følgende punkter (Figenschou & Midtbu, 2022a):

- 60 prosent økning i basistilskuddet, mot at listelengden reduseres med 20 prosent over de neste fire årene (med en nedre grense på 1 000 listeinnbyggere)
- Utdanningstilskudd, med garanti på 300 000 kroner per år i ALIS-tilskudd (per 2022 kunne 80 prosent av dette søkes om fra tilskuddsordningen til Helsedirektoratet)
- Kommunal sykeforsikring, med 60 prosent kompensasjon ved egen eller barns sykdom
- Etableringstilskudd på 150 000 kroner for 0-hjemmel, og 300 000 kroner for eksisterende hjemmel. I tillegg får fastlegene tilbud om kommunalt lån på halve overdragessummen.

Tromsø kommune gjennomførte en spørreundersøkelse før og etter lansering av tiltakspakken og fant at to av tre av fastlegene i kommunen etter innføringen hadde fått redusert sitt listetak, hvorav 86 prosent pekte på modellen som årsak (Figenschou & Midtbu, 2022a). Videre svarte nesten alle at innføring av modellen fører til at det å være fastlege i Tromsø anses som en trygg og attraktiv karrierevei og at den bidrar til å gi legetjenester av høy kvalitet til innbyggerne. Omtrent 80 prosent oppga at de nye tiltakene bidrar til at de anser det som sannsynlig at de vil fortsette som fastlege i Tromsø de neste fem årene. Til sammenligning oppga 20 prosent det samme i spørreundersøkelsen gjennomført før tiltakene ble vedtatt. Registerdata viser en nedadgående trend i gjennomsnittlig listelengde i kommunen fra tidspunktet for innføring av handlingsplan for allmennlegetjenesten, som fortsatte etter innføring av den kommunale tiltakspakken (Figur 7-1). Innbyggere på liste uten fast lege steg fra midten av 2020 og toppet seg på 4 600 ved slutten av tredje kvartal 2021 (et halvt år etter innføring av tiltakspakken), men har siden sunket og ligger på om lag 2 100 ved slutten av fjerde kvartal 2022.

Figur 7-1: Utvikling i gjennomsnittlig listelengde og antall innbyggere på liste uten fast lege i Tromsø



Kilde: FLO. Analyse og illustrasjon: Oslo Economics.

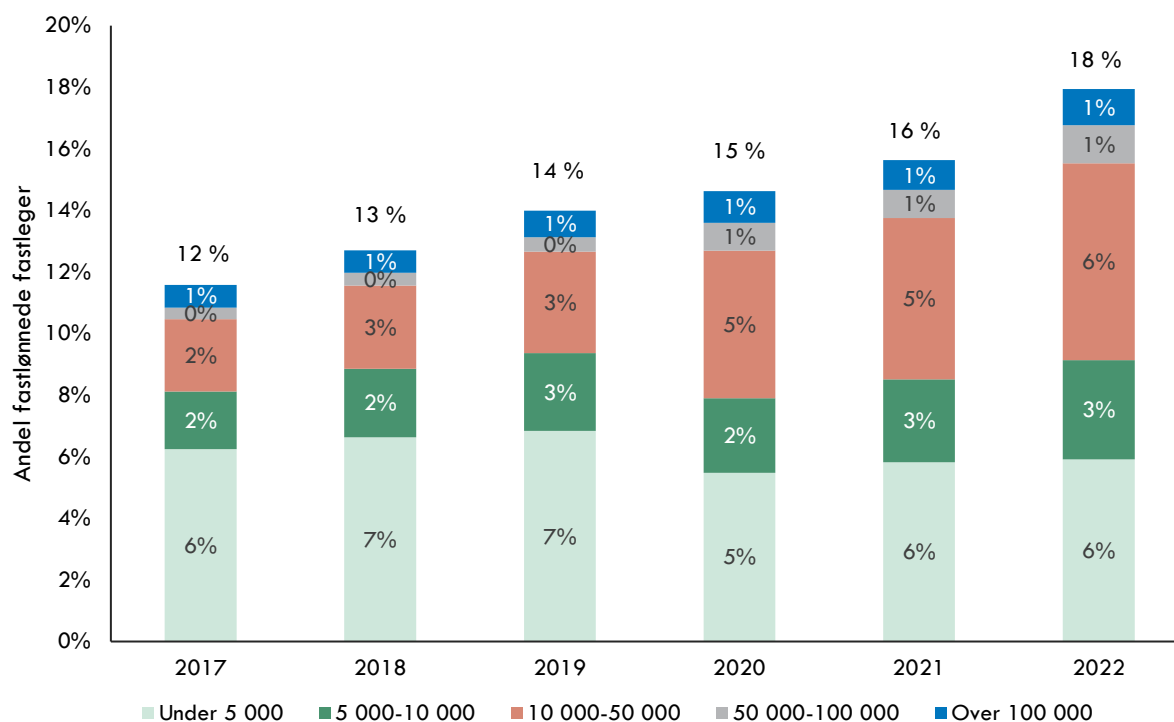
Larvik kommune vedtok tilsvarende økning i basistilskudd og etableringstilskudd som Tromsø i juni 2022. Kommunen hadde tidligere vedtatt kompensasjon ved fravær og dekning av kursutgifter, og disse ordningene ble også videreført (Larvik kommune, 2022). I Larvik opplevde de raskt en bedring i rekrutteringssituasjonen – kommunen fikk åtte kvalifiserte søkere til fire stillinger som ble lyst ut i etterkant av vedtaket (Wannebo, 2022).

Lillehammer kommune har også innført lignende tiltak som i Tromsø. Kommunen har innført økt basistilskudd (60 prosent) opp til 1 000 pasienter til leger i spesialisering og kommunal sykeforsikring tilsvarende som i Tromsø (Stokland, 2022a), men opplevde at risikoen knyttet til etablering som selvstendig næringsdrivende fortsatt virket å begrense rekrutteringen. Kommunen tilbyr derfor en fastlønnsavtale for to år under spesialisering før overgang til næringsdrift. I tillegg er noen stillinger omgjort til varig kommunal ansettelse. Av 33 fastleger i kommunen er 23 selvstendig næringsdrivende, seks fast ansatt ved kommunale legesenter og fire kommunalt ansatt med avtalt overgang til næringsdrift. I tillegg er en fastlege går fra fast ansettelse til næringsdrift eier kommunen hjemmelen, for å redusere fastlegens økonomiske risiko. Kommunen gikk fra å ha ni ledige hjemler de ikke fikk besatt ved starten av 2022, til full legedekning ved slutten av året (Stokland, 2022b). Andre kommuner som har innført lignende tiltak inkluderer for eksempel Levanger, Sola, Stjørdal, Narvik, Rana, Kristiansand, Harstad, Alta og Sør-Varanger (Figenschou, 2022).

### Fastlønnsavtaler

Fastlønnsavtaler er generelt et utbredt tiltak for å sikre rekruttering og stabilitet. Tall fra FLO viser at andelen fastlønnede fastleger totalt har økt fra 12 prosent ved utgangen av 2017 til 18 prosent ved utgangen av 2022 (Figur 7-2). Veksten i fastlønnsavtaler har i hovedsak funnet sted i kommuner med 10 000 – 50 000 innbyggere. Av 12 prosent fastlønnede i 2017 var 2 prosentpoeng fastleger i disse kommunene, mens av 18 prosent fastlønnede i 2022 var 6 prosentpoeng fastleger i disse kommunene.

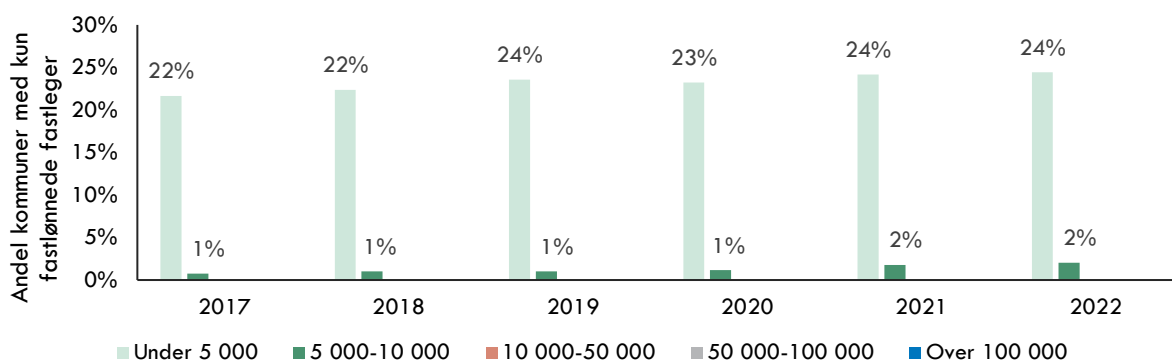
**Figur 7-2: Andel fastlønnede fastleger nasjonalt, fordelt etter innbyggertallet i kommunen legen har hjemmel, 2017-2022**



Kilde: FLO. Illustrasjon: Oslo Economics

Andelen kommuner med kun fastlønnede fastleger har også økt de siste seks årene. 24 prosent av kommuner med under 5 000 innbyggere har kun fastlønnede leger, i tillegg til 2 prosent av kommunene med 5 000 –10 000 innbyggere. Ingen kommuner med over 10 000 innbyggere har kun fastlønnede fastleger (Figur 7-3).

**Figur 7-3: Andel kommuner med kun fastlønnede fastleger, per kommunistørrelse, 2017-2022**



Kilde: FLO. Illustrasjon: Oslo Economics

### «Nordsjøturnus»

En annen modell som tas i bruk i økende grad, har fått navnet Nordsjøturnus. Kommunene som innfører dette, ansetter fastleger som jobber i for eksempel to uker, før de har fire uker fri. Det er særlig i kommuner i Nord-Norge at dette har blitt populært og hatt positive resultater på rekrutteringen. I noen kommuner, for eksempel Rana i Nordland, har de valgt å ansette egne legevaktleger med turnusordning. Rekruttering har tidligere vært krevende i kommunen, men de fikk 20 søkere på de tre legevaktstillingene. Målet er at fastlegestillingene blir mer attraktive når de får fritak fra legevakt (Nygård & Hestenes, 2023). Andre kommuner som har innført

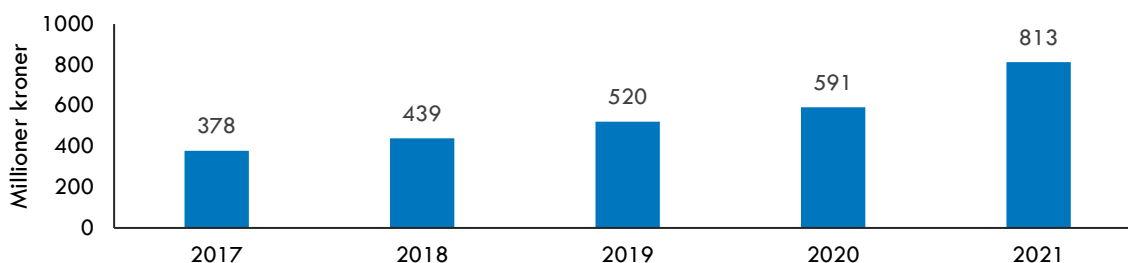
Nordsjøturnus er Lyngen, Berlevåg og Tinn. Det varierer om kommunene bruker Nordsjøturnus kun for fastlegevirksomheten, kun for legevakt eller for fastlegevirksomhet og andre allmennlegeoppgaver kombinert. Det trekkes frem mye positivt med ordningen; det gir økt rekruttering, stabilitet og kontinuitet for pasientene. Selv om pasientene møter forskjellige leger avhengig av hvilke uker legene har fri, er det de samme legene over tid, noe som gir bedre kontinuitet enn i alternativet med høy vikarbruk og hyppig utskiftning av leger (Thoresen Rønold, 2019). Samtidig trekkes det frem negative sider ved ordningen, som for høy arbeidsbelastning og for lite tid til pålagt hvile mellom vakter mens man er på jobb.

Videre krever spesialisering og etterutdanning i allmennmedisin uselektert kurativ allmennlegevirksomhet i 50 prosent stilling (Haugstad & Pascoe, 2022). Det har vært krevende for kommuner å tilpasse spesialiseringsløp for ALIS som jobber turnus. Under gammel ordning var det ikke mulig å spesialisere seg mens man jobbet turnus. I ny ordning åpnes det i imidlertid for dette. For å beregne praksistid er det kun de faktiske ukene man er i arbeid som teller som medgått tid. Sånn sett regnes turnusstillingen som en deltidsstilling i spesialisering, selv om det er en full stilling (Tømmerbakke, 2022). Helsedirektoratet opplyser at de skal, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, utarbeide forslag til nærmere innramming av beregning av tellende tjeneste, og særlig muligheten for at Nordsjøturnus telles som åpen, uselektert allmennpraksis. ALIS-kontorenes rolle i å rådggi kommunene ved beregning av utdanningstid inngår i oppdraget. Oppdraget skal leveres 15. mai 2023.

### 7.1.3 Kostnader forbundet med egenfinansiering av fastlegeordningen

I en serie med nasjonale spørreundersøkelser har Ipsos & SØA på oppdrag fra KS forsøkt å tallfeste kommunenes merkostnader knyttet til egenfinansiering av fastlegeordningen de siste årene. Disse undersøkelsene viser at den totale egenfinansieringen som gjøres av kommunene medfører en betydelig merkostnad (Figur 7-4). Kostnaden på 813 millioner kroner i 2021 utgjør 24 prosent<sup>20</sup> av kommunenes samlede kostnader til basistilskudd og utjamningstilskudd (3,4 milliarder kroner i 2021). I intervjuer gjennomført i forbindelse med fjorårets evaluering av handlingsplanen (Pedersen, et al., 2022) ble det pekt på at omfattende kommunale merkostnader taler for at den nasjonale ordningen bør styrkes, men at de betydelige kostnadsøkningene kommunene gjennomfører vil være utfordrende å gjennomføre som en nasjonal ordning på grunn av den store kostnaden det vil medføre. En fordel som trekkes frem med nasjonal ordning er at det kan senke de totale kostnadene; slik det er i dag «tvinges» kommunene til å tilby stadig bedre rammevilkår for å overby nabokommunen, fremfor at arbeid i tilsvarende kommuner lønnes likt uavhengig av kommunens økonomi og hva de velger å tilby.

**Figur 7-4: Estimerte merkostnader av egenfinansiering av fastlegeordningen for kommunesektoren, millioner kroner**



Kilde: (Ipsos, SØA, 2022) Merkostnadene er basert på rapporterte merkostnader og gjennomsnittskostnad oppgitt av representanter fra kommuner i en survey, noe som medfører noe usikkerhet i estimatene. Illustrasjon: Oslo Economics.

Anslagene fra samme spørreundersøkelse viser at merkostnader til fastlønn utgjør omtrent halvparten av kommunenes merkostnader (Ipsos, SØA, 2022). Merkostnader til fastlønn defineres som differansen mellom kommunens kostnader til lønn og drift av legekontor (inkludert sosiale kostnader) og tilbakeholdt basisfinansiering og andre inntekter fra refusjoner og egenandeler og er gjennomsnittlig omtrent 540 000 kroner per lege. Merkostnadene er knyttet til at næringsdrivende fastleger i snitt jobber flere timer med pasientrettet arbeid per kurative arbeidsdag og at de i gjennomsnitt har flere prosedyrer per konsultasjoner. Kortere arbeidstid og annen arbeidsform gjør at det er estimert et behov for mellom 1,3 og 1,6 kommunalt ansatte fastleger per næringsdrivende fastlege (Helsedirektoratet, 2022b).

Kostnader forbundet med «Tromsø-modellen» vil variere mellom kommuner. Tromsø kommune anslår selv at det vil koste om lag 25 millioner kroner per år (100 millioner kroner i den opprinnelige perioden på fire år). Tromsø

<sup>20</sup> Usikkerhet gjør at 95%-konfidensintervallet for estimatet går fra 19 prosent til 29 prosent.

kommune hadde ved innføring av den nye tiltakspakken (slutten av tredje kvartal 2021) 75 fastleger tilknyttet en liste og 6 hjemler uten tilknyttet fastlege, noe som tilsvarer at tiltakene kostet om lag 310 000 kroner i gjennomsnitt per fastlege (Figenschou & Midtbu, 2022b). I Larvik kommune er kostnaden for 2022 estimert til 8,9 millioner kroner og 15,3 millioner kroner i 2023; en gjennomsnittskostnad på 340 000 kroner per fastlege (Wannebo, 2022) (kommunen hadde ved utgangen av 2022 45 fastlegehjemler, der fem er ubesatt). I Lillehammer, der de har gått for en kombinasjon av økt basistilskudd, andre virkemidler og fastlønn, har kommunen vedtatt at det skal søkes om 15 millioner kroner per år til rekrutterings- og stabilitetstiltak i fastlegeordningen fra 2023 til og med 2026, noe som tilsvarer omtrent 450 000 kroner per fastlege (kommunen har 33 fastlegehjemler) (Stokland, 2022b). Tromsø-modellen innebærer at det kommunale tillegget i basistilskuddet blir redusert dersom det nasjonale basistilskuddet øker, slik at kommunenes merkostnader til modellen kan bli redusert fremover.

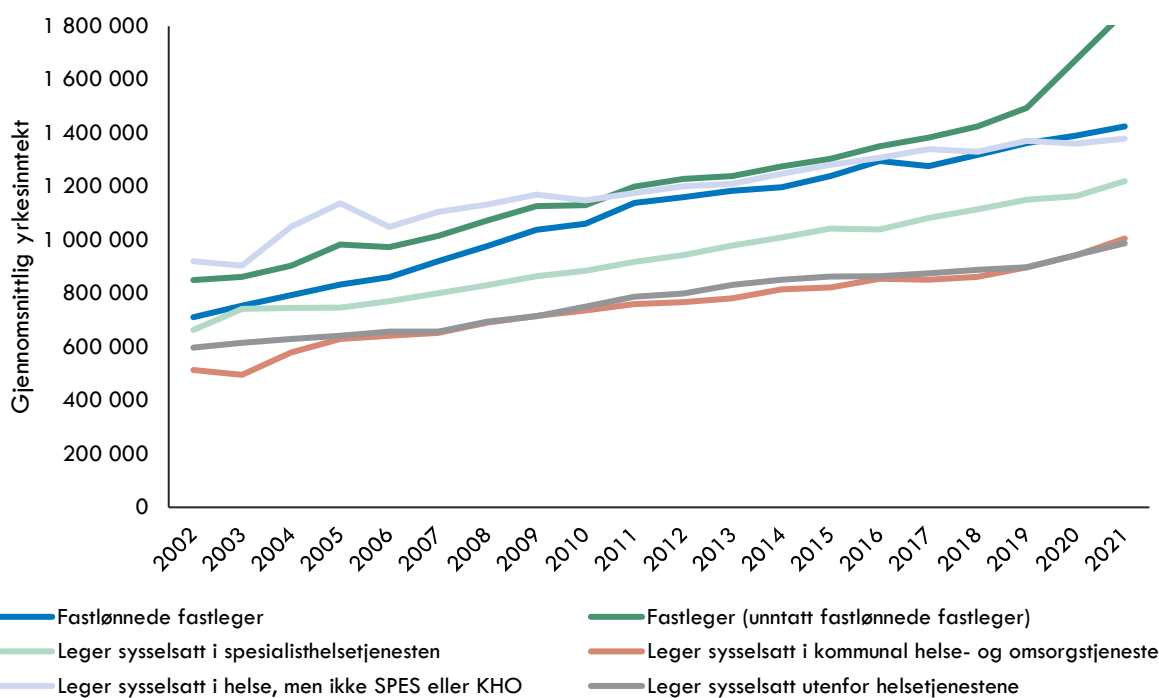
## 7.2 Utvikling i betaling av næringsdrivende fastleger

I det følgende ser vi nærmere på utviklingen i de ulike delene i betalingen av næringsdrivende fastleger, som utgjør 82 prosent av dagens fastleger. De resterende 18 prosent av fastlegene som er fast ansatt i kommunen, påvirkes ikke av endringer i basistilskudd og takster på samme måte som næringsdrivende fastleger.

### 7.2.1 Utvikling i legers inntekt

På oppdrag fra ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten har SSB i 2023 utarbeidet en analyse av legers inntekt over tid (Ekspertutvalget, 2023). Analysen skiller mellom seks ulike grupper med leger; fastleger med og uten fastlønn, leger i spesialisthelsetjenesten, leger i kommunal helse- og omsorgstjeneste, leger ellers sysselsatt i helse, men ikke i spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste og leger sysselsatt utenfor helsetjenesten. Ikke-fastlønnede leger har siden 2002 ligget øverst i inntektssjiktet, sammen med leger sysselsatt i helse, men utenfor spesialisthelsetjenesten og kommunal helse- og omsorgstjeneste (Figur 7-5). Frem til 2019 var de relative lønnsutviklingen ganske stabil for de ulike gruppene, men i 2020 og 2021 ser man en økning i fastlegers inntekt sammenlignet med øvrige grupper, sammenfallende med lansering av Handlingsplan for allmennlegetjenesten og økningen i basistilskudd i 2020 og 2021.

**Figur 7-5 Gjennomsnittlig yrkesinntekt (sum av lønnsinntekter og netto næringsinntekter) blant personer utdannet som leger, 2002-2021**



Kilde: SSB på oppdrag fra ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten (Ekspertutvalget, 2023). Illustrasjon: Oslo Economics.



### 7.2.2 Utvikling i basistilskudd

Fra 2015 til 2017 fulgte basistilskuddet per listeinnbygger inflasjonen før det økte med fem prosent (justert for inflasjon) i 2018. Med handlingsplanen ble basistilskuddet økt med tolv prosent (justert for inflasjon) i 2020, samtidig som det ble innført et knekkpunkt i basistilskuddet fra 1 001 listeinnbyggere, med en høyere sats under knekkpunktet enn over. Gjennomsnittlig basistilskudd økte med syv prosent i 2021, mens gjennomsnittlig basistilskudd i løpet av 2022 sank med i underkant av én prosent (justert for inflasjon) (Tabell 7-2). Økningen i basistilskudd innebar at en fastlege med 1 000 pasienter på listen som fikk 427 000 kroner i basistilskudd i 2015, fikk 675 000 kroner i basistilskudd i 2022 (som tilsvarer 550 000 i 2015-kr).

Tabell 7-2: Utviklingen i per capita-sats i perioden 2015-2022

Basistilskudd	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Inntil 1 000 listeinnbyggere	427	442	451	486	499	577	642	675
Fra og med 1 001 listeinnbyggere	427	442	451	486	499	499	526	544
Gjennomsnitt per listeinnbygger*	427	442	451	486	499	564	624	656
Inflasjonsjustert gjennomsnitt per listeinnbygger (2015-kr)	427	427	427	448	450	503	537	534
Sum basistilskudd ved 1 000 pasienter	427 000	442 000	451 000	486 000	499 000	577 000	642 000	675 000
Sum basistilskudd ved 1 200 pasienter	512 400	530 400	541 200	583 200	598 800	676 800	747 200	783 800

Note: \*Gjennomsnittlig per capita-sats er beregnet med utgangspunkt i informasjon fra om FLO om basistilskudd utbetalt i desember i henholdsvis 2020, 2021 og 2022.

### 7.2.3 Innføring av pasienttilpasset basistilskudd

Risikojustering innebærer at størrelsen på basistilskuddet for den enkelte listeinnbygger avhenger av forhold ved listeinnbyggerne som antas å reflektere behovet for oppfølging. I statsbudsjettet for 2023 ble det foreslått at dagens knekkpunkt i basistilskuddet (lavere basistilskudd over 1 000 listepasienter) erstattes med risikojustering av basistilskuddet, for bedre å understøtte betaling for arbeidsbelastning og bedre oppfølging av medisinsk ressurskrevende listeinnbyggere. 14. mars 2023 ble modellen for risikojustering, kalt pasienttilpasset basistilskudd, offentliggjort, med virkning fra 1. mai 2023.

#### Bakgrunn for risikojustering<sup>21</sup>

Begrepet risikojustering benyttes om egenskaper ved forsikringsavtaler og betalingsavtaler, og risikojustering på helseområdet handler om å utforme avtaler som tar hensyn til at sykdomsrisiko og tjenestebehov varierer. En persons framtidige behov for fastlegetjenester er usikkert, og det er derfor vanskelig å forutsi tjenestebehov og kostnader på forhånd. Siden fastleger har et listeansvar for egne listeinnbyggere, vil usikkerhet om pasienters tjenestebehov innebære usikkerhet om kostnader for fastlegen (i form av fastlegers arbeidsbelastning og ressursbruk). Selv om usikkerhet om enkeltpersoners framtidige sykdom er unngåelig, kan utformingen av betalingsavtaler i kombinasjon med tjenesteorganisering bidra til å redusere den usikkerheten som overføres til fastlegene. Dagens finansieringssystem for næringsdrivende fastleger, med betydelig innslag av aktivitetsbasert betaling er for eksempel med på å redusere usikkerhet rundt fastlegenes kompensasjon for arbeidsbelastningen knyttet til pasientene på listen.

Alder og kjønn har stor betydning for forventet bruk av fastlegetjenester i Norge. Det forventede behovet for fastlegetjenester er størst blant de eldste og større blant kvinner enn hos menn, og disse pasientene vil dermed kunne bidra til høyere arbeidsbelastning for fastlegene. For eksempel er behovet for fastlegetjenester omtrent dobbelt så stort for en mann i 80-årene som en mann i 20-årene, samtidig som det er omtrent 50 prosent høyere for kvinner i 20- og 30-årene enn blant jevnaldrende menn (se Figur E-1, Vedlegg E). Innen helseområdet er alder og kjønn de mest brukte variablene for beregning av risikojusterte per capita-satser (tilskudd per

<sup>21</sup> Se Vedlegg E for utfyllende diskusjon om risikojustering.

innbygger). Alder og kjønn er variabler som forklarer variasjon i behov for helsetjenester samtidig som det ikke er mulig for den som leverer helsetjenestene å påvirke variabelen. Det er generelt ikke ønskelig å inkludere variabler tjenesteleverandøren kan påvirke ettersom det å skape en sammenheng mellom variablene og inntekt kan føre til uønskede atferdsendringer.

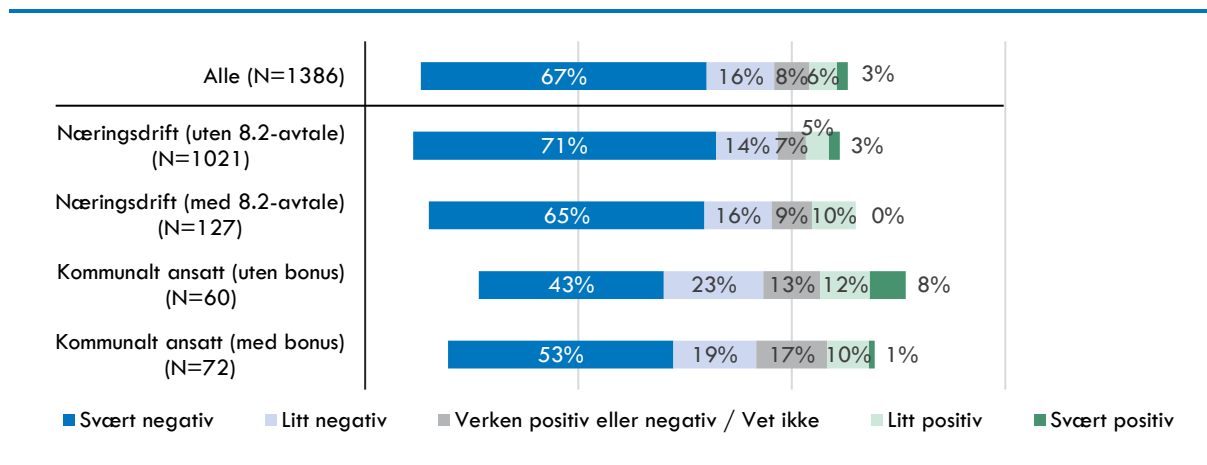
Dersom betalingen av fastleger i form av basistilskudd over tid øker mer enn betaling gjennom takster, vil det kunne føre at fastleger blir gradvis mer eksponert for usikkerhet om pasienters sykdom og tjenestebehov. For å kunne øke basistilskuddet på en måte som justerer for forskjeller i forventede tjenestebehov mellom fastlegelister, kan det være hensiktsmessig at basistilskuddet risikojusteres.

Ved siden av å bruke betalingsavtaler finnes en rekke andre tiltak i form av alternativ tjenesteorganisering som myndighetene kan anvende til å redusere usikkerhet for fastleger. Selve listesystemet i fastlegeordningen er ett eksempel på tjenesteorganisering som gir redusert usikkerhet ved å fjerne usikkerheten om hvilke personer legen har ansvar for, og ved å gi fastlegene anledning til å sette tak på antall listepersoner i praksisen og dermed mer kontroll på egen arbeidstid. Et annet eksempel på tjenesteorganisering som gir redusert usikkerhet for enkeltleger er bruk av «store talls lov», ved å tilrettelegge for større fastlegepraksiser med flere leger og pasienter.

### Fastlegers vurdering av forslaget om risikojustert basistilskudd i statsbudsjettet for 2023

Flertallet av fastleger (83 prosent) er negative til forslaget som ble fremmet i statsbudsjettet for 2023 om å erstatte knekkpunktet i basistilskuddet med et risikojustert basistilskudd, mens 9 prosent er positive til forslaget (Figur 7-6). Det er færre kommunalt ansatte enn selvstendig næringsdrivende fastleger som er negative til forslaget, men også blant disse er flertallet negative. På tidspunktet spørreundersøkelsen og intervjuene med fastleger ble gjennomført var det fremmet forslag om risikojustering av basistilskuddet, men modellen med pasienttilpasset basistilskudd var ikke presentert, slik at det var noe usikkert hvordan risikojusteringen ville ende opp med å se ut i praksis.<sup>22</sup>

**Figur 7-6: Alt i alt, hvor positiv eller negativ er du til å erstatte knekkpunktet med risikojustering av basistilskuddet?**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer desember 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

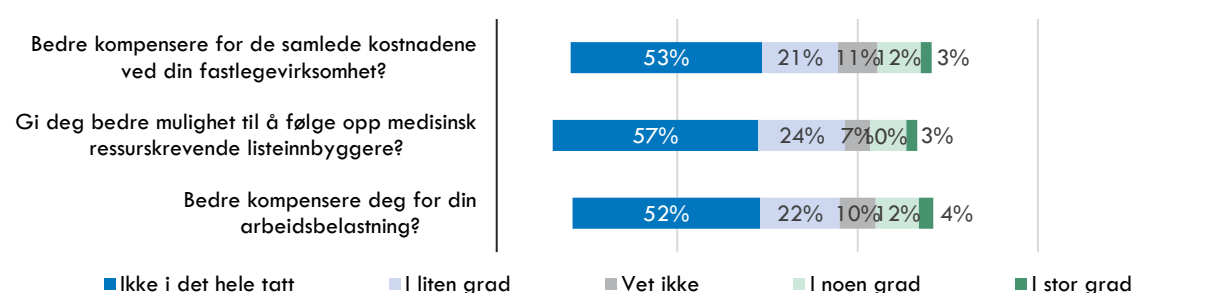
Funnene fra spørreundersøkelsen gjenspeiles også i intervjuene med fastleger. Samtlige av fastlegene vi har snakket med, er negative til forslaget om risikojustering og sier at de foretrekker knekkpunkt. I intervjuer utdyper fastlegene sine bekymringer knyttet til risikojustert basistilskudd. Flere trekker frem at det vil være utfordrende å utarbeide en risikojustering av basistilskuddet som vil oppleves rettferdig. Dette skyldes at livssituasjon og sykdomsbilde til den enkelte pasient endrer seg over tid, slik at det vil kunne variere om hver enkelt innbygger er krevende eller ikke å ha på listen sin. Det trekkes også frem at det ses på som negativt å skulle knytte økonomi til ulike pasientgrupper eller diagnosekoder, og at økt betydning av diagnosekoder generelt vil være negativt. Enkelte trekker også frem at risikojustering kan være negativt for yngre fastleger ettersom de ofte har yngre innbyggere på listen. Dette kan gjøre at økninger i basistilskuddet har mindre effekt på økonomien til yngre fastleger, slik at økninger i basistilskuddet kan virke mindre rekrutterende. I tillegg er enkelte bekymret for at

<sup>22</sup> Fastlegene ble i spørreundersøkelsen presentert følgende forklaringstekst om risikojustering: *Risikojustering innebærer at størrelsen på basistilskuddet for den enkelte listeinnbygger avhenger av forhold ved listeinnbyggerne som antas å reflektere behovet for oppfølging. I første omgang foreslås det at basistilskuddet skal avhenge av hver enkelt pasients alder, kjønn og helsestilstand.*

endringen i seg selv kan skape unødvendig misnøye blant fastlegene og at det vil føre til mer byråkrati i form av registrering/dokumentasjon.

I spørreundersøkelsen ble fastlegene også spurt om i hvilken grad risikojustering vil bidra til uttalte mål med endringen; bedre kompensasjon for samlede kostnader, bedre mulighet til å følge opp medisinsk krevende listeinnbyggere, og bedre kompensasjon for arbeidsbelastning. Over 70 prosent oppgir at endringen ikke i det hele tatt eller i liten grad vil bidra til nevnte forbedringer (Figur 7-7).

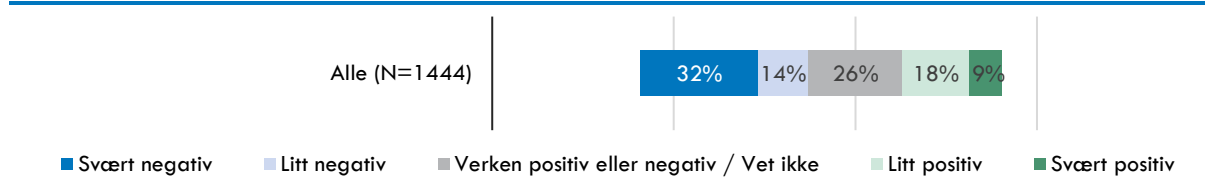
**Figur 7-7: I hvilken grad tror du risikojustering av basistilskuddet, slik det er foreslått i statsbudsjettet, vil bidra til å:**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger november / desember 2022 gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Det kan imidlertid være utfordrende å vurdere en slik foreslått endring i finansiering når det er betydelig usikkerhet rundt hva endringen vil innebære i praksis. Fastlegene ble også spurt hvor positive eller negative de ville vært til risikojustert basistilskudd dersom basistilskuddet økes til å i gjennomsnitt utgjøre 50 prosent av samlet praksisinntekt (mot om lag 30 prosent i dag). Flere er positive til risikojustering dersom basistilskuddet utgjør 50 prosent av praksisinntekt, men fortsatt er omtrent halvparten av fastlegene svært eller litt negative. Dersom basistilskuddet utgjør 50 prosent av praksisinntekt øker andelen som er positive til risikojustering fra 9 til 27 prosent, mens andelen som er negative reduseres fra 83 til 46 prosent (Figur 7-8).

**Figur 7-8: Hvor positiv eller negativ ville du vært til risikojustert basistilskudd dersom basistilskuddet økes til å i gjennomsnitt utgjøre 50 prosent av samlet praksisinntekt?**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger november / desember 2022 gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

### Pasienttilpasset basistilskudd

I den faktiske modellen for beregning av det nye pasienttilpassede basistilskuddet avhenger basistilskuddet av hver enkelt listeinnbyggers alder, kjønn og historisk bruk av fastlegetjenester, samt kjennetegn ved kommunen eller bydelen, i form av sentralitet og andel av innbyggerne med lav utdanning.

Ved offentliggjøring av modellen for pasienttilpasset basistilskudd ble det også offentliggjort en beregningsmodell som illustrerer hvordan de ulike kjennetegnene ved pasientene og kommunene vil kunne påvirke en gitt fastlege. Pasientkjennetegnene har ulik vekt i modellen, slik at ulike kombinasjoner av pasientkjennetegn gir en rekke mulige utslag i basistilskuddet. Av kommunekjennetegn er sosioøkonomi og sentralitet binære variabler som er vektet likt, slik at det i praksis finnes tre ulike nivåer for kommunekjennetegn.

Selv om pasientkjennetegn har den høyeste vekten for den enkelte pasient, vil kommunekjennetegn gi utslag for alle pasientene på listen og dermed som regel føre til større absolutt virkning i samlet basisfinansiering. Blant Helfos definerte scenarioer for hver av pasientkjennetegnene (hvor sammensetningen av listepopulasjonen kan være over, på eller under gjennomsnittet for hvert pasientkjennetegn) er det for eksempel ingen scenarioer hvor basisfinansiering er høyere i en sentral kommune med høy sosioøkonomi enn i en usentral kommune med lav

sosioøkonomi (gitt lik listelengde) (Figur 7-9). Med andre ord kommer det til å være et betydelig innslag av differensiering i samlet basisfinansiering mellom ulike typer kommuner.

**Figur 7-9: Basistilskudd for en fastlege med 1 000 listepasienter, gitt ulike kjennetegn ved pasientene og kommunen\***



Kilde: helfo.no. \* Beregningsmodellen for basistilskudd på Helfo sine sider er laget for illustrative formål og kan ikke brukes til å forutsi basistilskuddet til den enkelte fastlege. Figuren viser ikke alle kombinasjoner av pasientkjennetegn for hele listepopulasjonen, men ulike scenarier definert i Helfos modell hvor sammensetningen av listepopulasjonen skiller seg fra snittet.

Dersom det ses bort ifra pasientkjennetegn (altså at det tas utgangspunkt i fastleger som har gjennomsnittslistelister når det gjelder alder, kjønn og tidligere tjenestebruk), vil en fastlege i en usentral kommune med lavt utdanningsnivå få 40 prosent vekst i basistilskuddet sammenlignet med 25 og 11 prosent vekst i hhv. en usentral kommune med høyt utdanningsnivå og en sentral kommune med høyt utdanningsnivå (Tabell 7-3). Utfordringer med rekruttering, stabilitet og tilgjengelighet har i lang tid vært større i usentrale enn i sentrale kommuner.<sup>23</sup> At det pasienttilpassede basistilskuddet gir økte utbetalinger til usentrale kommuner gir dermed mer midler til områdene hvor utfordringene i allmennlegetjenesten er størst. Dette kan bidra til å bedre situasjonen i allmennlegetjenesten i distriktene eller i det minste redusere de kommunale merkostnadene til allmennlegetjenesten i disse områdene.

**Tabell 7-3: Basistilskudd for fastleger med 1 000 (gjennomsnittlige\*) listepasienter i ulike typer kommuner**

Type kommune	Basistilskudd i 2022	Basistilskudd i 2023**	Vekst i basistilskudd fra 2022 til 2023
Sentral kommune med høyt utdanningsnivå (f.eks. Stavanger)	675 000	747 384	+ 11 prosent
Usentral kommune med høyt utdanningsnivå (f.eks. Stranda)	675 000	846 384	+ 25 prosent
Usentral kommune med lavt utdanningsnivå (f.eks. Vega)	675 000	945 384	+ 40 prosent

Kilde: helfo.no. \* Antar gjennomsnittlige kjennetegn ved pasientene på listen når det gjelder alder, kjønn og tidligere tjenestebruk. \*\* Fastleger i usentrale kommuner har betydelig kortere lister enn fastleger i sentrale kommuner slik at samlet inntekt ikke nødvendigvis vil være høyere i usentrale kommuner. Den prosentvise veksten i basistilskuddet gjelder imidlertid uavhengig av listelengde, slik at veksten blir størst i usentrale kommuner.

Modellen for pasienttilpasset basistilskudd har enkelte ukonvensjonelle trekk. Av pasientkjennetegn avhenger størrelsen på basistilskuddet av pasientens alder, kjønn og bruk av fastlegetjenester siste 12 måneder. Alder og kjønn er som tidligere nevnt de mest brukte variablene for risikojustering innen helseområdet ettersom de både forklarer variasjon i helsetjenestebruk og ikke er mulig å påvirke for den som leverer helsetjenestene. Bruk av fastlegetjenester siste 12 måneder er imidlertid en variabel som kan påvirkes av fastlegers atferd, og på denne måten blir deler av basistilskuddet en type aktivitetsbasert betaling som kan gi insentiv til atferdsendringer. Løsningen med å benytte kategoriske variabler for sentralitet og utdanning er også ukonvensjonell og medfører

<sup>23</sup> Se for eksempel *Gjennomgang av allmennlegetjenesten* (Ekspertutvalget, 2023) for mer utfyllende beskrivelser av utfordringer i allmennlegetjenesten i usentrale kommuner relativt til sentrale kommuner.

at forskjellene i basistilskudd mellom fastleger i to nabokommuner nå kan bli nær 30 prosent. Det er uklart hvorvidt dette vil få konsekvenser for statens overføringer til kommunene. Ved økt betaling per innbygger på listen, vil fastlegene kunne redusere listelengden uten å få mindre betalt, alt annet likt. Samtidig øker andelen av fastlegens inntekt som finansieres med basistilskudd, som gir relativt mindre insentiv til å yte flere tjenester per pasient på listen. I det videre arbeidet med evaluering av handlingsplanen vil vi undersøke fastlegers erfaringer med og virkninger av pasienttilpasset basistilskudd.

Endringer i modellen for basistilskudd var en del av ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten sitt mandat, og utvalgets flertall vurderer at det pasienttilpassede basistilskuddet er et tilfredsstillende utgangspunkt, dersom man øker basistilskuddet slik at det utgjør 50 prosent av fastlegens totale inntekt (Ekspertutvalget, 2023). Videre anbefaler ekspertutvalget at den nye modellen burde få virke i noen år før det eventuelt gjøres nye endringer.

#### Avvikling av knekkpunkt i basistilskuddet

Modellen med pasienttilpasset basistilskudd erstatter det tidligere knekkpunktet i basistilskuddet, hvor basistilskuddssatsen var høyere fra og med listeinnbygger 1 001 enn for de første 1 000 listeinnbyggerne. Etter innføring av knekkpunktet var det en viss konvergering mot en listelengde på 1 000 pasienter ved at det ble prosentvis færre av de lengste og de korteste listene. Konvergeringen var sterkere fra starten av 2020 til starten av 2021 enn fra starten av 2019 til starten av 2020. Årsaken til at konvergeringen var sterkere var at de som kuttet listen mest hadde større reduksjoner i listelengden enn tidligere (Pedersen, et al., 2022).<sup>24</sup>

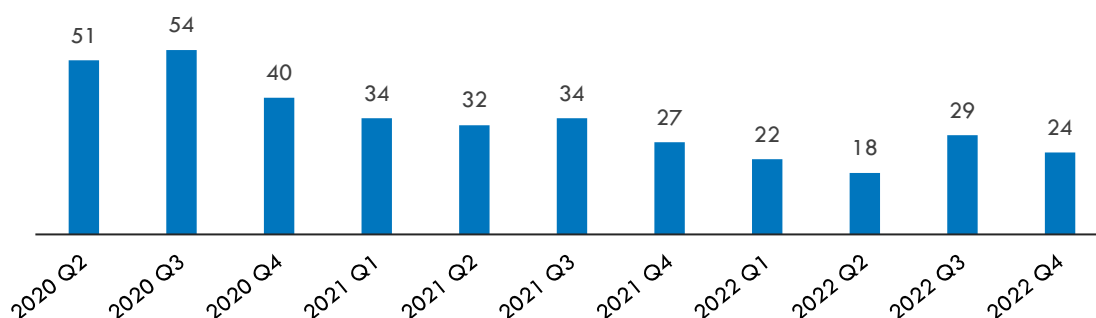
Dette kunne isolert sett tyde på at innføring av knekkpunktet virket til sin hensikt. Fra 2021 til 2022 var reduksjonen i listelengde over knekkpunktet fortsatt større enn før knekkpunktet ble innført, mens veksten i listelengde under knekkpunktet derimot var lavere enn før knekkpunktet ble innført (se Tabell F i vedlegg F). Sammenlignet med perioden 2019 til 2020 (før knekkpunktet) var det dermed i større grad en reduisering heller enn konvergering i listelengde. Dette kan muligens tolkes som at styrkingen av basistilskuddet (som muliggjør reduksjon i listelengde) har en større effekt på listelengden enn selve knekkpunktet.

#### 7.2.4 Grunntilskudd for nye fastleger med ufrivillig korte lister

Som del av tiltakene i handlingsplanen ble det innført et grunntilskudd for nye næringsdrivende fastleger med under 500 pasienter på listen og et listetak på 500 pasienter eller høyere. Grunntilskuddet dekker differansen mellom det legen får i basistilskudd og det legen ville fått i basistilskudd med 500 pasienter på listen (337 500 kroner i 2022) og kan mottas i inntil to år etter å ha startet opp som fastlege. Formålet med grunntilskuddet er å bidra til økt rekruttering ved å senke terskelen for å starte opp som næringsdrivende fastlege med kort liste.

Antall fastleger som mottar grunntilskudd har falt siden ordningen ble innført, og antall mottakere fortsetter å falle i 2022. Ved utgangen av 2022 mottok 24 fastleger grunntilskudd (Figur 7-10). Det kan være flere grunner til at det er få fastleger som mottar grunntilskudd. Mulige forklaringer kan være at en lavere andel av nye fastleger er næringsdrivende eller at knapphet på listeplasser totalt sett gjør at færre har ufrivillig kort liste.

Figur 7-10: Antall fastleger\* med grunntilskudd siden ordningen ble innført i 2020



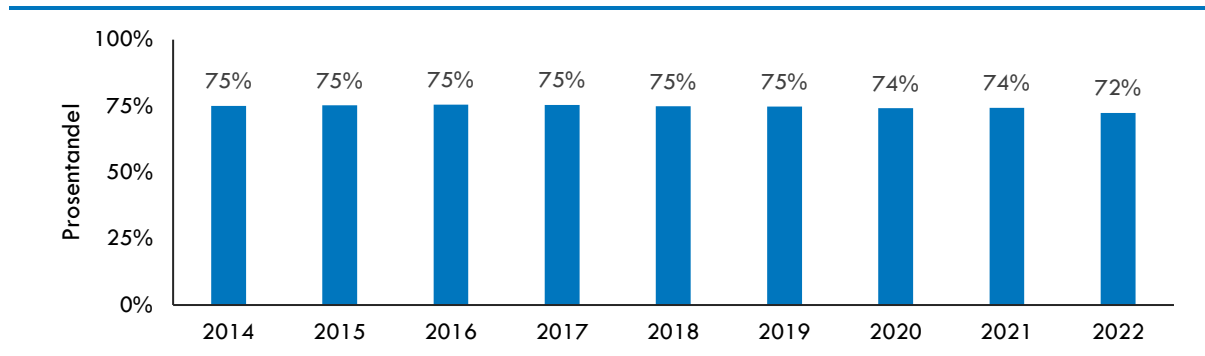
Kilde: FLO. \*Lister uten fast lege er holdt utenfor.

<sup>24</sup> Se mer utfyllende analyse av effekt av innføring av knekkpunktet i evalueringsrapport I.

### 7.2.5 Utvikling i aktivitetsbasert betaling

Ved innføringen av fastlegeordningen ble det lagt opp til at den aktivitetsbaserte betalingen skulle utgjøre om lag 70 prosent av inntekten til de næringsdrivende fastlegene. I perioden 2014 til 2021 har den aktivitetsbaserte andelen av betalingen i allmennlegetjenesten ligget på mellom 74 til 75 prosent, før den i 2022 falt til 72 prosent (Figur 7-11). Endringen fra 2021 til 2022 skyldes at takstinntektene ble redusert samtidig som basisfinansieringen økte (Tabell 3-4). At andelen av betalingen som er aktivitetsbasert har ligget stabilt betyr at den aktivitetsbaserte betalingen har økt i takt med økningen i basistilskudd. Som nevnt tidligere, anbefaler ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten å endre forholdet mellom aktivitetsbasert betaling og basisfinansiering, slik at den aktivitetsbaserte betalingen utgjør 50 prosent av inntekten til næringsdrivende fastleger (Ekspertutvalget, 2023).

**Figur 7-11: Utviklingen i andel aktivitetsbasert betaling i allmennlegetjenesten 2014-2021, målt ved takstinntekter eksklusiv legevakt (prosent).**



Kilde: KUHR og FLO, HelseDirektoratet. Note: Aktiviteten til vikarlegene er inkludert som del av aktivitetsbasert betaling. Andelen aktivitetsbasert betaling i allmennlegetjenesten er lavere dersom man ekskluderer aktiviteten til vikarleger.

## 7.3 Betalingsmodeller for fastlegevikarer

I spørreundersøkelsen ble fastlegevikarer spurt om hvordan deres nåværende vikaravtale er utformet. Det er stor variasjon i hvordan de ulike betalingsmodellene for fastlegevikarene er utformet, men det er noen fellestrekk på tvers av driftsformer og avtaler. De fleste i vårt utvalg er vikarer for selvstendig næringsdrivende fastleger. Den vanligste modellen er at basistilskuddet går til hjemmelshaver og at vikaren får en andel av takstinntektene. Andelen av takstinntektene vikaren betaler til hjemmelshaver, regnes ut på ulike måter; noen oppgir å betale en fast sum eller andel av omsetningen (egenandeler og takster), mens noen oppgir at de betaler for medgått forbruksmateriell. En fast sum vil gjerne være beregnet for å dekke differansen mellom hjemmelshavers faste utgifter og basistilskudd. Det er også noen som har en egen 8.2-avtale med kommunen, eller fastlønn (eventuelt betalt på timebasis) fra kommunen, med eller uten en bonusordning. Det er få respondenter som er vikar for en fastlønnet lege, men alle disse oppgir å ha samme avtale og lønn som hjemmelshaver.

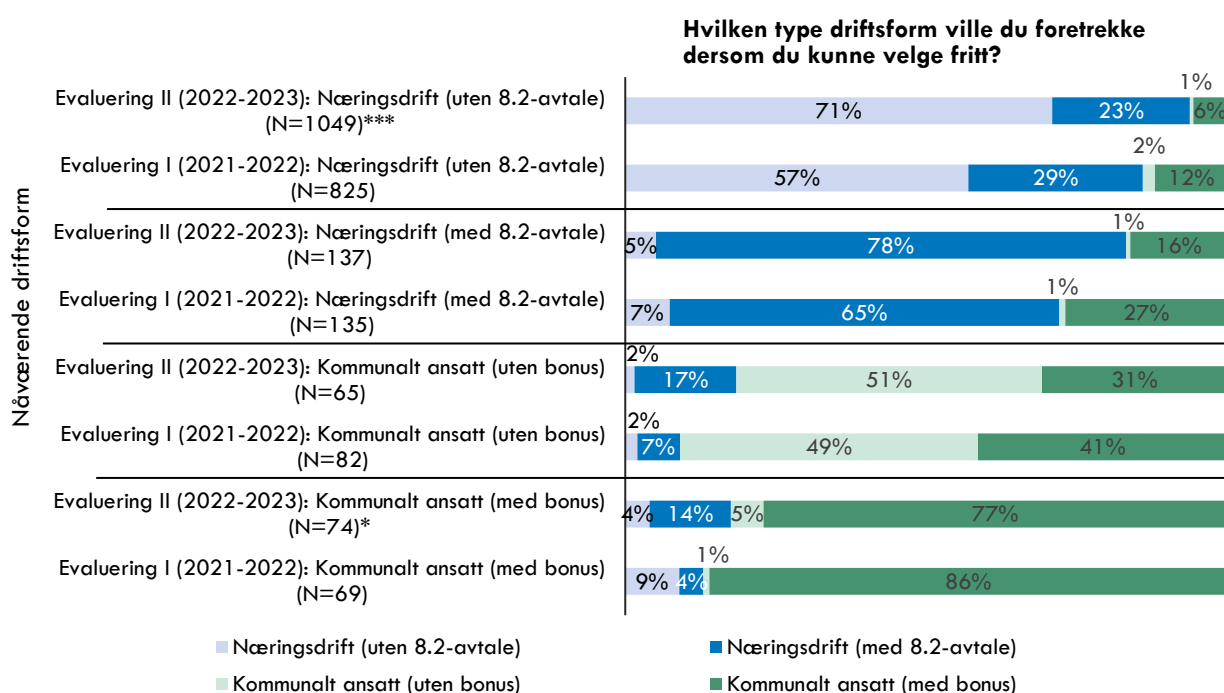
## 7.4 Preferanser for og betydning av driftsform

### 7.4.1 Nåværende og foretrukken driftsform

Blant fastlegene som har svart på spørreundersøkelsen, foretrekker flertallet næringsdrift som driftsform. 83 prosent svarer at de foretrekker næringsdrift (med eller uten 8.2-avtale), mens de resterende 17 prosentene foretrekker fast ansettelse (med eller uten bonusavtale). Hvilken driftsform en fastlege foretrekker, henger ofte sammen med hvilken driftsform fastlegen har i dag. Dersom resultatene fordeles etter hvilken driftsform fastlegene har i dag, finner vi at flertallet av legene i hver gruppe foretrekker den driftsformen de har i dag.

Andelen av fastlegene som foretrekker næringsdrift sammenlignet med fast ansettelse, er statistisk signifikant høyere enn i spørreundersøkelsen gjennomført i forbindelse med evalueringsrapport I, hvor 75 prosent foretrakk næringsdrift. Økningen i andelen av fastlegene som foretrekker næringsdrift, gjelder både blant næringsdrivende og fast ansatte fastleger. Blant næringsdrivende fastleger uten 8.2-avtale (om lag 70 prosent av fastlegene), har andelen som oppgir at de foretrekker fast ansettelse, blitt halvert fra 14 prosent i evalueringsrapport I til 7 prosent i årets undersøkelse (Figur 7-12). Også dersom resultatene fordeles etter andre kjennetegn ved fastlegene, har andelen som foretrekker næringsdrift, økt sammenlignet med spørreundersøkelsen til evalueringsrapport I. For eksempel har andelen som foretrekker næringsdrift blant fastleger under 40 år økt fra 67 til 75 prosent, mens andelen har økt fra 59 til 73 prosent blant fastleger under spesialisering.

**Figur 7-12: Nåværende og foretrukken driftsform blant fastleger**



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.

Andelen av fastlegene som oppgir å foretrekke fast ansettelse i årets spørreundersøkelse er lavere enn i tidligere undersøkelser gjennomført i 2022, 2012 og 2009 (Pedersen, et al., 2022; Holte, H., Abelsen, Halvorsen, & Olsen, 2015c). Tidligere funn tilsier at andelen som foretrekker fast ansettelse var 27 prosent i januar 2022, 36 prosent i 2012 og 22 prosent i 2009, sammenlignet med 17 prosent i årets spørreundersøkelse. Blant de som foretrekker fast ansettelse, foretrekker en større andel enn tidligere fast ansettelse med bonusavtale. Andelen som foretrekker næringsdrift uten 8.2-avtale er høyere i årets undersøkelse enn i tidligere undersøkelser, omtrent likt som i undersøkelse fra 2009. Andelen som foretrekker næringsdrift med 8.2-avtale har ligget nokså stabilt rundt 30 prosent i samtlige av spørreundersøkelsene omtalt her (Tabell 7-4).

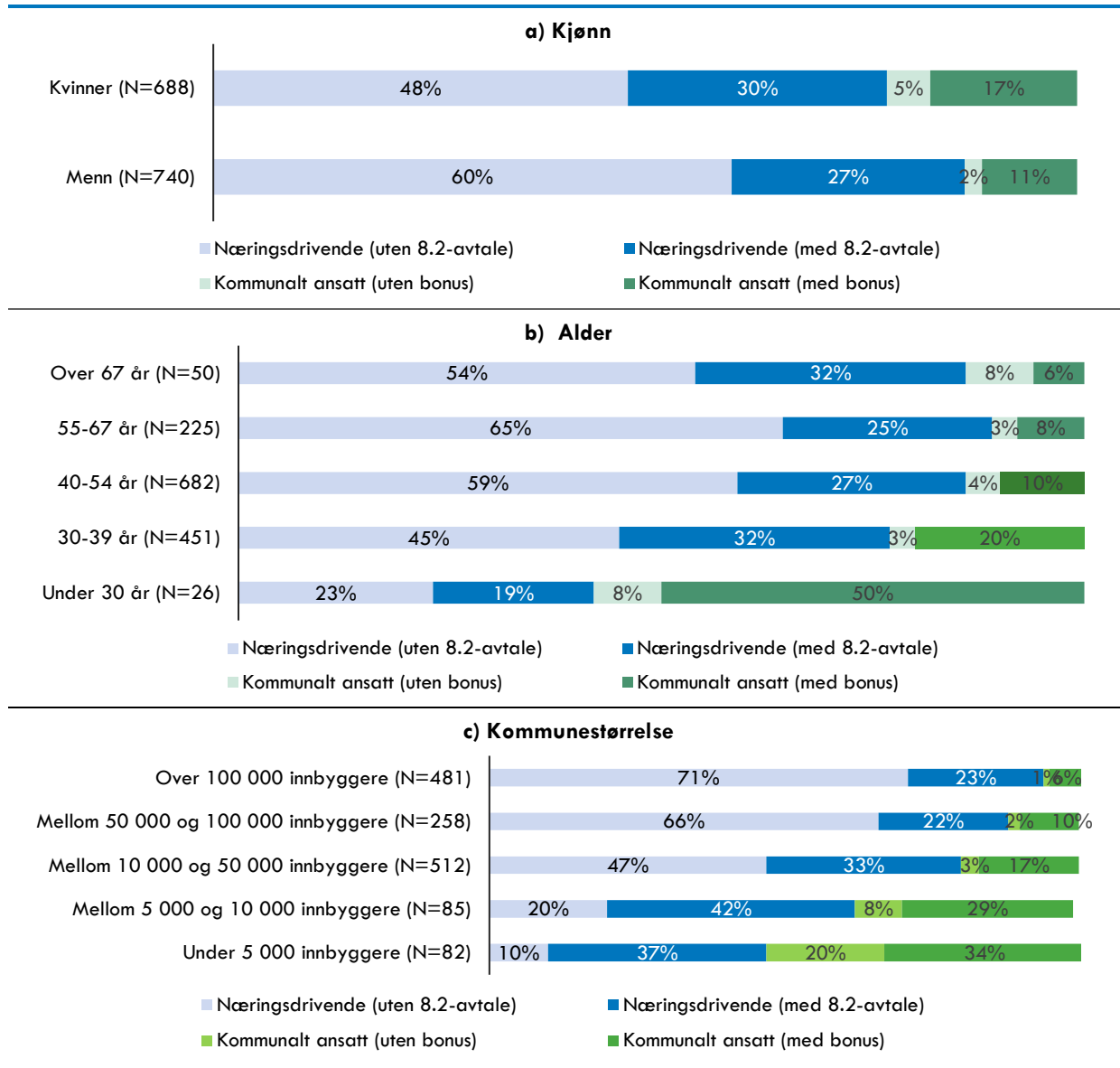
**Tabell 7-4: Fastlegers preferanser for driftsform, fra tre ulike undersøkelser gjennomført i ulike år. Tabellen viser andelen som svarer at de foretrekker driftsformen.**

Driftsform	Desember 2022	Januar 2022	2012	2009
Næringsdrift uten 8.2-avtale	55 %	44 %	36 %	52 %
Næringsdrift med 8.2-avtale	28 %	30 %	29 %	26 %
Kommunalt ansatt med fast lønn	4 %	6 %	24 %	16 %
Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus	13 %	21 %	12 %	6 %

Kilde: Desember 2022 og januar 2022; Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. 2012 og 2009; (Holte, H., Abelsen, Halvorsen, & Olsen, 2015c).

Når det gjelder sammenhengen mellom preferanser for driftsform og andre kjennetegn ved fastlegene, finner vi at mannlige fastleger i noe større grad enn kvinner foretrekker næringsdrift. Vi finner også at eldre fastleger i større grad foretrekker næringsdrift enn yngre fastleger. For eksempel foretrekker 77 prosent av de mellom 30-39 år næringsdrift, mot 90 prosent av de mellom 55-67 år. I tillegg finner vi at andelen av fastlegene som foretrekker næringsdrift, faller når kommunestørrelsen faller. I kommuner med over 50 000 innbyggere er næringsdrift foretrukket blant rundt 90 prosent av fastlegene, mens tilsvarende andel for kommuner med under 10 000 innbyggere er nærmere 50-60 prosent (merk imidlertid at det her er få respondenter) (Figur 7-13). Disse sammenhengene er like som i spørreundersøkelsen som ble gjennomført i forbindelse med evalueringsrapport I (Pedersen, et al., 2022).

**Figur 7-13: Andel som foretrekker den enkelte driftsform, etter a) kjønn, b) alder og c) kommunistørrelse**



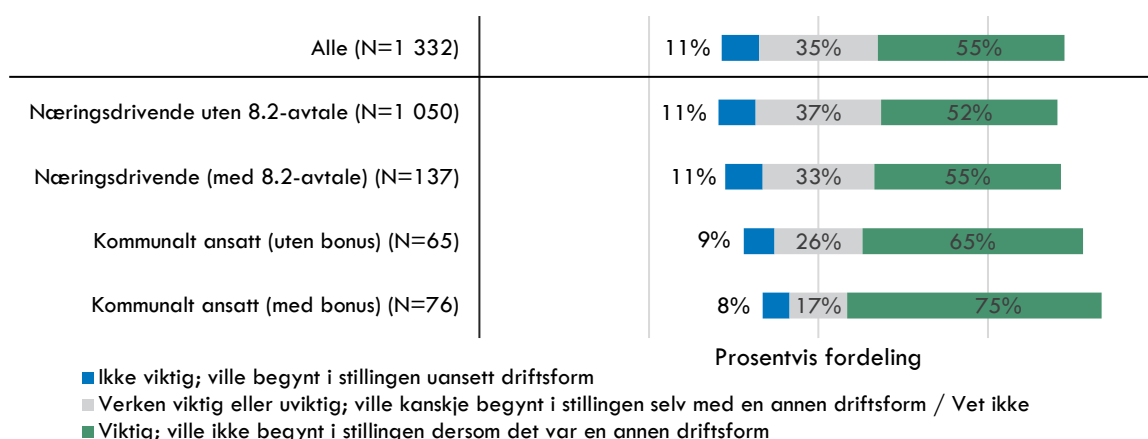
Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer desember 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Fastleger som ikke ønsket å oppgi eller ikke oppga kjønn, aldersgruppe eller kommunistørrelse er utelatt.

#### 7.4.2 Betydning av driftsform i nåværende stilling

Over halvparten av fastlegene i spørreundersøkelsen oppgir at driftsform var viktig da de begynte i sin nåværende stilling, og at de ikke ville begynt i stillingen dersom det var en annen driftsform. Andelen som oppga at de ikke ville begynt i stillingen dersom det var en annen driftsform, var høyest blant kommunalt ansatte med og uten bonus (henholdsvis 75 og 65 prosent), og lavest blant selvstendig næringsdrivende med og uten kommunal leieavtale (henholdsvis 55 prosent og 52 prosent) (Figur 7-14).



**Figur 7-14: Hvor viktig var driftsform da du begynte i din nåværende stilling?**

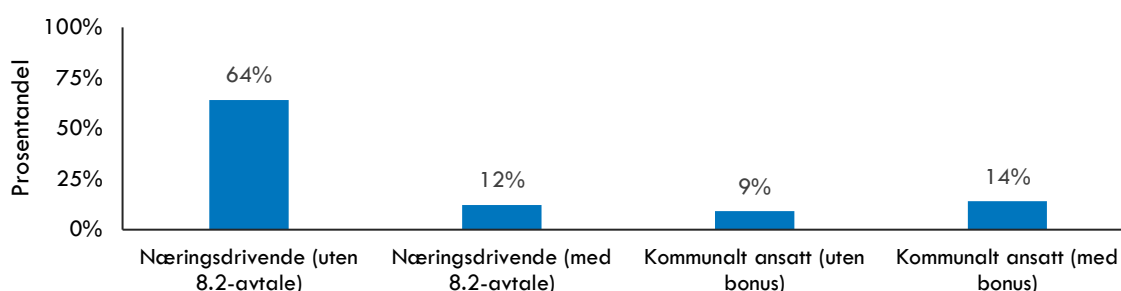


Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer desember 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

### 7.4.3 Preferanser for driftsform blant fastleger under spesialisering

28 prosent av fastlegene i spørreundersøkelsen er for tiden under spesialistutdanning i allmennmedisin, hvorav de fleste er i spesialisering under ny ordning. Flertallet (64 prosent) av fastlegene under spesialisering er selvstendig næringsdrivende uten 8.2-avtale, mens 23 prosent er kommunalt ansatt (med eller uten bonusavtale) (Figur 7-15).

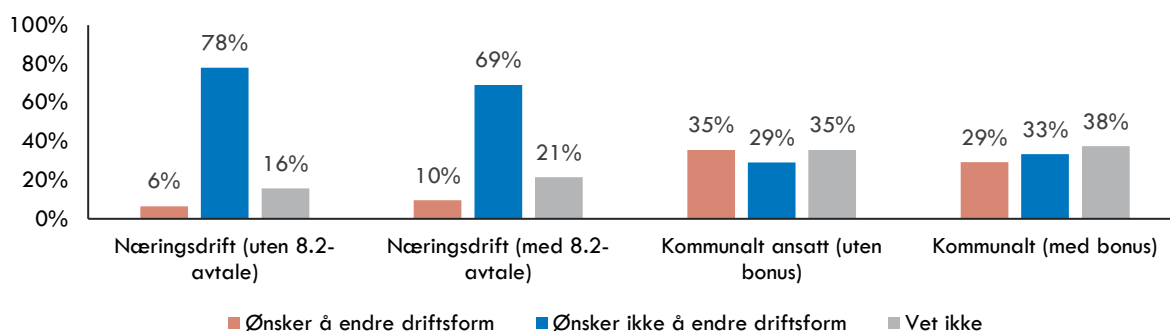
**Figur 7-15: Driftsform blant fastleger under spesialisering**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer i desember 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. N=340

De fleste (66 prosent) av fastlegene som er under spesialisering, oppgir at de ikke ønsker å bytte driftsform etter fullført spesialistutdanning. Andelen som ønsker å bytte er lavest blant de næringsdrivende fastlegene under spesialisering. Kun 6 prosent av næringsdrivende uten 8.2-avtale ønsker å bytte driftsform når de er ferdig utdannet spesialist, mens tilsvarende for næringsdrivende med 8.2-avtale er 10 prosent. For de kommunalt ansatte fastlegene under spesialisering ønsker derimot 35 prosent av de uten bonusavtale og 29 prosent av de med bonusavtale å bytte driftsform (Figur 7-16). Andelen som ønsker å beholde sin driftsform etter endt spesialisering er lavest blant de kommunalt ansatte uten bonus, hvorav det er flere som ønsker å bytte driftsform enn det er som ønsker å beholde nåværende driftsform. Blant kommunalt ansatte er også andelen som svarer at de usikre på om de ønsker å bytte driftsform høyere enn blant de næringsdrivende fastlegene under spesialisering.

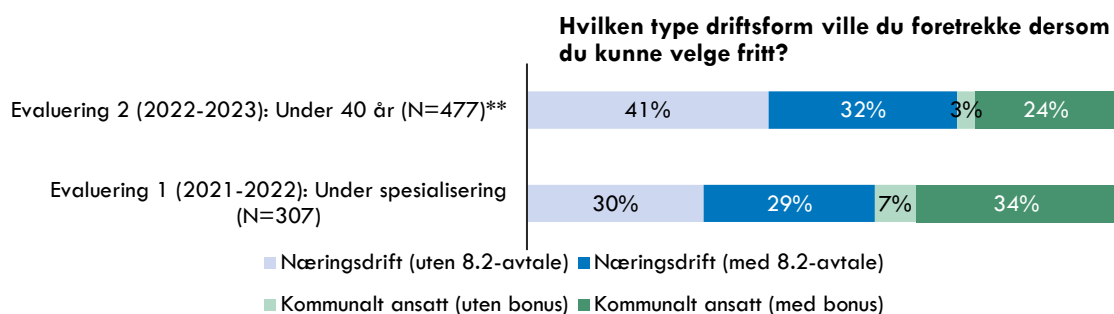
**Figur 7-16: Andel som ønsker å endre driftsform etter ferdig spesialisering, fordelt etter nåværende driftsform**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer i desember 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. N= 339

Samlet sett oppgir flertallet (73 prosent) av fastlegene under spesialisering at de foretrekker næringsdrift som driftsform under spesialisering, enten med eller uten 8.2-avtale (Figur 7-17). Det er statistisk signifikant færre i årets evaluering som ønsker seg fast ansettelse sammenlignet med fjorårets evaluering, tilsvarende utviklingen blant fastlegene for øvrig (se kapittel 7.4.1).

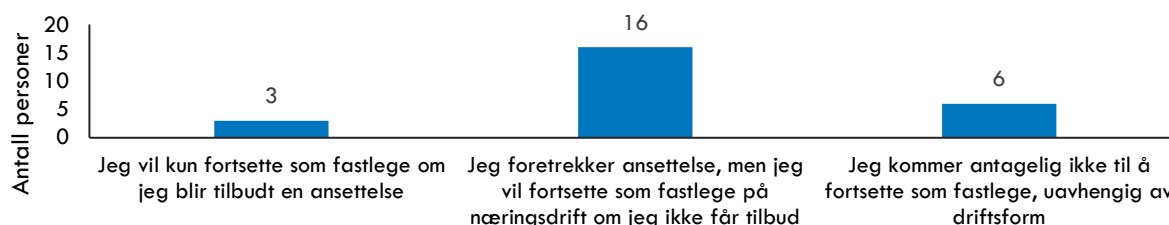
**Figur 7-17: Ønsket driftsform blant leger under spesialisering**



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

Blant fastleger under spesialisering som oppga å være selvstendig næringsdrivende (med eller uten 8.2-avtale), men som ønsker å bytte til kommunal ansettelse, oppgir 12 av 25 (64 prosent) at dette ikke er avgjørende for om de fortsetter som fastlege. Ettersom dette kun gjelder 25 fastleger, må resultatene tolkes med varsomhet.

**Figur 7-18: Du har svart at du ønsker å bli ansatt i kommunen framfor å jobbe som selvstendig næringsdrivende. Hvor avgjørende er dette for din videre karrierevei? Spørsmål stilt til fastleger under spesialisering med næringsdrift med eller uten kommunal leieavtale**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer desember 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. N=25

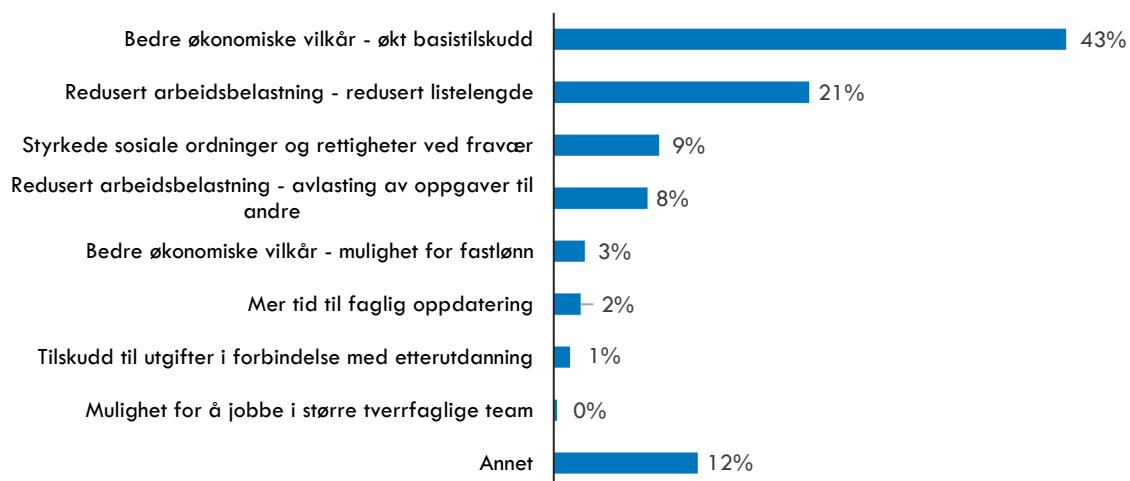
## 7.5 Betydningen av økonomiske vilkår for å sikre rekruttering og stabilitet

I våre intervjuundersøkelser trekker de fleste fastlegene frem økonomiske tiltak som det viktigste for å bedre rekrutteringen til fastlegeordningen og for å bedre situasjonen i fastlegetjenesten i sin kommune. Av tiltak for å bedre rekrutteringen trekkes særlig ALIS-tilskudd frem som viktig, men også andre økonomiske tiltak som 8.2-

avtaler, tilbakekjøpsgarantier og økt basistilskudd. Enkelte trekker også frem muligheten for fast ansettelse, spesielt i starten av spesialiseringssløpet før man eventuelt går over til næringsdrift.

De fleste fastlegene peker også på økonomiske tiltak som det viktigste for å bedre situasjonen i kommunen. I intervjuer trekker mange frem styrket økonomi som viktig for å fortsette som fastlege. I spørreundersøkelsen oppgir 43 prosent av fastlegene at økt basistilskudd er den viktigste enkeltfaktoren for hvorvidt de fortsetter som fastlege i årene fremover, etterfulgt av redusert arbeidsbelastning i form av redusert listelengde (Figur 7-19).

**Figur 7-19: Hva er den viktigste enkeltfaktoren for hvorvidt du fortsetter som fastlege?**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger i november 2022, utført av Oslo Economics og Universitet i Oslo. N=1 444.

Fastlegene i spørreundersøkelsen er noe mer positive til sine økonomiske rammebetingelser sammenlignet med i fjorårets spørreundersøkelse. Fastlegene oppgir å i noen større grad ha økonomisk trygghet i sin arbeidssituasjon, være tilfreds med sin inntekt sett opp mot arbeidsinntekt og synes at de økonomiske rammebetingelsene for å starte opp som fastlege i sin kommune er gode (Figur E-8).

## 8. Rapportert arbeidstid og opplevd arbeidsbelastning

Flere tiltak i handlingsplanen har som mål å lette arbeidshverdagen for fastlegene ved å redusere arbeidsbelastningen. Fortsatt oppgir mange fastleger (76 prosent) at de har for høy arbeidsbelastning, og medianen for rapportert arbeidsmengde blant fastlegene er 53 timer i uken når vi inkluderer alle former for legevakt. Sammenlignet med spørreundersøkelsen i evalueringsrapport I er det imidlertid en liten, men statistisk signifikant økning i andelen fastleger som er tilfredse med sin arbeidsbelastning. 36 prosent av fastlegene reduserte listelengden sin med minst 10 plasser fra utgangen av 2021 til utgangen av 2022, med en gjennomsnittsreduksjon på 70 listeplasser hver. Allikevel svarte 66 prosent av fastlegene i spørreundersøkelsen at de ønsker å redusere listetaket sitt.

Fastlegene opplever arbeidsoppgaver som ikke krever medisinske vurderinger og kompetanse som særlig belastende, for eksempel enkelte typer attester og erklæringer. De fleste ønsker imidlertid å redusere arbeidsbelastningen sin gjennom redusert listelengde heller enn avlastning av oppgaver. Legevaksarbeid utgjør en større del av arbeidsbyrden blant fastleger som er kommunalt ansatte, har kortere lister og arbeider i mindre kommuner. Flere trekker frem at legevaksarbeid bidrar til høy arbeidsbelastning og blant fastlegene i spørreundersøkelsen som jobber på legevakt svarer 60 prosent at de gjerne skulle vært foruten legevaksarbeidet.

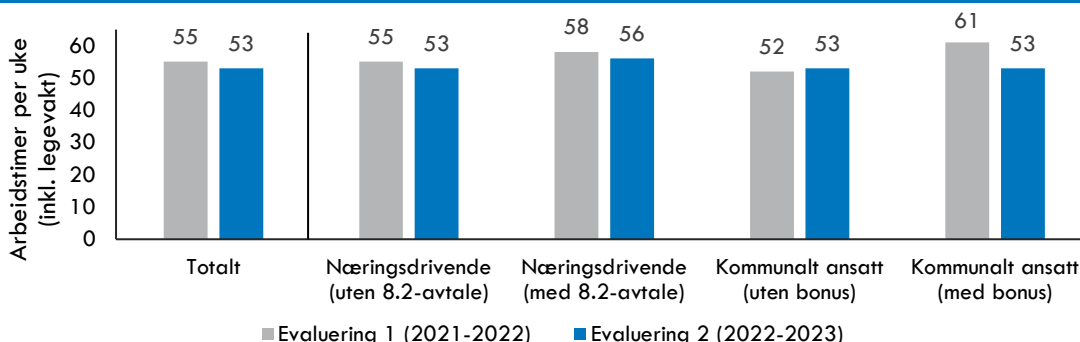
### 8.1 Fastlegenes rapporterte og opplevde arbeidstid

I årets spørreundersøkelse til fastleger spurte vi om antall timer de jobber med ulike arbeidsoppgaver, som et gjennomsnitt per uke. Arbeidsoppgavene er kategorisert i arbeid på legekontor, legevakt (fordelt på hjemmenvakt, tilstedevakt og bakvakt) og tid brukt på andre allmennt medisinske oppgaver / kommunale administrative oppgaver. Vi stilte fastlegene samme spørsmål i spørreundersøkelsen vi gjennomførte i forbindelse med evalueringsrapport I.

#### 8.1.1 Rapportert arbeidstid til legearbeid (med og uten legevakt)

Medianen for rapportert arbeidsmengde blant fastlegene er 53 timer i uken når vi inkluderer alle former for legevakt. Median var noe høyere for næringsdrivende med 8.2-avtale (56 timer), sammenlignet med de øvrige driftsformene (53 timer). Rapportert arbeidstid var på samme nivå som i spørreundersøkelsen gjennomført i forbindelse med evalueringsrapport I (Figur 8-1).

Figur 8-1: Fastlegenes anslåtte arbeidstid per uke (median), inkludert alle former for legevakt



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Evalueringsrapport I: undersøkelse gjennomført januar 2022 (N=1099). Evalueringsrapport II: undersøkelse gjennomført desember 2022 (N=1425)

Selv om det er liten variasjon i gjennomsnittlig total rapportert arbeidstid blant fastleger med ulike driftsformer, er det variasjon i tidsbruk knyttet til ulike typer arbeidsoppgaver (Tabell 8-1). Kommunalt ansatte rapporterer flere timer brukt på legevakt enn fastleger med øvrige driftsformer, mens selvstendig næringsdrivende uten 8.2-avtale rapporterer flere timer brukt på arbeid på legekontor enn fastleger med øvrige driftsformer. Kommunalt

ansatte fastleger (særlig de med bonusavtale) rapporterer flere timer knyttet til legevakt med hjemmevakt sammenlignet med næringsdrivende fastleger. Dette henger trolig sammen med at kommunalt ansatte fastleger i vårt utvalg stort sett jobber i mindre kommuner (målt i innbyggertall), der bruken av hjemmevakt gjerne er mer utbredt. Resultatene er i tråd med funnene i evalueringsrapport I (Pedersen, et al., 2022) og evalueringen av fastlegeordningen fra 2019 (EY og Vista Analyse, 2019).

**Tabell 8-1: Anslagsvis hvor mange timer jobber du i gjennomsnitt per uke som fastlege med følgende oppgaver? (gjennomsnitt)**

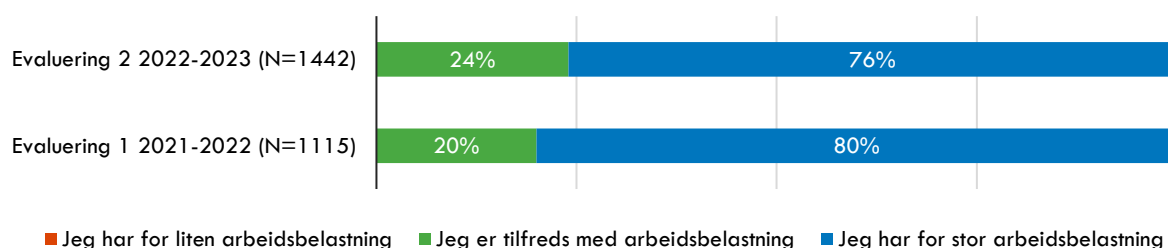
Kategori	Totalt Evaluering 2	Totalt Evaluering 1	Nærings- drivende uten 8.2- avtale	Nærings- drivende med 8.2- avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
<b>Gjennomsnitt av rapportert timeanslag fra fastlegene* (andel av utvalget som har oppgitt at de har oppgaven i parentes)</b>						
<b>Samlet legearbeid, inkl. alle former for legevakt</b>	<b>55,5 (100%)</b>	<b>57,4 (100%)</b>	<b>54,9 (100%)</b>	<b>59,8 (100%)</b>	<b>61,5 (100%)</b>	<b>60,0 (100%)</b>
Arbeid på legekontor	45,3 (100%)	45,3 (100%)	47,2 (100%)	41,9 (100%)	37,7 (100%)	39,4 (100%)
Legevakt, hjemmevakt	1,5 (12%)	2,4 (15%)	0,5 (8%)	3,2 (21%)	6,1 (34%)	7,2 (36%)
Legevakt, tilstedevakt	3,2 (52%)	3,4 (50%)	2,7 (49%)	5,0 (65%)	5,1 (70%)	4,5 (68%)
Legevakt, bakvakt	1,8 (21%)	1,8 (20%)	1,1 (17%)	3,3 (38%)	6,9 (42%)	4,4 (45%)
<b>Alle former for legevakt</b>	<b>6,5 (58%)</b>	<b>7,6 (58%)</b>	<b>4,4 (52%)</b>	<b>11,5 (78%)</b>	<b>18,1 (88%)</b>	<b>16,1 (91%)</b>
Andre allmenntedisinske oppgaver/ kommunale adm. oppgaver	3,7 (47%)	4,5 (53%)	3,3 (45%)	6,4 (70%)	5,8 (52%)	4,5 (46%)
<b>N</b>	<b>1 425</b>	<b>1 099</b>	<b>1 041</b>	<b>135</b>	<b>64</b>	<b>75</b>

Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer desember 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Respondenter som oppgir at de totalt (samlet legearbeid ekskludert bakvakt og hjemmevakt) jobber 0 timer i gjennomsnitt per uke (N=1), eller jobber over 112 timer i gjennomsnitt per uke (N=5), er tatt ut av utvalget. \*Gjennomsnittet beregnes på grunnlag av anslag fra både fastleger som oppgir å ha oppgaven og fastleger uten oppgaven.

### 8.1.2 Fastlegenes opplevelse av egen arbeidsbelastning

Om lag 1 av 4 fastleger (24 prosent) er tilfredse med egen arbeidsbelastning, mens de resterende (76 prosent) oppgir å ha for høy arbeidsbelastning (Figur 8-2). Kun én respondent oppgir å ha for lav arbeidsbelastning. Sammenlignet med spørreundersøkelsen i evalueringsrapport I er det en liten, signifikant økning i andelen fastleger som er tilfredse med sin arbeidsbelastning.

**Figur 8-2: Opplevd arbeidsbelastning blant fastleger**



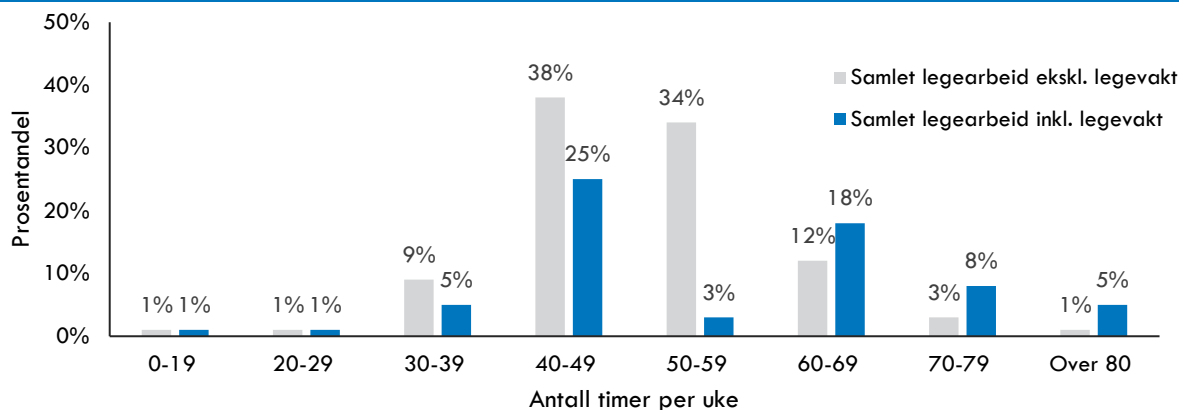
Kilde: Spørreundersøkelser til fastleger og fastlegevikarer, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Evalueringsrapport I: undersøkelse gjennomført januar 2022. Evalueringsrapport II: undersøkelse gjennomført desember 2022.

Tilsvarende som i forrige spørreundersøkelse finner vi en sammenheng mellom andelen som oppgir å ha for stor arbeidsbelastning og fastlegens driftsform, alder og rapporterte arbeidsmengde. En signifikant høyere andel av næringsdrivende fastleger oppgir å ha for stor arbeidsbelastning sammenlignet med kommunalt ansatte. Tilsvarende oppgir en signifikant høyere andel av eldre leger (eldre enn 40 år) å ha for stor arbeidsbelastning sammenlignet med yngre leger (yngre enn 40 år). I tillegg øker andelen som opplever for stor arbeidsbelastning med økende rapportert antall arbeidstimer per uke. Tilsvarende som i fjorårets evalueringsrapport finner vi ingen signifikant forskjell mellom kjønnene.

### 8.1.3 Variasjon i arbeidstid

Det er variasjon i hvor mange timer fastlegene i spørreundersøkelsen anslår at de jobber per uke (Figur 8-3). Dersom legevakt inkluderer er det flest (25 prosent) som jobber 40-49 timer per uke, mens 7 prosent oppgir å jobbe under 40 timer i uken, og 13 prosent oppgir å jobbe 70 timer eller mer per uke. Dersom legevaksarbeid ekskluderes, er det flest (38 prosent) som jobber 40-49 timer per uke. Når legevakt holdes utenom, jobber 11 prosent under 40 timer i uken og 4 prosent 70 timer eller mer per uke. Både inkludert og ekskludert legevaksarbeid er det flere fastleger som oppgir å jobbe 60-69 timer (eller mer) per uke sammenlignet med antall fastleger som oppgir å jobbe 30-39 timer (eller mindre).

**Figur 8-3: Fordeling av fastleger i spørreundersøkelsen etter antall timer til samlet legearbeid i uken, med og uten legevakt**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer desember 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. N=1425. Respondenter som oppgir at de totalt (samlet legearbeid ekskludert bakvakt og hjemmevakt) jobber 0 timer i gjennomsnitt per uke (N=1), eller jobber over 112 timer i gjennomsnitt per uke (N=5), er tatt ut av utvalget.

Funn fra årets spørreundersøkelse er i stor grad i tråd med funn fra tidligere undersøkelser om fastlegers tidsbruk, inkludert og ekskludert legevaksarbeid (Tabell 8-2). Andelen fastleger som jobber over 60 timer i uken, er noe lavere nå enn i fjorårets undersøkelse, samtidig som andelen som jobber under 39 timer, er noe høyere (inkludert og ekskludert legevakt). Samtidig er den rapporterte arbeidstiden høyere sammenlignet med tidligere undersøkelser, som evaluering av fastlegeordningen (EY og Vista Analyse, 2019), kartlegging av fastlegers tidsbruk (Rebnord, Eikeland, Hunskaar, & Morken, 2018) og Trønderoppgjøret (2018).

**Tabell 8-2: Sammenstilling av tidligere funn om fastlegers arbeidstid per uke**

Evaluering 2 av handlingsplanen (2022-2023)	Evaluering 1 av handlingsplanen (2021-2022)	Evalueringen av fastlegeordningen (2019)	Tidsbruksundersøkelsen (2018)	Trønderoppåret (2018)
<b>Arbeidstid ekskludert legevaksarbeid</b>				
16% jobber over 60 timer	18% jobber over 60 timer			10% jobber over 60 timer <sup>1</sup>
11% jobber under 39 timer	7% jobber under 39 timer			10% jobber under 40 timer <sup>1</sup>
<b>Arbeidstid inkludert legevaksarbeid</b>				
13% jobber over 70 timer	13% jobber over 70 timer		10% jobber over 72,8 timer	
31% jobber over 60 timer	34% jobber over 60 timer	15-19% jobber over 60 timer <sup>2</sup>	25% jobber over 62,2 timer	
7% jobber under 39 timer	7% jobber under 39 timer	10-18% jobber under 39 timer <sup>2</sup>	10% jobber under 37,8 timer	

Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger januar 2022 (Evaluering 1) og desember 2022 (Evaluering 2), (Fastlegeordningen 2.0, 2018), (Rebnord, Eikeland, Hunskaar, & Morken, 2018), (EY og Vista Analyse, 2019). <sup>1</sup>Tall fra Trønderoppåret er oppgitt i arbeidstid per dag, og omregning er gjort med forutsetning om 5 arbeidsdager i uken. <sup>2</sup>Anslagene i evalueringen av fastlegeordningen i 2019 avhenger av driftsform.

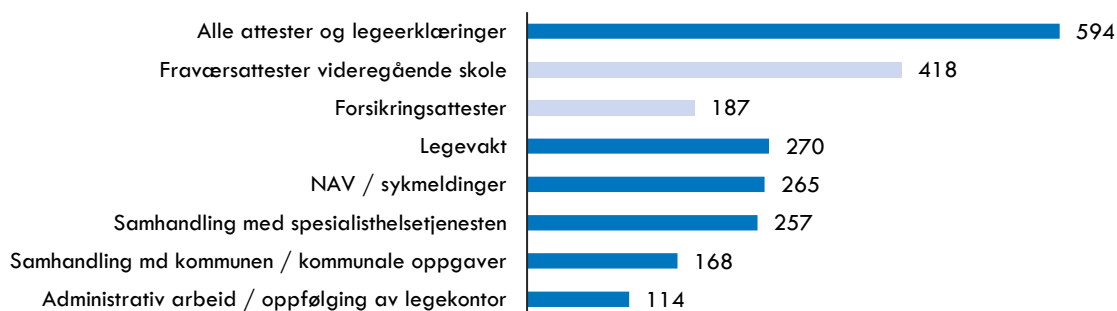
Videre finner vi at fastlegenes rapporterte arbeidstid og påvirkningen av legevaksarbeid varierer etter driftsform, listelengde og kommunestørrelse. Når legevakt holdes utenom oppgir næringsdrivende en høyere arbeidsbelastning enn kommunalt ansatte. Kommunalt ansatte har imidlertid en høyere arbeidsbelastning knyttet til legevakt. Tilsvarende utgjør legevakt en større del av arbeidsbelastningen blant fastlegene med korte lister og blant fastleger i små kommuner, og forskjellen i samlet arbeidstid med og uten legevakt er større jo kortere listelengden er og jo større kommunen er. Det er flere kjennetegn som samvarierer, og samlet sett går det et skille mellom små distriktskommuner og større, tettere befolkede kommuner. I små distriktskommuner er som regel listelengden kortere, kommunal ansettelse vanligere og legevaksbelastningen høyere.

## 8.2 Fastlegenes vurderinger av hvordan ulike typer oppgaver påvirker arbeidsbelastningen

I fritekstsvaret i spørreundersøkelsen har vi spurt fastlegene hvilke arbeidsoppgaver de mener de kunne vært fritatt fra for å redusere arbeidsbelastningen. Ulike attester og legeerklæringer, og da særlig fraværsattester for elever i videregående skole og attester i forbindelse med private helseforsikringer, legevakt, arbeid knyttet til NAV og sykmeldinger, samhandling med og overføring fra spesialisthelsetjenesten, samhandling med kommunen og andre kommunale oppgaver, og administrativt arbeid og drift av legekantor er tema som særlig går igjen (Figur 8-4). Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten anbefaler i sin rapport å begrense fastlegers arbeid med henvisninger og attester (Ekspertutvalget, 2023). De foreslår:

- Å lovfeste at egenmelding skal benyttes før sykemelding
- Å øke antallet egenmeldingsdager tilsvarende arbeidsgiverperioden. Kun arbeidsgiver kan kreve legeattest i denne perioden, og må i så fall også finansiere den
- Å forskriftsfeste hvilke attester fastlegene er pliktet til å skrive
- At fastleger ikke skal utstede dokumentasjon for forsikringsbransjen. Det må være bransjens ansvar å sørge for nødvendige undersøkelser og dokumentasjon
- At henvisninger til undersøkelser betalt av privat helseforsikring ikke skal finansieres av offentlige midler, og at fastleger dermed ikke skal gjøre dette
- At fastlegene ikke skal utstede fraværsattester for grunnskole, videregående opplæring, universiteter og høyskoler

**Figur 8-4: Antall respondenter som har nevnt ulike tema i fritekstsvar på spørsmål om hvilke arbeidsoppgaver fastleger bør fritas for**

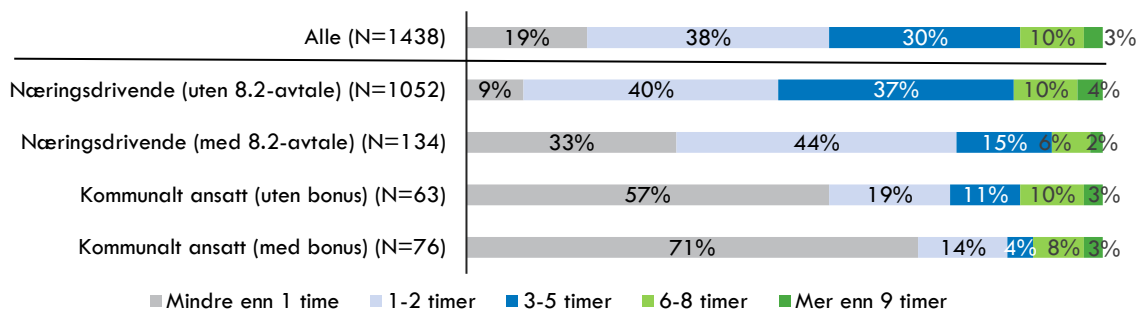


Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer desember 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. N=981. Analysen er utført ved å gjøre tekstsøk i fritekstsvar av ord tilknyttet de ulike kategoriene. Fraværsattester videregående skole og forsikringsattester er angitt med lyseblå farge ettersom de utgjør underkategorier av alle attester og legeerklæringer.

### 8.2.1 Administrasjon av legekantoret

Arbeid knyttet til administrasjon av legekantoret påvirker samlet arbeidsbelastning. I spørreundersøkelsen oppgir 38 prosent av fastlegene at de bruker 1-2 timer i uken på slikt arbeid, mens 30 prosent bruker 3-5 timer i uken (Figur 6-9). Som forventet bruker selvstendig næringsdrivende uten 8.2-avtale mest tid på administrativt arbeid etterfulgt av næringsdrivende med 8.2-avtale. Kommunalt ansatte fastleger bruker minst tid på administrativt arbeid. Over halvparten av fastlegene uten 8.2-avtale oppgir å tre timer eller mer i uken, mens tilsvarende andel blant de med 8.2-avtale er 23 prosent. Blant næringsdrivende uten 8.2-avtale bruker 9 prosent mindre enn 1 time i uken på administrativt arbeid, mens tilsvarende andel er 33 prosent blant de med 8.2-avtale. De fleste kommunalt ansatte (med og uten bonus) bruker mindre enn en time i uken (henholdsvis 71 prosent og 57 prosent).

**Figur 8-5: Rapporterte arbeidstimer brukt på administrativt arbeid knyttet til drift av praksis / legekantoret per uke**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer desember 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

### 8.2.2 Legevakt

Mange fastleger oppgir både i intervju og i fritekstsvar i spørreundersøkelsen at legevaksarbeid bidrar til høy arbeidsbelastning. Flere fastleger som har fått innvilget fritak fra plikten til legevaksarbeid mener at fritaket har vært avgjørende for å fortsette i jobben som fastlege.

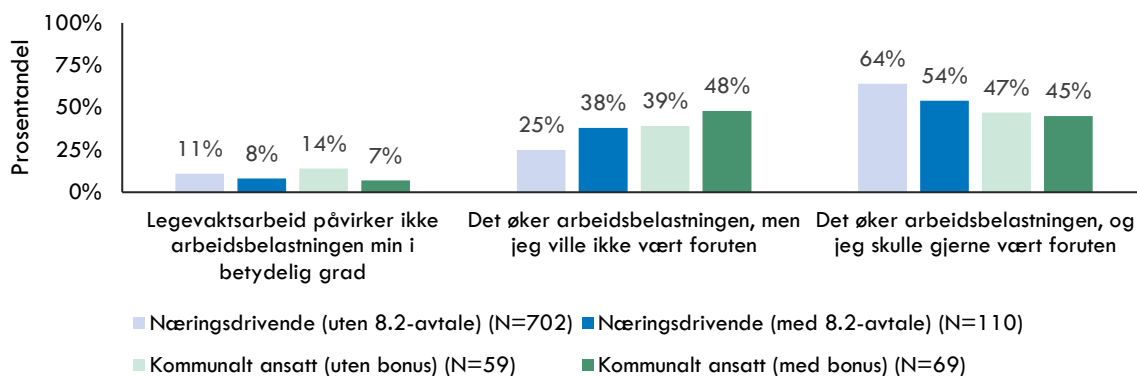
*«Fastlegearbeidet er for de fleste en fulltidsstilling, legevakt og kommunalt arbeid burde være frivillig etter kapasitet og ønske om ekstra inntjening. Selv har jeg fritak fra legevakt og redusert kommunal stilling. Om ikke dette hadde blitt innvilget, ville jeg sagt opp.»*

Sitat fra fastlege, oppgitt i spørreundersøkelsen



Blant fastlegene i spørreundersøkelsen som jobber på legevakt svarer 60 prosent at de gjerne skulle vært foruten legevaktsarbeidet. Flertallet av fastlegene som jobber på legevakt oppgir at legevaktsarbeid øker arbeidsbelastningen, uavhengig av driftsform (Figur 8-6). Det er imidlertid flere kommunalt ansatte fastleger enn selvstendig næringsdrivende som ikke ville vært foruten legevakt, på tross av økt arbeidsbelastning.

**Figur 8-6: I hvilken grad opplever du at plikten til legevaktsarbeid påvirker din arbeidsbelastning?**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger i desember 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Respondenter som har oppgitt «Ikke relevant (f.eks. unntak fra plikt om legevakt)» er tatt ut av figuren. Dette gjelder 33 prosent av selvstendig næringsdrivende uten 8.2-avtale, 19 prosent av selvstendig næringsdrivende med 8.2-avtale og 9 prosent av kommunalt ansatte med fast lønn og med og uten bonus.

### 8.2.3 Ulike pasientrelaterte oppgaver på legekontoret

På spørsmål om hvilke arbeidsoppgaver fastlegene bør fritas fra for å redusere sin arbeidsbelastning, oppgir fastlegene i fritekstsvar at det særlig er oppgaver som ikke krever medisinske vurderinger og kompetanse som oppleves som unødvendige og belastende. Dette gjelder blant annet attester og erklæringer i forbindelse med skole (særlig fraværattester), pasientreiser, førerkort, forsikring, med videre. Fastlegene trekker frem at dette er vurderinger som ikke krever fastlegens kompetanse, og dermed kan gjøres av andre. I tillegg oppfattes oppfølging og ansvar for sykmelding av pasienter som er i behandling i spesialisthelsetjenesten som unødvendig av fastlegene. Fastlegene oppgir også at arbeid med sykmeldinger bidrar til høy arbeidsbelastning, og at det er krevende å vurdere arbeidsevne på bakgrunn av korte konsultasjoner og få objektive funn, uten innsikt i arbeidshverdagen til pasienten. NAV-veilederne trekker også frem at politiske beslutninger kan ha bidratt til at NAV-ansatte i perioder har etterspurt flere erklæringer fra fastlegene. Kapittel 9.2 beskriver nærmere vurderinger av ansvar og arbeidsfordeling mellom fastleger og NAV i oppfølgingen av sykmeldte.

Fastlegene trekker også frem vurderinger av førerrett knyttet til rus, psykisk helse og alder, og påpeker at dette er vurderinger politi og vegmyndighetene bør ha ansvar for, ettersom det skaper utfordringer i relasjon mellom fastlege og pasient.

*«Vurdering av førerretten på bakgrunn av rus, psykisk helse og alder, herunder varsling til statsforvalter, oppfølging av rusfrihet og attestering. Dette burde være politi/vegmyndighetens ansvar. Opplever at svært mange ikke tørr å be om hjelp for sine plager og rusoverforbruk i frykt for tap av førerretten.»*

#### Sitat fra fastlege, oppgitt i spørreundersøkelsen

Oppgaveoverføring fra spesialisthelsetjenesten oppleves som unødvendig og belastende, og som oppgaver der fastlegene selv ikke gjør medisinske vurderinger. Dette gjelder særlig henvisning til blodprøver og bildediagnostikk. Det påpekes at pasienten får beskjed i spesialisthelsetjenesten om å gå til fastlegen for blodprøver og bildediagnostikk, fremfor at det gjøres i spesialisthelsetjenesten. Et konkret eksempel som nevnes er pasienter med revmatisme, som i utgangspunktet følges opp hos spesialister, men som likevel må gå til fastlege for henvisning til behandlingsreiser og rehabilitering. Fastlegene oppfatter dette som at de utfører sekretærarbeid for legene på sykehus.

«Oppgaver som overføres til fastlege som like godt kan gjøres av lege på sykehuset som allerede har besluttet at det skal gjøres (henwise, sykmelde osv), fraværstatter er helt meningsløse slik det praktiseres i dag og ødelegger betydningen av en slik sakkyndighetsvurdering.»

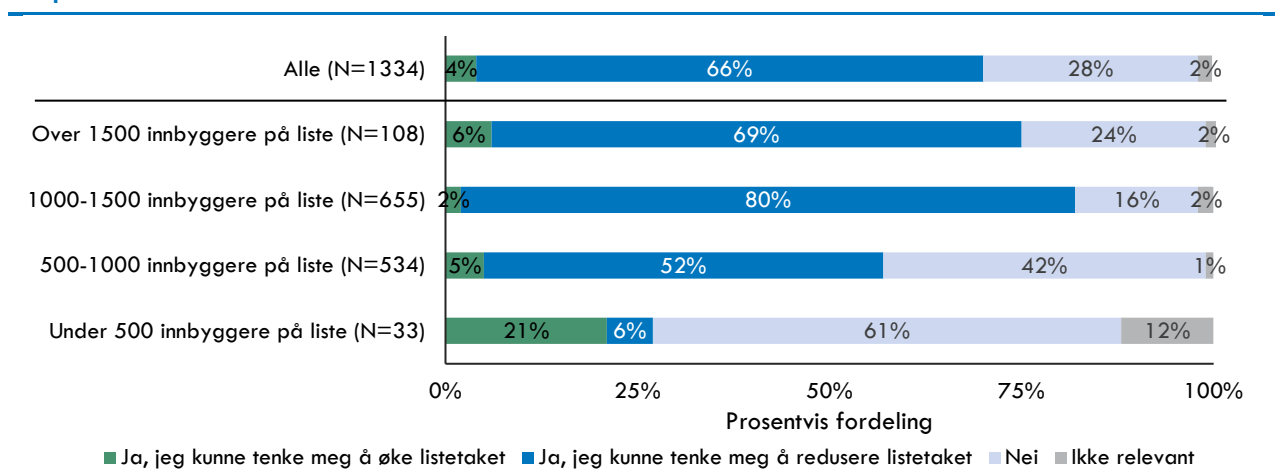
#### Sitat fra fastlege, oppgitt i spørreundersøkelsen

Det er imidlertid mange fastleger som trekker frem at de i hovedsak føler at oppgavene de utfører er relevante, og at problemet med arbeidsbelastning først og fremst er knyttet til antall pasienter. På spørsmål om hva som er den viktigste enkeltfaktoren for å skulle fortsette som fastlege svarer 22 prosent redusert arbeidsbelastning i form av redusert listelengde, mens 8 prosent svarer redusert arbeidsbelastning i form av avlasting av oppgaver (Figur 7-19). Flere fremhever at det å gi bort ansvaret for spesifikke arbeidsoppgaver kan gå negativt utover kontinuiteten i lege-pasientforholdet.

### 8.3 Listelengde og arbeidsbelastning

Over halvparten (66 prosent) av fastlegene i spørreundersøkelsen oppgir at de ønsker å redusere listetaket sitt (Figur 8-7). Tilsvarende andel var noe lavere ved forrige evaluering, men endringen er ikke statistisk signifikant ( $p=0,483$ ). Andelen som ønsker å redusere listetaket sitt er generelt sett høyere jo lengre nåværende listelengde er, med unntak av at flere av de med 1 000-1 500 innbyggere på listen ønsker å redusere listelengde enn de med over 1 500 innbyggere på listen.

**Figur 8-7: Kunne du tenke deg å endre listetaket ditt? Prosentvis fordeling etter antall innbyggere fastlegen har på sin liste**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger desember 2022, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

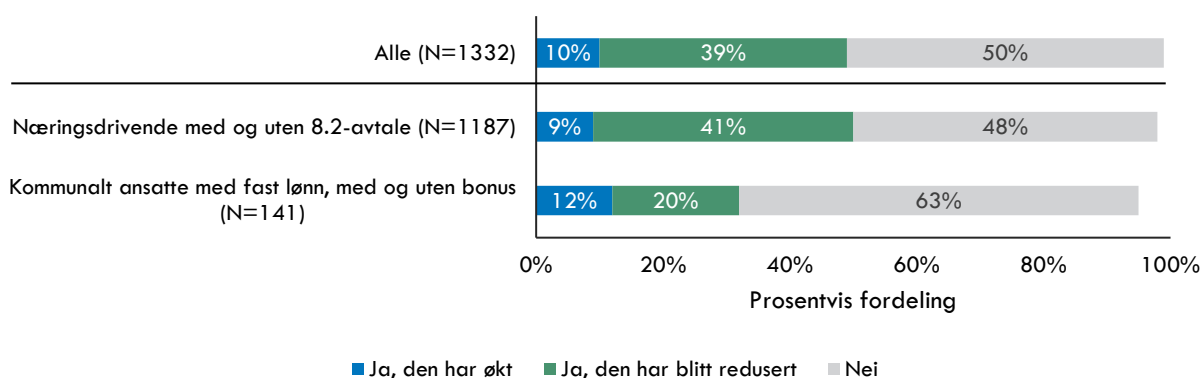
Videre svarer 39 prosent av fastlegene at de har fått redusert faktisk listelengde de siste 12 månedene (Figur 8-8). Det er signifikant forskjell mellom selvstendig næringsdrivende og kommunalt ansatte om de har fått redusert listen sin; flere næringsdrivende fastleger (med eller uten kommunal leieavtale) har fått redusert listelengden sin (41 prosent), sammenlignet med fastleger ansatt i kommunen (20 prosent).

Resultatene fra spørreundersøkelsen stemmer godt overens med registerdata som viser at 36 prosent av fastlegene reduserte listen sin med 10 plasser eller mer fra utgangen av 2021 til utgangen av 2022. Disse fastlegene reduserte i gjennomsnitt listen sin med 70 plasser hver i perioden.<sup>25</sup>

Andelen fastleger som oppgir at de har fått redusert listelengden (39 prosent) er vesentlig lavere enn reduksjonen i andelen av fastlegene som opplever at de har for stor arbeidsbelastning (fra 80 prosent i 2021 til 76 prosent i 2022 (Figur 8-2)). At reduksjonen i listelengde ikke har gitt større reduksjon i opplevd arbeidsbelastning kan for eksempel skyldes at arbeidsmengden per pasient eller arbeidsmengden knyttet til andre allmennt medisinske oppgaver har økt.

<sup>25</sup> Analysert ved hjelp av data fra FLO. Analysen inkluderer kun de som var fastleger både i 2021 og 2022.

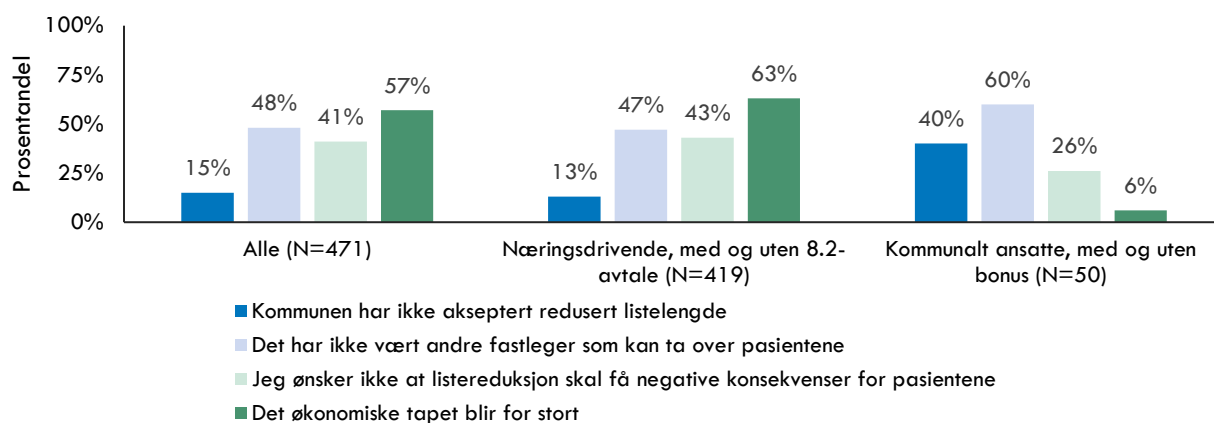
**Figur 8-8: Har din faktiske listelengde blitt endret de siste 12 månedene?**



**Kilde:** Spørreundersøkelse til fastleger desember 2022, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. De som har oppgitt at listelengden har endret seg, men at endringen skyldtes at de tidligere hadde nullliste er tatt ut av figuren (N=28).

Blant fastlegene som har oppgitt et ønske om å redusere listetaket sitt, men som ikke faktisk har fått redusert listelengde svarer flertallet (57 prosent) at det skyldes at det økonomiske tapet blir for stort. Det er også mange som oppgir at det ikke har vært andre fastleger som kan ta over pasientene (48 prosent) eller at de er bekymret for at listereduksjon skal føre til negative konsekvenser for pasientene (41 prosent) (Figur 8-9). Kommunal ansatte fastleger oppgir i større grad enn næringsdrivende at årsaken til listelengden ikke blir redusert skyldes at kommunen ikke har akseptert ønsket om redusert listelengde. Få næringsdrivende fastleger oppgir dette som grunn til at listetaket ikke har blitt redusert.

**Figur 8-9: Du har svart at du ønsker å redusere ditt listetak. Hva er grunnen til at listelengden ikke har blitt redusert? Kryss av for alle relevante svaralternativer.**



**Kilde:** Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer desember 2022, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

## 9. Arbeidsdeling og samhandling

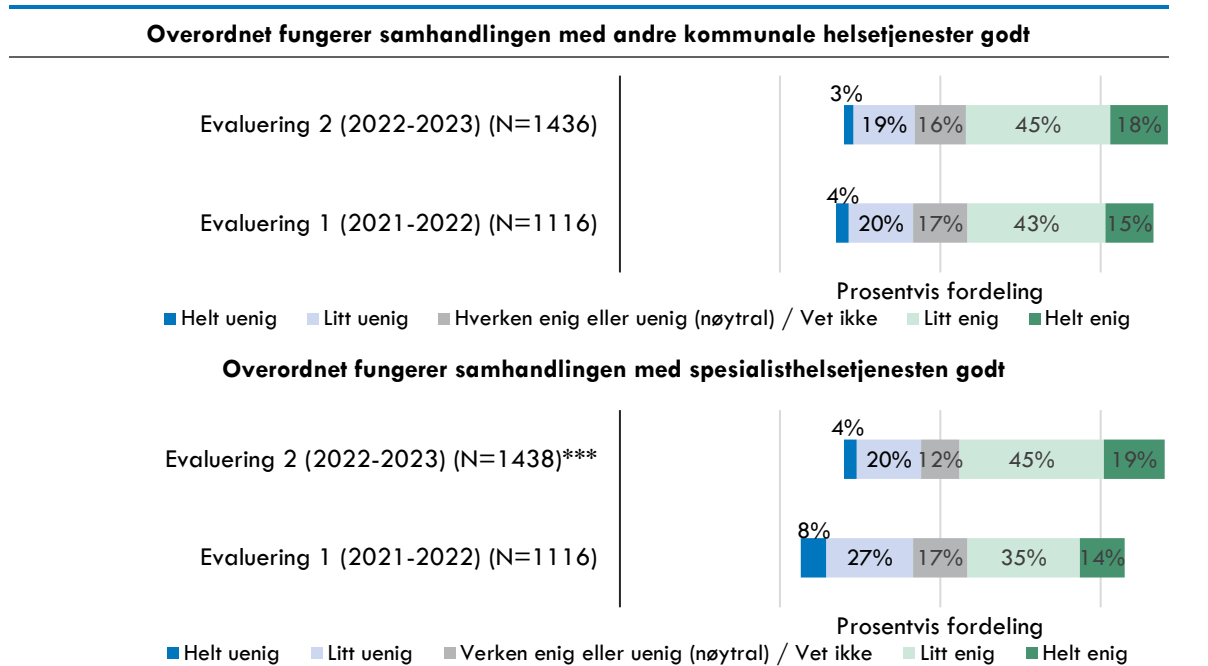
*God arbeidsdeling og samhandling mellom allmennlegetjenesten og andre deler av helse- og omsorgstjenesten er viktig for kvalitet og ressursbruk i helsetjenesten. Flere av de pågående tiltakene i handlingsplanen er spesifikt rettet mot bedre samhandling og mer hensiktsmessig arbeidsdeling. De fleste fastlegene oppgir i spørreundersøkelsen at samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre helse- og omsorgstjenester fungerer godt. Det er statistisk signifikant flere som oppgir at samhandlingen med spesialisthelsetjenesten fungerer godt i årets spørreundersøkelse, sammenlignet med spørreundersøkelsen tilknyttet evalueringsrapport I, mens det ikke er noen statistisk signifikant endring når det gjelder samhandling med andre kommunale helse- og omsorgstjenester.*

*I årets rapport har vi også undersøkt hvordan fastleger og NAV-veiledere opplever arbeidsdelingen og samarbeidet. NAV-veiledere oppfatter arbeidsdelingen mellom NAV og fastlegene som hensiktsmessig, men ønsker å involvere fastlegene i større grad. Fastleger har derimot delte meninger om arbeidsdelingen, og peker på at de ikke alltid har forutsetninger for å gi informasjonen som etterspørres av NAV. Flere NAV-veiledere og fastleger opplever at de har et velfungerende samarbeid, særlig hvis de har god kjennskap til hverandre, og peker på behovet for kommunikasjonsplattformer og samarbeidsmøter. NAV-veiledere merker at fastlegetjenesten preges av høy arbeidsbelastning og mangel på fastleger, både ved mangelfulle legeerklæringer og sykmeldinger, samt at økt vikarbruk forsinker saksgangen. NAV-veiledere ønsker forbedret kvalitet på den medisinske dokumentasjonen de mottar, men fastlegene synes det er utfordrende å gjøre funksjonsvurderinger og opplever utfordringer med skjemaene.*

### 9.1 Samhandling med kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten

Over halvparten av fastlegene oppgir i spørreundersøkelsen at de er litt eller helt enige i at samhandlingen med spesialisthelsetjenesten (64 prosent) og andre kommunale helse- og omsorgstjenester (63 prosent) fungerer godt, mens om lag en av fem er litt eller helt uenige i de to påstandene (Figur 9-1). Det er statistisk signifikant flere fastleger i små kommuner (under 50 000 innbyggere) som oppgir at samhandlingen med andre kommunale helse- og omsorgstjenester fungerer godt, sammenlignet med fastleger i store kommuner (over 50 000 innbyggere). Dette gjelder imidlertid ikke for samhandling med spesialisthelsetjenesten. Det er statistisk signifikant flere som oppgir at samhandlingen med spesialisthelsetjenesten fungerer godt i årets spørreundersøkelse, sammenlignet med spørreundersøkelsen tilknyttet evalueringsrapport I, mens det ikke er noen statistisk signifikant endring når det gjelder samhandling med andre kommunale helse- og omsorgstjenester.

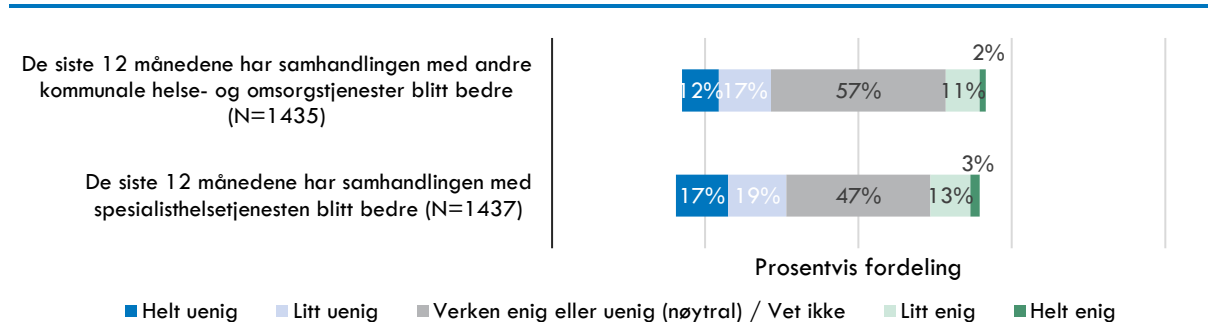
**Figur 9-1: Vurder følgende utsagn om samhandling med andre deler av helse-, velferds- og omsorgssektoren**



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.

De fleste fastlegene er hverken enig eller uenig i at samhandlingen med andre kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten har blitt bedre de siste 12 månedene (henholdsvis 57 og 47 prosent mener dette) (Figur 9-2). 13 prosent er litt eller helt enige i at samhandlingen med andre kommunale helse- og omsorgstjenester har blitt bedre siste 12 måneder, mens 16 prosent er litt eller helt enige i samme påstand om spesialisthelsetjenesten.

**Figur 9-2: Vurder følgende utsagn om samhandling med andre deler av helse-, velferds- og omsorgssektoren**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer desember 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. \*Indikerer at svarfordelingen er signifikant forskjellig i evaluering 1 og evaluering 2. \*p<0,10 \*\*p<0,05 \*\*\*p<0,01.

### 9.1.1 Økt samhandling gjennom helsefellesskap

Helsefellesskap er et av tiltakene som er iverksatt for å tilrettelegge for god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Ifølge Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan (2022f) var 18 av 19 helsefellesskap formelt etablert i 2022.

Funn fra intervjuundersøkelsen blant fastleger viser at de har varierende kjennskap til arbeidet som gjøres med helsefellesskapet i deres region. En fastlege kjenner ikke til arbeidet med helsefellesskap i det hele tatt, mens andre kjenner til helsefellesskapet, men er lite involvert og kjenner ikke til hvordan arbeidet fungerer. En fastlege kjenner til at det har blitt rekruttert en fastlege som sitter i strategisk samarbeidsutvalg for helsefellesskapet, men opplever at de øvrige fastlegene i regionen får lite informasjon om hva helsefellesskapet arbeider med.

Helsedirektoratet (2022f) rapporterer også at en av utfordringene knyttet til dagens helsefelleskap er at kommuner og helseforetakene ikke opptrer som likeverdige parter i samarbeidet, og at partene går inn i helsefelleskapet med ulike forutsetninger og prioriteringer. Å arbeide for at helsefelleskapet ikke blir dominert av en part er et av de viktige momentene som trekkes frem i statusrapporten for Nasjonal helse- og sykehusplan (Helsedirektoratet, 2022f).

## 9.2 Samhandling og samarbeid mellom NAV og fastleger

Fastleger samhandler med NAV i oppfølgingen av personer med nedsatt arbeidsevne grunnet sykdom, herunder utsteder de attester som sykmeldinger eller legeerklæringer, og deltar i dialogmøter (Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2021). Denne samhandlingen finansieres gjennom normaltariffen for fastleger, hvorav utarbeidelse av sykmeldinger, legeerklæringer og deltakelse på dialogmøter utløser ulike takster som honorerer fastlegen (Den norske legeforening, u.d.b). Mange fastleger oppgir å bruke mye av arbeidsdagen sin på pasientrettet arbeid uten at pasienten er til stede, og attester og erklæringer inngår i dette arbeidet (Rebnord, Eikeland, Hunskaar, & Morken, 2018). Tidligere studier viste at fastleger bruker mer tid på blant annet dokumentasjon til NAV sammenlignet med tidligere, og at de ønsker å bruke mindre tid på «ikke-medisinske oppgaver» som å skrive legeerklæringer og utarbeide dokumentasjon til NAV (EY og Vista Analyse, 2019). Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV) har nylig i en rapport kommet med flere anbefalinger om hvordan samhandlingen med fastlegene kan bedres samtidig som fastlegenes tidsbruk tilknyttet NAV-relaterte arbeidsoppgaver kan reduseres (Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2021). Blant annet anbefales det å digitalisere dialogen og øke brukervennligheten i skjemaene for å skape kortsiktige gevinster. Samtidig anbefales det å etablere en ny plattform for informasjonsutveksling mellom NAV og helsepersonell, og at det settes ned et arbeid for å sikre kvalitetsmessig gode funksjonsvurderinger. Flere av anbefalingene kan bidra til arbeidet med å avlaste fastleger for oppgaver (tiltak 6 i handlingsplanen).

NAV har et bredt samfunnsoppdrag, herunder blant annet å følge opp personer som opplever nedsatt arbeidsevne og behandle søknader om helserelaterte ytelser. Felles for de helserelaterte ytelsene, som sykepenger, arbeidsavklaringspenger (AAP) og uføretrygd, er at det stilles medisinske krav om at brukeren ikke kan være i arbeid grunnet sykdom (Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2021). Det sentrale vurderingskriteriet for NAV er om sykdommen har vesentlige konsekvenser for brukerens evne til å delta i arbeidslivet. For å avklare dette har NAV ofte behov for medisinske opplysninger fra fastlegen (Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2021). Når en pasient søker om sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd vil dette som oftest medføre samhandling mellom fastlegen og NAV. Særlig saksforløpet for sykepenger innebærer ofte stor grad av samhandling og informasjonsutveksling mellom fastlegen og NAV. I Vedlegg D gir vi en detaljert gjennomgang av samhandlingen mellom fastleger og NAV i oppfølgingsløpet for sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd.

Vi har intervjuet fastleger og NAV-veiledere om hvordan de opplever at samhandlingen og samarbeidet fungerer, og presenterer funnene i de følgende delkapitlene, samt i Figur 9-3.

**Figur 9-3: Hovedfunn fra intervjuundersøkelse med fastleger og NAV-veiledere**



NAV-veiledere oppfatter arbeidsdelingen mellom NAV og fastlegene som hensiktsmessig, mens fastlegene har delte meninger



Flere NAV-veiledere og fastleger opplever at de har et velfungerende samarbeid, særlig hvis de har god kjennskap til hverandre. De peker på behovet for kommunikasjonsplattformer og samarbeidsmøter



NAV-veiledere merker at fastlegetjenesten preges av høy arbeidsbelastning og mangel på fastleger, både ved mangelfulle legeerklæringer og sykmeldinger, samt at økt vikarbruk forsinket saksgangen



NAV-veiledere ønsker forbedret kvalitet på den medisinske dokumentasjonen de mottar, men fastlegene synes det er utfordrende å gjøre funksjonsvurderinger og opplever utfordringer med skjemaene

Kilde: Intervjuer med fastleger og NAV-veiledere, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo, høsten 2022.

### 9.2.1 NAV-veiledere og fastlegers erfaringer med arbeidsdeling og samarbeid

De fleste NAV-veiledere vi har snakket med opplever at det er en hensiktsmessig arbeidsdeling mellom fastleger og NAV. De påpeker at fastlegene har den medisinske kompetansen og kjenner brukeren sin helsetilstand, og at de er avhengig av fastlegenes medisinske opplysninger når de skal vurdere om vilkår for stønader som sykepenger eller arbeidsavklaringspenger er oppfylt, og for å vurdere mulige arbeidsrettede tiltak. Fastlegene vi har snakket med har derimot delte meninger om hvorvidt arbeidsdelingen er hensiktsmessig. Enkelte trekker frem at det er utfordrende å gjennomføre en funksjonsvurdering gjennom en vanlig konsultasjon, og at det krever kjennskap til pasientens arbeidsplass. Det kan være utfordrende å få til, ettersom det er begrenset hvor mye informasjon fastlegen får om pasientens arbeidsplass i løpet av konsultasjonen. Noen NAV-veiledere peker på at det kan være fordelaktig å ha dialogmøter på arbeidsplassen til pasienten, og at fastlegen deltar slik at de får innsikt i brukerens arbeidsplass, men ofte holdes dialogmøter på legekantoret ettersom fastlegen har begrenset med tid.

I spørreundersøkelsen fikk fastleger spørsmål om hvilke arbeidsoppgaver de gjerne kunne vært fritatt fra for å redusere arbeidsbelastningen, der flere i fritekstsvar oppgir arbeid knyttet til sykmeldinger og oppfølging av sykemeldte. De peker på at det burde være en sak mellom pasient og arbeidsgiver, og at det heller burde vært leger i NAV-systemet som stod for denne oppfølgingen. Det begrunnes med at det er krevende for fastlegen å vurdere arbeidsevne på bakgrunn av korte konsultasjoner, uten innsikt i arbeidshverdagen til pasienten.

*«[...] Vi ser ikke pasienten i arbeid, og det er vanskelig å vurdere arbeidsevnen ut over at «pasienten forteller at». Fastleger står alene med et enormt ansvar. Både for behandling og oppfølging. I tillegg har [vi] en viktig portvokterfunksjon, som er en svært belastende oppgave. Det letteste er å si ja til alt. Det krevende er å vurdere indikasjon, [...] si nei, i et samfunn der mange forventer «full utredning», billeddiagnostikk, spesialistvurdering for ufarlige symptomer. Mange vil «sykemelde seg» av årsaker som ikke er sykdom, men mer relatert til at livet eller jobben er utfordrende.»*

---

#### Fastlege, oppgitt i fritekstsvar i spørreundersøkelse

Flere fastleger oppgir i intervju at mengden av legeerklæringer NAV etterspør er belastende, særlig knyttet til forhold som har vært bekreftet før eller der det ikke har vært endring, for eksempel ved medfødte tilstander. Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten anbefaler å begrense omfanget av attester fastleger må skrive, blant annet anbefaler de at det ikke bør være nødvendig å skrive gjentatte attester som beskriver kroniske tilstander, som blindhet, genetiske sykdommer og varige funksjonshemminger (Ekspertutvalget, 2023). Flere trekker også frem at det kun er pasienten som har grunnlag for å svare på en del av spørsmålene NAV sender. I disse tilfellene blir fastlegens erklæring kun basert på pasientens forklaring, noe fastlegene opplever som unødvendig bruk av tid. Det er særlig korte sykmeldingsperioder, der fastlegen ikke gir helsehjelp, som trekkes frem som noe som bør være mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, for eksempel ved flere egenmeldingsdager og karensdager.

Flere NAV-veiledere og fastleger opplever at samarbeidet fungerer godt. Dette understøttes også av NAV sin egen upubliserte undersøkelse, som vi har fått tilsendt og tillatelse til å omtale, av 2400 ansatte i NAV ved kontaktsentre, lokale kontor, NAV Arbeid og ytelser og NAV Hjelpemidler og tilrettelegging. Undersøkelsen viser at rundt 3 av 4 av NAV-medarbeiderne mener de har et godt samarbeid med fastlegene (NAV, 2022b). Både fastleger og NAV-veiledere trekker frem i intervjuene at samarbeidet fungerer bedre når de kjenner hverandre, mens samarbeidet fungerer mindre godt når det er vanskelig og tidkrevende å komme i dialog med hverandre, eller når det er uklart hvem man skal henvende seg til. Flere fastleger og NAV-veiledere peker på at et forbedringstiltak for samarbeidet er å utveksle direkte kontaktinformasjon slik at det blir enklere å komme i kontakt med hverandre. Enkelte NAV-veiledere foreslår også at det burde utarbeides en dialogtjeneste som fungerer mer som en chatte-tjeneste som muliggjør mer direkte dialog mellom NAV og fastlegen.

Noen NAV-veiledere fremhever samarbeidsmøter utenom enkeltsaker som et forbedringstiltak for samarbeidet. Et flertall av NAV-veilederne opplyser at slike samarbeidsmøter var vanlig før, men at de gradvis har falt bort over tid. Dette synes å ha flere årsaker, blant annet fallende deltakelse over tid og at møtene ikke har blitt gjenopptatt etter koronapandemien. De fleste NAV-veilederne ønsker å gjenoppta samarbeidsmøtene ettersom de opplevdes nyttige og medførte økt dialog. Samtidig var det en utfordring med lavt oppmøte eller at de

fastlegene som møter opp ikke er de NAV opplever at er utfordrende å samarbeide med. Enkelte fastleger påpeker at det er vanskelig å prioritere samarbeidsmøter når arbeidsbelastningen er stor, samt at samarbeidsmøter blir nedprioritert ettersom det ikke er honorert.

### 9.2.2 NAV-veilederes opplevelse av utfordringen i fastlegeordningen

Flere NAV-veiledere merker at fastlegetjenesten preges av høy arbeidsbelastning og mangel på fastleger, for eksempel ved at fastlegene ber om utsatt frist til å sende inn legeerklæringer, eller at de sender inn mangelfulle legeerklæringer og sykemeldinger. NAV-veilederne tolker dette som et tegn på at flere fastleger er presset på tid, og at legeerklæringer og sykemeldinger blir nedprioritert. Samtidig har brukere informert enkelte av NAV-veilederne at det kan ta tid før de får time hos fastlegen. Forsinkede og mangelfulle helseopplysninger medfører at saksbehandlingstiden hos NAV blir forsinket. Brukerne må da enten oppsøke sin fastlege for å be om en ny legeerklæring eller sykmelding, eller forberede seg på at det kan ta lengre tid å få de helserelevante ytelsene. De kan også oppleve stans i utbetalingene eller at de får avslag på sin søknad om sykepenger eller arbeidsavklaringspenger. Noen NAV-veiledere opplyser at i ytterste konsekvens må brukeren søke om sosialhjelp mens de venter på svar på søknaden for å ha tilstrekkelig midler til livsopphold. Forsinkelser og mangelfulle helseopplysninger kan dermed medføre en stor økonomisk belastning og engstelse for brukerne.

NAV-veilederne trekker også frem at økt vikarbruk i fastlegeordningen skaper ulike utfordringer for saksbehandlingen av helserelevante ytelser. De opplever at fastlegevikarer gjør det uoversiktlig for både NAV-veilederne og brukerne å vite hvem man skal henvende seg til for en sykmelding eller legeerklæring, og at dette skaper forsinkelser i saksbehandlingen av helserelevante ytelser. De peker også på at en fastlegevikar har mindre kjennskap til pasientens sykdomshistorie, hvilket gjenspeiles i sykemeldingene og legeerklæringer. Noen NAV-veiledere trekker også frem at tidspress i fastlegeordningen og økt bruk av fastlegevikarer vil kunne påvirke fremdriften i saken, og at fastlegen ofte er en viktig pådriver, særlig i løpet for sykepenger, til å vurdere hvilke muligheter brukeren har til å stå i arbeid. Dersom fastlegen har lite tid eller det er en fastlegevikar som vurderer brukeren, kan det medføre at perioden med helserelevante ytelser øker.

### 9.2.3 Utfordringer knyttet til sykemeldinger og legeerklæringer

NAV-veiledere kan ha behov for en funksjonsvurdering eller oppdatert medisinsk informasjon om pasientens helsetilstand som de etterspør fra fastlegen gjennom sykemeldinger eller legeerklæringer. Funn fra NAV sin egen undersøkelse viser at flertallet av NAV-medarbeidere som regel er fornøyd med kvaliteten på sykemeldinger, mens rundt halvparten av NAV-medarbeiderne er fornøyd med kvaliteten på legeerklæringer (NAV, 2022b). Dette støttes også i intervjuene, hvor NAV-veilederne opplyser at det varierer hvor godt fastleger fyller ut sykemeldinger og legeerklæringer, og at det er utfordringer med enkelte fastleger.

Flere NAV-veiledere peker på at de medisinske opplysningene fra enkelte fastleger ikke inneholder en tilstrekkelig funksjonsvurdering, men er mer fokusert på diagnose. NAV-veilederne påpeker at de forsøker å være konkrete når de henvender seg til fastlegene, men en NAV-veileder hadde inntrykk av at enkelte fastleger mangler forståelse for hvilken informasjon de har behov for. Som nevnt synes enkelte fastleger det er utfordrende å skrive funksjonsvurderinger ettersom de ikke har tilstrekkelig kjennskap om arbeidsplassen til pasienten, eller at det er vanskelig å få nok informasjon gjennom en vanlig konsultasjon.

Noen NAV-veiledere påpeker at legeerklæringer de mottar fra enkelte fastleger bærer preg av «klipp og lim» fra tidligere legeerklæringer eller epikriser, og at erklæringer ikke dokumenterer at det er gjort ny vurdering ut fra nåtidens bilde av pasientens helsetilstand. Noen NAV-veiledere trekker frem at den digitale sykemeldingen inneholder stoppunkt som gjør at fastlegen må fylle inn informasjon i feltet for å komme videre i skjemaet. En NAV-veileder opplyser at dette har bidratt til bedre utfylling av sykemeldingene, mens noen opplever at enkelte fastleger hopper over de obligatoriske feltene ved å fylle inn et punktum.

NAV-veiledere trekker frem at det er problematisk med mangelfulle medisinske opplysninger fordi det medfører merarbeid, enten ved at de må be om tilleggsopplysninger, eller forkaste legeerklæringen eller sykemeldingen. Funn fra NAV sin egen undersøkelse viser også at manglende legeerklæringer medfører at noen NAV-ansatte velger å bruke rådgivende leger for å vurdere allerede mottatt informasjon, eller bestiller spesialisterklæringer eller erklæringer fra andre profesjoner enn leger (NAV, 2022b). Inntrykket fra intervjuene med NAV-veiledere er at det er en sammenheng mellom mangelfulle medisinske dokumentasjon fra fastleger og at fastlegeordningen er under press.

Enkelte fastleger og NAV-veiledere trekker også frem utfordringer knyttet til utformingen av skjemaene til NAV. En NAV-veileder informerer at de har fått tilbakemeldinger fra fastlegene i kommunen om at legeerklæringen



oppleves som tungvint, og at de ønsker et skjema som er enklere å fylle ut. En fastlege opplever at det største problemet med samhandlingen med NAV er utformingen av skjemaene, som oppleves som gamle og utdaterte, og som spør om avklaringer og prosesser fastleger vet lite om. Disse funnene er i tråd med en utredning gjennomført av Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet (2021), som også viser at det er utfordringer knyttet til utformingen av sykmeldingen og legeerklæringen. Utredningen viser at skjemaene for sykmelding og legeerklæringen er to av de mest brukte skjemaene som fastlegene sender til NAV, og konkluderer med at dersom man ønsker å redusere arbeidsmengden til fastlegene på dette området, er det nødvendig å fokusere på endringer i de to nevnte skjemaene. Særlig legeerklæringen trekkes frem i utredningen som problematisk, ettersom skjemaet er generelt uformet for å innhente mer utfyllende helseopplysninger, og ikke rettet spesifikt mot for eksempel arbeidsavklaringspenger. Dette medfører at NAV ikke får de helseopplysningene de har behov for og må be om tilleggsopplysninger, noe som skaper merarbeid for NAV-veiledere og fastlegene. Det er også utfordringer knyttet til at sykmeldingen og legeerklæringen er integrert i fastlegenes EPJ-løsninger. Når NAV gjennomfører endringer i skjemaer er det derfor nødvendig at EPJ-leverandørene gjennomfører endringer i sine løsninger, noe som utredningen påpeker har erfaringsmessig vært vanskelig å få til.

Flere fastleger har tidligere oppgitt at arbeidsbelastningen har økt betydelig det siste året grunnet arbeid med sykemeldinger og utstedelse av attester og erklæringer (Pedersen, et al., 2022). Noen NAV-veiledere opplever at de ikke etterspør flere erklæringer, mens andre NAV-veiledere trekker frem at fastleger kan ha opplevd økt belastning de siste årene som følge av politiske beslutninger. En NAV-veileder påpeker at i 2018 innførte regjeringen krav om et karenssår etter maksdatoen på AAP. I juli 2022 ble derimot bestemmelsen om et karenssår fjernet, og det ble innført en overgangsordning slik at de fleste som hadde siste dag med AAP mellom 30. juni til og med 30. oktober 2022 fikk forlenget stønadperioden til og med 31. oktober 2022 (NAV, 2022d; Rundskriv til ftrl kap. 11 - Arbeidsavklaringspenger, 2002). Dette medførte at mange av AAP-sakene måtte avklares innen 31. oktober 2022. Slike politiske beslutninger kan ha medført at NAV har måtte innhente oppdaterte legeerklæringer på flere pasienter innen en kort tidsperiode for å avklare om pasienten skal tilbake i arbeid eller søke om andre ytelser. Dette kan ha medført økt periodevis pågang hos fastlegene.

Helhetsinntrykket fra intervjuene med fastlegene og NAV-veiledere er at samarbeidet i all hovedsak fungerer godt, men at det er noen forbedringsmuligheter:

- Tilgang på direkte kontaktinformasjon.
- Utfordringer knyttet til sykemeldinger og legeerklæringer er en årsak til økt arbeidsbelastning for fastlegene, men som er helt nødvendig for NAV å innhente for at de skal kunne gjennomføre sitt arbeid knyttet til helserelaterte ytelser.
- NAV-veilederne ønsker forbedret kvalitet på den medisinske dokumentasjonen de mottar, særlig knyttet til funksjonsvurderinger, mens fastlegene peker på at det er utfordrende å gjennomføre funksjonsvurderinger. Dette tyder på at det er en utfordring at flere fastleger mener de ikke har forutsetninger for å gjennomføre en av arbeidsoppgavene som NAV pålegger og er helt avhengig av.

Intervju- og spørreundersøkelser tyder på at fastleger ønsker å bli avlastet for enkelte oppgaver, særlig relatert til sykmelding og oppfølgingen av pasienten i sykmeldingsløpet. Funn fra tidligere studier viser også at blant annet NAV-skjemaer er oppgaver som ikke burde tilfalle fastlegen, og et forslag til redusert arbeid knyttet til dokumentasjon og attester er at rådgivende leger i NAV tar seg av sykmeldingsarbeidet (EY og Vista Analyse, 2019). Fastlegers ansvar for sykemeldinger er et debattert tema, og flere tar til orde for at legen bør ha en mindre rolle i dette arbeidet, og at leger mangler forutsetninger for å ta objektive vurderinger på om pasienten kan utføre alle eller deler av arbeidsoppgavene sine (NRK, 2017). I tillegg trekkes det frem at andre parter, som bedriftshelsetjenesten og bedriftsleger, i større grad kan ta slike vurderinger ettersom de har mer innsikt i miljøet på arbeidsplassen (Lillebø, 2022). Bedriftsleger er blant annet brukt i sykmeldingsoppfølgingen i Nederland, der arbeidsgiver har et større ansvar i oppfølgingsløpet og er pliktig til å leie inn en sertifisert bedriftslege etter seks uker sykmelding og vurdere årsaken til at den ansatte er sykmeldt. Samtidig er det i liten grad aktuelt for små og mellomstore bedrifter å ansette en bedriftslege som kan sykmelde og vurdere sykemeldinger (Ose, Kaspersen, & Kalseth, 2018).

Spørsmålet om fastlegens rolle inngikk i ekspertutvalget for allmennlegetjenestens mandat, og i sin rapport anbefaler de ingen endring i rollen som medisinsk ekspert i saker som omhandler lengre sykefravær, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. Ekspertutvalget anbefaler videre at arbeidstaker må bruke opp egenmeldingsdagene før sykmelding benyttes, og at det kan være en positiv effekt ved økt bruk av

egenmeldinger for korttidsfravær istedenfor sykmeldinger, men at effektene dette kan ha på sykefravær og fastlegenes tidsbruk må følges opp nøye (Ekspertutvalget, 2023).

#### **9.2.4 Tiltak for bedret samarbeid mellom NAV og fastleger**

Enkelte tiltak er iverksatt for å bedre samarbeidet mellom NAV og fastlegene. Blant annet har Arbeids- og velferdsdirektoratet, sammen med Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet, fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet og Arbeids- og inkluderingsdepartementet, å etablere et samarbeid for å forbedre informasjonsutvekslingen mellom NAV og helsetjenesten. Som grunnlag for dette samarbeidet skal direktoratene gjennomføre et forprosjekt, hvorav en del av forprosjektet er at direktoratene skal beskrive, teste ut og validere en ny teknisk løsning for utveksling av helseopplysninger. Videre vil en del av forprosjektet innebære å komme med en anbefaling til videre arbeid med forbedring av informasjonsutvekslingen mellom Arbeids- og velferdsdirektoratet og helsetjenesten. Direktoratene skal i oppdraget også forsøke å etablere felles læringsplattformer mellom Arbeids- og velferdsetaten og helsesektoren. Dette arbeidet kan potensielt forbedre den digitale samhandlingen mellom fastleger og NAV, og løse enkelte av utfordringene som har kommet frem i intervjuene med NAV-veiledere og fastleger.

## 10. Teamarbeid

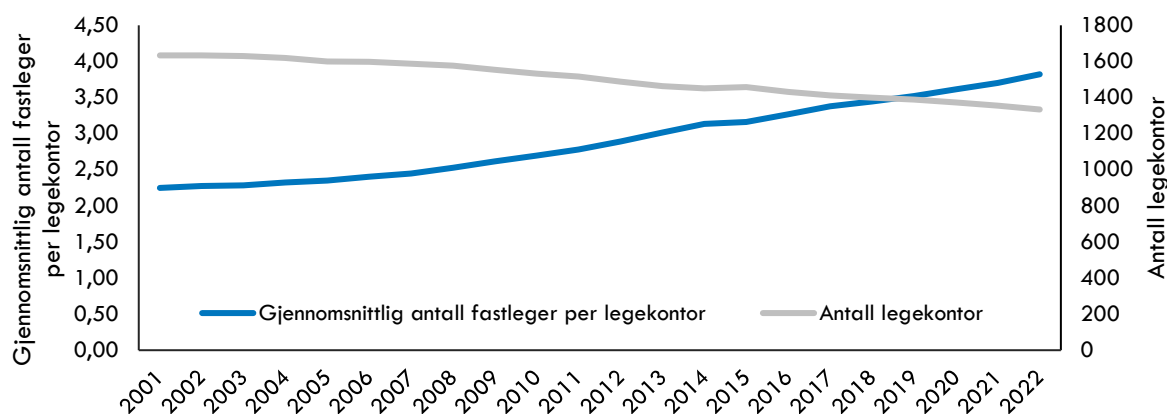
Handlingsplanen trekker frem at tverrfaglige, teambaserte tjenester vil være viktig for en fremtidsrettet helsetjeneste. Det pågår en utvikling i retning av færre, men større fastlegekontor. Antall legekantor i Norge er blitt redusert fra 1633 legekantor i 2001 til 1334 legekantor i 2022; samtidig har gjennomsnittlig antall fastleger per legekantor økt fra 2,25 til 3,82 i samme periode. Det høyeste antallet fastleger på ett fastlegekontor er 17. Antall innbyggere med fastlege uten kolleger har avtatt, fra 845 000 innbyggere ved utgangen av 2001 til 207 000 innbyggere ved utgangen av 2022. Pilotprosjekt med primærhelseteam ble avsluttet 31. mars 2023, og har gitt ny kunnskap om teambasert tilnærming til allmennlegetjenesten. Evalueringen av forsøket viste blant annet at pasienter som mottar helsehjelp fra sykepleier i primærhelseteam er tilfredse med ulike deler av oppfølgingen fra både sykepleier og fastlege, og at de ønsker å bli fulgt opp av sykepleier.

Det tredje målområdet i handlingsplanen handler om at allmennlegetjenesten skal være teambasert. Ved å bygge videre på det som fungerer godt i dagens fastlegeordning, skal det utvikles en teambasert fastlegeordning med utgangspunkt i evalueringen av piloten med primærhelseteam og internasjonale erfaringer med lignende ordninger. I evalueringsrapport I (Pedersen, et al., 2022) beskrev vi status for utviklingen av teambaserte fastlegetjenester, og fastlegers holdninger til å skape en mer teambasert fastlegeordning enn i dag.

### 10.1.1 Organisering av fastlegekontorene

Siden fastlegeordningen ble innført i 2001, har antall legekantor gått ned, samtidig som antallet fastleger ved hvert kontor har økt. Antall legekantor i Norge er blitt redusert fra 1633 legekantor i 2001 til 1334 legekantor i 2022; samtidig har gjennomsnittlig antall fastleger per legekantor økt fra 2,25 til 3,82 i samme periode (Figur 10-1). Dersom man tar utgangspunkt i hver enkelt lege, jobbet halvparten av legene på kontor med færre enn tre leger i fjerde kvartal 2001, og færre enn fem leger i fjerde kvartal 2022. Med andre ord har medianlegen dobbelt så mange kolleger på kontoret i 2022 (fire kolleger) som medianlegen hadde i 2001 (to kolleger). Per utgangen av desember 2022 var 3,3 prosent av landets lister tilknyttet solopraksis, mens 4,5 prosent var tilknyttet fellelister.

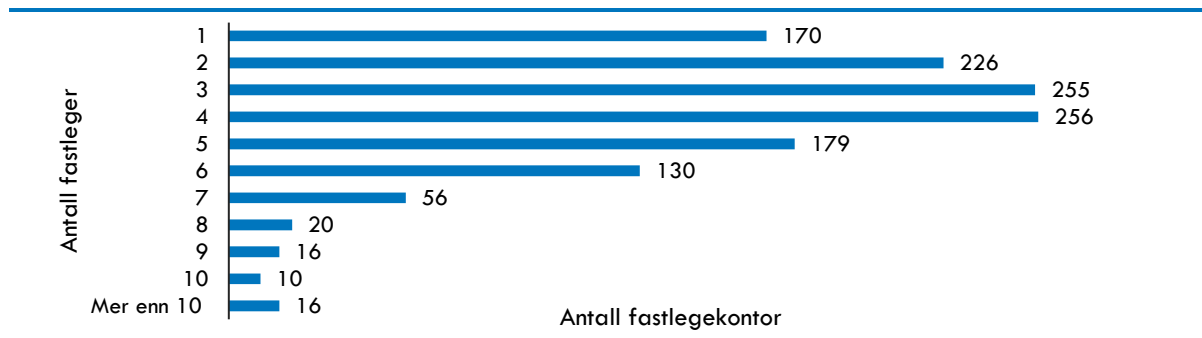
Figur 10-1: Gjennomsnittlig antall fastleger per legekantor, og antall legekantor 2001-2022.



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

Ser man på størrelsen på legekantorene ser man at det ved utgangen av 2022 var flest legekantor med tre (255 legekantor) og fire (256 legekantor) fastleger (Figur 10-2). Totalt utgjør dette nesten halvparten (40 prosent) av de 1 334 fastlegekontorene. Omtrent en av ti (13 prosent) fastlegekontor har en fastlege, mens en av 100 (ett prosent) har flere enn ti fastleger. Det høyeste antallet fastleger på ett fastlegekontor er 17.

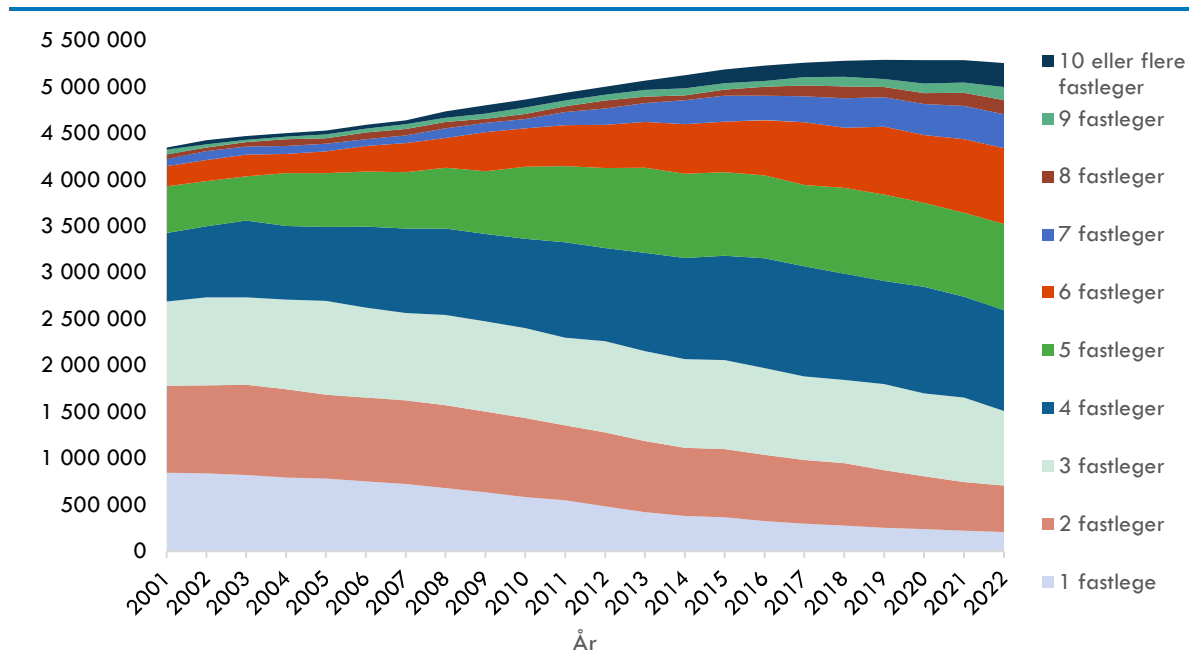
**Figur 10-2: Fordeling av antall fastleger per legekantor ved utgangen av år 2022.**



Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics. Lister uten fast lege er ikke inkludert i analysen. N=1 334 (fastlegekantor)

I Figur 10-3 beskriver vi tallet på innbyggere gruppert etter antallet fastleger på egen fastleges kontor. Tallet på innbyggere med fastlege uten kolleger har avtatt, fra 845 000 innbyggere ved utgangen av 2001 til 207 000 innbyggere ved utgangen av 2022. I Figur 10-3 Figur ser vi at stadig flere innbyggere har en fastlege som praktiserer ved et fastlegekantor med fire eller flere fastleger. Ved utgangen av 2001 var det om lag 1,7 millioner innbyggere som hadde en fastlege som praktiserte ved et fastlegekantor med fire eller flere fastleger. Ved utgangen av 2022 var antall innbyggere med fastlegekantor med fire eller flere fastleger passert 3,7 millioner.

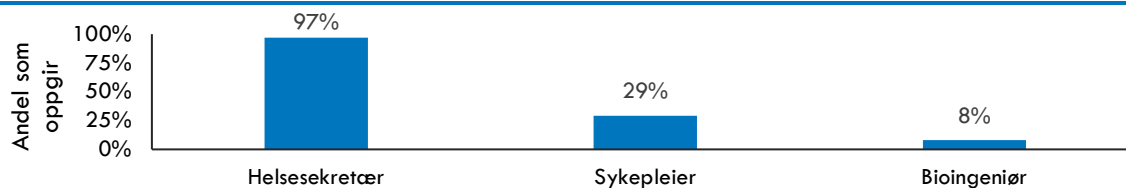
**Figur 10-3: Innbyggere gruppert etter antallet fastleger på egen fastleges kontor. 4kv tall for 2001-2022.**



Kilde: FLO. Lister uten fast lege er ikke inkludert i analysen.

I spørreundersøkelsen til fastleger og fastlegevikarer ble det stilt spørsmål om hvilke andre typer helsepersonell som arbeider fast ved legekantoret (Figur 10-4). Nesten alle (97 prosent) oppgir å ha helsesekretær, mens under halvparten (29 prosent) oppgir sykepleier. Under 1 av 10 (åtte prosent) oppgir å ha en bioingeniør ved kontoret. Det var også mulig å oppgi andre typer helsepersonell i fritekstsvar, og flest oppgir her psykolog, ulike typer legespesialister som for eksempel øre-, nese hals lege og barnelege, spesialiserte sykepleiere som jordmor og diabetessykepleier og fysioterapeut, naprapat eller kiropraktor.

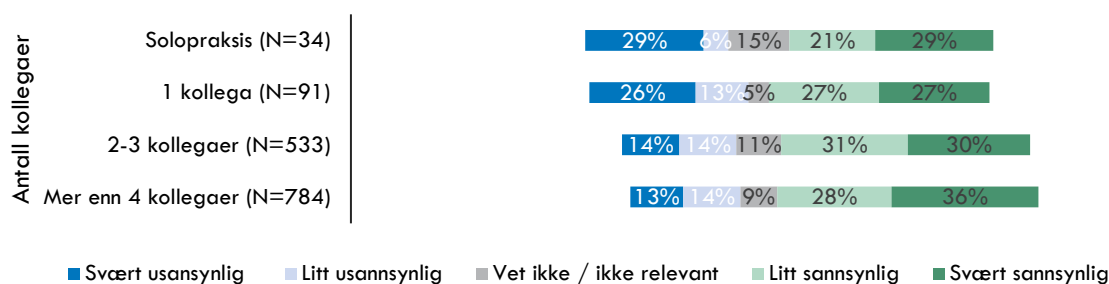
**Figur 10-4: Hvilke andre typer helsepersonell arbeider fast ved ditt legekantor?**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer, desember 2022, gjennomført av Oslo Economics og UiO. N=1 435.

På spørsmål om hvor sannsynlig det er å fortsatt være fastlege om 5 år oppgir flere fastleger med solopraksis (35 prosent) og kun 1 kollega (39 prosent) at er litt eller svært usannsynlig at de fortsatt har samme jobb om 5 år enn fastleger med 2-3 kollegaer (28 prosent) eller mer enn 4 kollegaer (27 prosent) (Figur 10-5). Det kan tyde på at fastlegekontor med flere fastleger bidrar til økt stabilitet.

**Figur 10-5: Hvor sannsynlig er det at du er fastlege om 5 år?**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer, desember 2022, gjennomført av Oslo Economics og UiO.

### 10.1.2 Pilotprosjekt med primærhelseteam

Primærhelseteam i fastlegepraksiser består av fastlege, sykepleier og helsesekretær. Under ledelse av en fastlege samarbeider de tre yrkesgruppene om oppfølgingen av pasienter. Pilotprosjekt med primærhelseteam startet 1. april 2018 i ni kommuner. Målet med pilotprosjektet er å teste om primærhelseteam i fastlegepraksiser gir et bedre tilbud til pasientene enn den vanlige fastlegepraksisen. Sentrale målgrupper for primærhelseteam er brukere med kronisk sykdom, brukere med psykiske lidelser og rusavhengighet, brukere som omtales som «skrapelige eldre» og brukere med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse, samt «svake etterspørere». Som del av pilotprosjektet prøver man ut to nye finansieringsmodeller; honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen. Honorarmodellen er en utvidelse av finansieringsmodellen for fastlegeordningen. Fastlegene finansieres som før, med basistilskudd, aktivitetsbaserte takster og egenandeler fra pasientene. Sykepleierne finansieres med et tilskudd, egne aktivitetsbaserte takster og egenandeler fra pasientene. I driftstilskuddsmodellen er finansieringen mindre avhengig av aktiviteten på legekantoret og består av et driftstilskudd per liste og betaling fra listeinnbyggere for tjenester (i form av egenbetaling og egenandeler). Pilotprosjektet omfatter 17 legekantor i ni kommuner.

Den femte evalueringsrapporten av pilotprosjektet oppsummerer evalueringens funn frem til utgangen av 2022 (Aandahl, et al., 2022). Som del av evalueringen, ble det i 2022 gjennomført en undersøkelse blant pasienter som har mottatt helsehjelp fra PHT. Undersøkelsen viste at flertallet av pasientene opplever en større trygghet samt en bedre oppfølging av egen helse, sammenlignet med tiden før legekantoret startet med PHT. Undersøkelsen tyder også på at de fleste pasientene ønsker å få oppfølging fra sykepleier, og at de er tilfredse med ulike deler av oppfølgingen fra både sykepleier og fastlege. Pasientene trekker frem samtale og informasjon fra sykepleier som særlig betydningsfullt i oppfølgingen.

Evalueringsrapporten presenterer også nye funn knyttet til de to finansieringsmodellene som prøves ut som del av forsøket. Legekantorene i forsøket har generelt sett valgt den finansieringsmodellen som er økonomisk gunstigst for dem. Med unntak av ett legekantor, har legekantor med driftstilskuddsmodellen hatt en betydelig inntektsøkning sammenlignet med legekantor utenfor forsøket, mens tilsvarende varierer mer for legekantor med honorarmodellen. Analysen viser videre at honorarmodellen er mer økonomisk gunstig for legekantor med mange konsultasjoner per listeinnbygger og en stor andel yngre listeinnbyggere. Fastleger med driftstilskuddsmodellen oppgir at de i større grad opplever at finansieringsmodellen er godt tilpasset å drive teamarbeid, sammenlignet

med fastleger med honorarmodellen. Registeranalyser viser også et mindre omfang av helsetjenester i hjemmet for pasienter som mottar slike tjenester og som er tilknyttet legekontor med driftstilskuddsmodellen.

Spørreundersøkelser gjennomført blant ansatte på legekontor med PHT, viste at de fleste fastleger og sykepleiere på legekantorene opplever at PHT bidrar til nye måter å løse utfordringer på. Det vanligste er at sykepleier utfører både oppgaver i stedet for at fastlegen gjør dem selv, og oppgaver som kommer i tillegg til fastlegens oppgaver. De fleste fastlegene svarte at tiden de ellers ville brukt på oppgaver som nå utføres av sykepleiere, brukes til direkte pasientarbeid på legekantoret med pasient til stede.

Undersøkelsene i forbindelse med den femte evalueringsrapporten tyder videre på at legekantorene med PHT har ulike tilnærminger til samarbeid. Teamvariantene som framstår som effektive karakteriseres ved tydelig ledelse, klare og omforente mål, og en strukturert og prosedyrestyrt felles arbeidsmåte. Registerdatanalyser viser at sammenlignet med legekantor med mindre grad av samarbeid, har legekantor med høy grad av samarbeid flere lege- og sykepleierkonsultasjoner, flere hjemmebesøk, samt flere konsultasjoner med Noklus diabetesskjema til brukere med diabetes type 2. Når det gjelder samhandling med øvrig helsetjeneste, opplever de fleste fastlegene og helsesekretærene en positiv påvirkning på samhandlingen med hjemmetjenestene, den somatiske spesialisthelsetjenesten og de andre delene av spesialisthelsetjenesten. Registeranalyser viste også positive effekter på flerfaglig samarbeidsmøte om enkeltpasient for pasienter med diabetes type 2 og for skrøpelige eldre og multisyke.

Pilotprosjektet avsluttes 31. mars 2023. Legekantorene vil motta statlig finansiering av PHT-sykepleier i 2023. Arbeidet med evaluering av forsøket med PHT vil foregå også i 2023.

## 1 1. Digitale verktøy for kommunikasjon og pasientoppfølging

*Digitalisering kan bidra til nye måter å jobbe på, og gi økt kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene som ytes. Handlingsplanen inneholder flere tiltak for bruk av digitale verktøy. Fastlegene er stort sett fornøyde med sitt EPJ-system, selv om det er stor variasjon i hvilket system de bruker.*

*Bruken av e-konsultasjoner var i 2022 noe lavere enn i 2021, men ligger fortsatt på et høyt nivå. E-konsultasjoner utgjorde i 2022 om lag 25 prosent av alle konsultasjoner hos fastleger. En økende andel av e-konsultasjonene gjennomføres utenfor normal arbeidstid (20 prosent i 2022), noe som antagelig henger sammen med at e-konsultasjoner utenfor normal arbeidstid er bedre honorert enn de innenfor normal arbeidstid. Det er delte meninger blant fastlegene rundt bruken av e-konsultasjon. Det fremheves at e-konsultasjon er positivt for visse typer problemstillinger, men at det bidrar til økt arbeidsmengde ettersom terskelen for å kontakte fastlegen blir lavere, særlig når det gjelder skriftlige e-konsultasjoner. Variasjonen i arbeidsmengde ved ulike typer e-konsultasjon gjør at det kunne vært hensiktsmessig om taksten for e-konsultasjon skilte mellom de ulike konsultasjonsformene. I 2022 har Helsedirektoratet gjennomført et pilotprosjekt for utprøving av et digitalt triageringsverktøy som på sikt kan bidra til mer hensiktsmessig bruk av e-konsultasjon. Erfaringene fra piloten er så langt gode og i 2023 skal en videreutviklet versjon av verktøyet prøves ut.*

Digitalisering i helse- og omsorgssektoren kan bidra til bedre utnyttelse av ressurser og å øke kvaliteten og pasientsikkerheten i tjenestene som ytes. Bruk av digitale verktøy kan også være sentralt for å samarbeide og fordele arbeidsoppgaver på nye måter, og kan bidra til å håndtere utfordringene helse- og omsorgstjenesten står overfor. Blant annet peker Helsepersonellkommissjonen på at teknologiske løsninger kan bidra til å øke produktiviteten og redusere personellbehovet fremover. Tiltak 15 og 16 i handlingsplanen innebærer å legge til rette for bruk av nye arbeidsverktøy og å øke bruken av e-konsultasjoner der dette er en hensiktsmessig konsultasjonsform. I dette kapitlet beskriver vi utviklingen i bruken av disse verktøyene.

### 1 1.1 Utvikling i bruk av ulike digitale verktøy

Tiltak 15 i handlingsplanen går ut på å legge til rette for bruk av nye arbeidsverktøy. Bruken av ulike digitale verktøy i helsetjenesten har økt betydelig de siste årene og det pågår en rekke arbeider med både utvikling og videreutvikling av digitale verktøy i årene fremover.

#### 1 1.1.1 EPJ-system

Når en innbygger er til konsultasjon hos fastlegen sin samles alle notater, dokumenter, prøvesvar og røntgenbilder i innbyggerens pasientjournal. Siden tidlig på 2000-tallet har tilnærmet alle fastlegekontor i Norge benyttet elektroniske pasientjournaler (EPJ). En EPJ består av egne IT-systemer laget for at relevante opplysninger om en pasient skal dokumenteres. Det finnes en rekke ulike EPJ-systemer levert av ulike private leverandører. Over tid har det vært en utvikling i retning av mer skybaserte EPJ-systemer. Næringsdrivende fastleger har selv ansvar for å anskaffe, tilpasse, innføre, drifte og forvalte sitt eget EPJ-system. For fastleger som er kommunalt ansatt er det kommunen som har ansvar for EPJ-systemet.

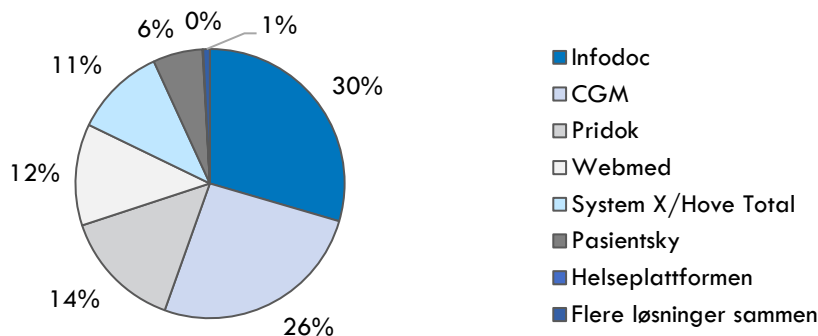
Det pågår for tiden flere prosesser knyttet til modernisering av journalløsningene i helsesektoren. Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet, Den norske legeförening og EPJ-leverandører har siden 2014 samarbeidet om å heve kvaliteten på fastlegers EPJ-system gjennom EPJ-løftet. Med prosjektene Helseplattformen og Felles kommunal journal er planen at det på sikt skal innføres nye felles pasientjournalløsninger som kan brukes på tvers av ulike deler av helse- og omsorgstjenesten.

Helseplattformen ble først tatt i bruk i Trondheim kommune i mai 2022, deretter fulgte St. Olavs hospital og kommunene Røros, Os, Holtålen, Indre Fosen, Ørland og Åfjord i november 2022. I løpet av 2023 tas Helseplattformen også i bruk i de resterende helseforetakene og kommunene i Trøndelag. Felles kommunal journal er i en tidligere fase og det har i 2022 og tidlig 2023 vært arbeidet med å utarbeide et oppdatert styringsdokument. I forslaget til statsbudsjett for 2023 er det imidlertid ikke bevilget midler til det videre

arbeidet med Felles kommunal journal utover ferdigstilling av styringsdokumentet. Per mai 2023 er det finansiering og hvilken rolle det offentlige skal ha videre ikke avklart, noe som medfører usikkerhet rundt tidslinjene for det videre arbeidet.

Fastlegene i vår spørreundersøkelse oppgir å bruke ulike EPJ-systemer, men det vanligste er Infodoc og CGM som brukes av henholdsvis 30 og 26 prosent, etterfulgt av Pridok, Webmed og System X (Figur 11-1).

**Figur 11-1: Hvilket EPJ-system bruker du?**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger november 2022, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. N = 1399.

Fastlegene i vår spørreundersøkelse er stort sett fornøyd med sitt EPJ-system. Omtrent 75 prosent svarte at de var litt eller svært fornøyd med sitt system, mens omtrent 20 prosent var litt eller svært misfornøyd. Flere av fastlegene forteller i intervju at de har prøvd ulike systemer tidligere. I intervjuer trekkes behov for mange klikk frem som en viktig kilde til eventuell misnøye med et EPJ-system. Hurtighet og mulighet for samhandling med andre aktører blir trukket frem av fastlegene som viktige momenter for et velfungerende EPJ-system.

Næringsdrivende fastleger er mer fornøyd med sitt EPJ-system enn kommunalt ansatte fastleger. 26 prosent av de kommunalt ansatte er svært fornøyd med sitt EPJ-system, sammenlignet med 45 prosent av de næringsdrivende. I tillegg oppgir over dobbelt så stor andel av de kommunalt ansatte å være svært misfornøyd (14 prosent) sammenlignet med de næringsdrivende fastlegene (6 prosent). Dette skyldes antagelig at næringsdrivende fastleger selv har mulighet til å velge sitt EPJ-system, mens kommunalt ansatte må bruke det EPJ-systemet kommunen har anskaffet. Friheten til å kunne velge sitt eget EPJ-system er også noe næringsdrivende fastleger har trukket frem som positivt i intervjuer. Samtidig er også flertallet av kommunalt ansatte fastleger fornøyd med sitt EPJ-system; 58 prosent av de kommunalt ansatte er litt eller svært fornøyd mens 30 prosent er litt eller svært misfornøyd.

### 11.1.2 Andre digitale verktøy

Andre viktige digitale verktøy som brukes i helsetjenesten i dag er blant annet kjernejournal, elektronisk meldingsutveksling, helsenorge.no og e-resept. Bruken av disse verktøyene har økt over tid og er i dag godt integrerte verktøy i helsetjenesten. Verktøyene ble mye brukt også i 2022. I tillegg fortsetter utprøvingen av pasients legemiddelliste, som skal tilgjengeliggjøre legemiddelopplysninger i én felles, nasjonal oversikt slik at helsepersonell på tvers av ulike virksomheter får tilgang til oppdatert informasjon om pasienters legemiddelbruk. Ved utgangen av januar 2023 var pasientens legemiddelliste tatt i bruk ved 35 fastlegekontor og blant enkelte sykehusleger ved Haraldsplass diakonale sykehus og Haukeland universitetssykehus, og verktøyet skal breddes videre ut i 2023.

I januar 2023 ble ny nasjonal e-helsestrategi lansert, med en felles strategi for digitalisering i helse- og omsorgssektoren som det skal jobbes sammen om frem mot 2030. Strategien skisserer fem prioriterte strategiske mål:

- Aktiv medvirkning i egen og næres helse
- Enklere arbeidshverdag
- Helsedata til fornying og forbedring
- Tilgjengelig informasjon og styrket samhandling
- Samarbeid og virkemidler som styrker gjennomføringskraft

For å oppnå målene i strategien er det utarbeidet en supplerende plan for realisering av e-helsestrategien med spesifikke måleindikatorer knyttet til de ulike strategiske målene. Måleindikatorene konkretiserer hvordan bruk av



ulike digitale verktøy skal oppfylle målene for e-helsesektoren. Det legges blant annet opp til økt bruk av tjenester på helsenorge.no, spredning av digital hjemmeoppfølging, økt tilfredshet med EPJ-system, økt bruk av kjernejournal og innføring og bruk av pasientens legemiddelliste.

## 11.2 Bruk av og erfaringer med e-konsultasjoner

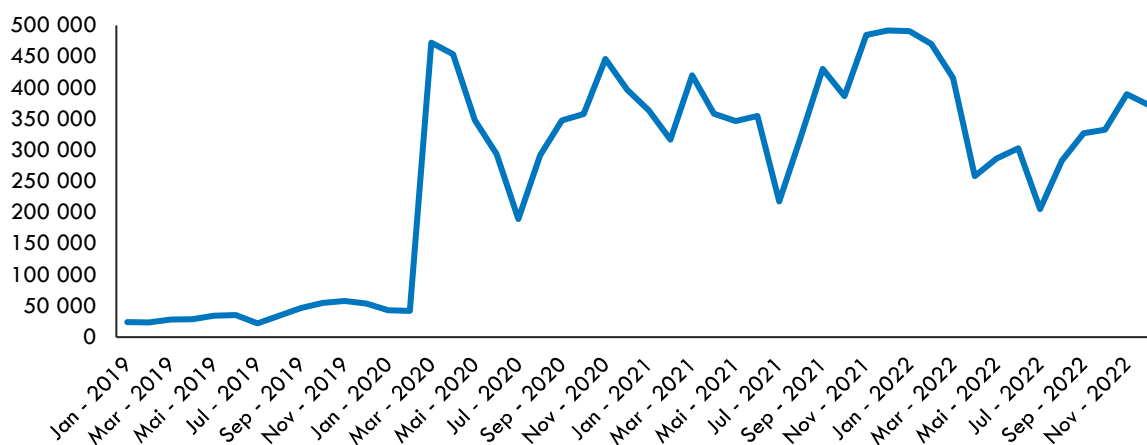
E-konsultasjoner omfatter konsultasjoner som foregår ved bruk av video, telefon eller tekst. Telefonkonsultasjon ble innlemmet i e-konsultasjonstaksten i mars 2020. Taksten skiller ikke mellom konsultasjoner ved bruk av video, telefon eller skriftlige meldinger.

Tidligere har pasienter på ubesatte fastlegelister ikke hatt mulighet til å ha e-konsultasjoner med sitt legekontor, noe som har vært utfordrende for både pasienter, legekontor og kommunen. Problemene ble løst i løpet av vinteren 2022/2023 slik at e-konsultasjon nå også er tilgjengelig for pasienter på liste uten fast lege.

### 11.2.1 Utvikling i omfang av e-konsultasjoner

Koronapandemien førte i mars 2020 til at antall e-konsultasjoner økte kraftig, fra i underkant av 50 000 e-konsultasjoner per måned til 470 000 e-konsultasjoner i mars 2020. Bruken av e-konsultasjoner har variert noe over tid, men har holdt seg på et relativt høyt nivå også etter at smitteverntiltak knyttet til koronapandemien ble opphevet. Antall e-konsultasjoner falt noe fra 2021 til 2022. I 2021 ble det utført i gjennomsnitt 370 000 e-konsultasjoner hos fastlege per måned, mens gjennomsnittet per måned i 2022 var 340 000 e-konsultasjoner (Figur 11-2). E-konsultasjoner utgjorde i 2022 om lag 25 prosent av alle konsultasjoner hos fastleger. Dette er en liten nedgang fra 2021, hvor 28 prosent av konsultasjonene var e-konsultasjoner. Før koronapandemien var mindre enn 5 prosent av konsultasjonene e-konsultasjoner. E-konsultasjoner er mindre utbredt blant eldre pasienter. Blant personer over 60 år var 14 prosent av konsultasjonene i 2022 e-konsultasjoner, mens andelen var nærmere 30 prosent blant de under 60 år. Dette kan både skyldes at de eldre pasientene i større grad foretrekker fysiske konsultasjoner, har lavere digital kompetanse, eller at deres medisinske behov i mindre grad egner seg til en e-konsultasjon.

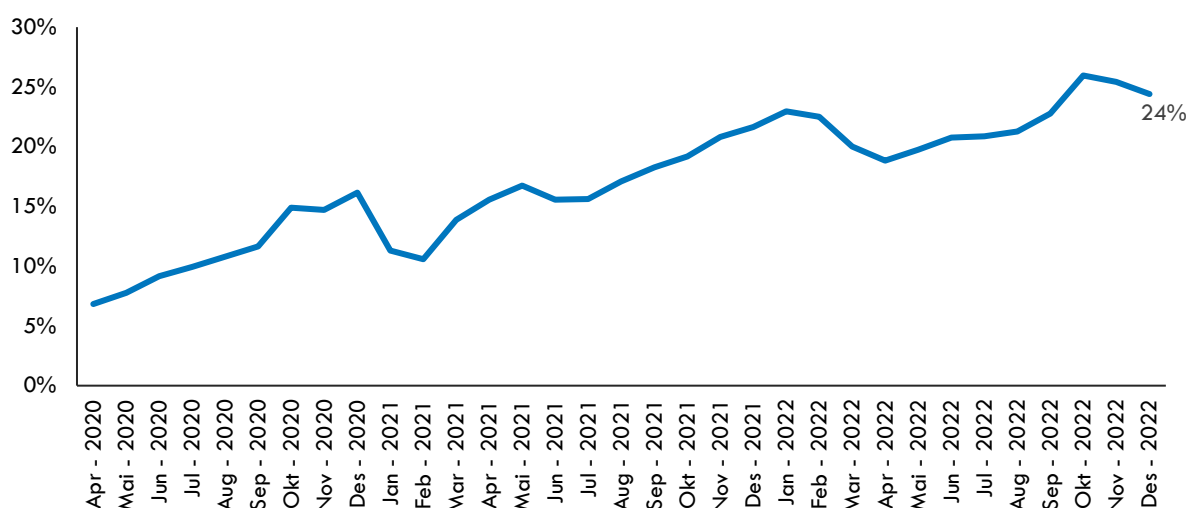
Figur 11-2: Antall e-konsultasjoner\* hos fastlege per måned, 2019-2022



Kilde: Kommunalt pasient- og brukerregister. \* Inkluderer konsultasjoner med takstkode 2æ eller 2æk.

I april 2020 ble det innført en egen takstkode (2æk) for e-konsultasjon utenfor normal arbeidstid (helg eller etter kl. 16 i hverdage). Siden den gang har det vært en utvikling i retning av at en stadig større andel av e-konsultasjoner gjennomføres utenfor normal arbeidstid (helg eller etter kl. 16 i helgene). Andelen av e-konsultasjoner som gjennomføres utenfor normal arbeidstid var 10 prosent i 2020, 15 prosent i 2021 og 20 prosent i 2022 (Figur 11-3).

**Figur 11-3: Utvikling i andel av e-konsultasjoner utenfor vanlig arbeidstid\* (etter kl. 16 eller helg)**



Kilde: Kommunalt pasient- og brukerregister. \* Takstkode 2æk.

Det er stor variasjon mellom allmennlegene med i bruk av taksten for e-konsultasjon utenfor normal arbeidstid (2æk). Av de 8 592 allmennlegene som utløste takstinntekter fra fastlegekonsultasjon i løpet av 2022 benyttet 4 225 av dem, tilsvarende 49 prosent, 2æk-taksten minst én gang i løpet av året. Blant disse 4 225 allmennlegene utgjorde e-konsultasjoner utenom ordinær arbeidstid i gjennomsnitt seks prosent av alle konsultasjoner. Blant de 10 prosent av disse legene som hadde størst andel e-konsultasjoner utenom ordinær arbeidstid utgjorde disse 17 prosent av alle konsultasjoner (Tabell 11-1).

**Tabell 11-1: Variasjon i andel e-konsultasjoner utenfor ordinær arbeidstid blant allmennleger som brukte den relevante taksten (2æk) i løpet av 2022\***

	Andel e-konsultasjoner utenfor ordinær arbeidstid av totalt antall konsultasjoner (prosent)
Gjennomsnitt	6%
Median	2%
Blant de 10 prosent med høyest andel	17%

Kilde: KUHR. \* 4 225 allmennleger utløste taksten for e-konsultasjon utenfor ordinær arbeidstid i løpet av 2022.

Det kan være flere ulike grunner til at andelen av e-konsultasjoner som gjennomføres utenfor normal arbeidstid har økt. Antagelig henger det sammen med at e-konsultasjoner utenfor normal arbeidstid er bedre honorert enn de innenfor normal arbeidstid. Mens honoraret for e-konsultasjon på dagtid utgjør 175 kroner, er honoraret 324 kroner for e-konsultasjon på kveldstid. Dersom legen er spesialist i allmenntilleggsmedisin, tilkommer spesialisttakst på 108 kroner på dagtid og 121 kroner på kveldstid. Dette gir isolert sett et sterkere insentiv til å fordele arbeidsbelastning knyttet til e-konsultasjoner til kveldstid eller helg. En konsekvens av en slik fordeling er også at pasienten betaler mer for e-konsultasjonene. Høyere takst for e-konsultasjon utenfor normal arbeidstid ble innført i april 2020, men forklarer alene ikke utviklingen. En annen mulig forklaring, som også trekkes frem i intervjuer med de ulike aktørene, er at total arbeidsbelastning har økt, og at fastlegene dermed prioriterer fysiske konsultasjoner og andre fastlegeoppgaver innen vanlig arbeidstid og i større grad legger arbeid med e-konsultasjoner til utenfor vanlig arbeidstid. Dette henger også sammen med at oppgaver som krever kommunikasjon og samarbeid med annet helsepersonell på legekantoret må gjøres innenfor arbeidstiden til det andre helsepersonellet.

### 11.2.2 Fastlegers erfaring med e-konsultasjoner

Fastlegene har blandede erfaringer med bruk av e-konsultasjoner og i intervjuer trekker de fleste frem både positive og negative sider ved e-konsultasjoner. De fleste fremhever at det er positivt at visse korte og konkrete problemstillinger kan håndteres gjennom e-konsultasjon for å redusere antallet unødvendige fysiske konsultasjoner når arbeidspresset er høyt. Oppfølging av kjente sykdommer, diskusjon om resultater fra blodprøver og

målinger, oppfølging av sykmeldte og enkle konsultasjoner med unge er blant områdene som trekkes frem som velegnet for e-konsultasjoner. Det er også flere som trekker frem at det er positivt med den økte fleksibiliteten e-konsultasjoner gir, slik at man kan samlet sett får økt kapasitet.

Samtidig er det flere som trekker frem at e-konsultasjoner gir økt arbeidsmengde ettersom terskelen for å kontakte fastlege kan oppleves som lavere. Mange forteller at antall e-konsultasjoner øker kraftig etter at pasienter på listen når frikortgrensen, og flere trekker frem at det er nødvendig med en viss opplæring av pasientene i bruk av e-konsultasjoner. Det er også enkelte av fastlegene vi har snakket med som har slått av e-konsultasjoner eller vurderer å slå det av ettersom de opplever at arbeidsbelastningen blir for stor.

Fastlegene understreker imidlertid at e-konsultasjoner omfatter konsultasjoner på både video, telefon og skriftlig, og at det er stor forskjell på de ulike typene e-konsultasjon. Samlet sett er fastlegene mest positive til video og minst positive til skriftlig e-konsultasjon. Dette skyldes at video- og telefonkonsultasjon medfører dialog med pasienten slik at man utveksler informasjon frem og tilbake, mens dette ikke er tilfellet ved skriftlige e-konsultasjoner. Dette fører til at skriftlige e-konsultasjoner fort kan ende opp med å behandles som en type bestillingstjeneste. I tillegg trekker fastlegene frem at video- og telefonkonsultasjon gir informasjon gjennom kroppsspråk, tonefall og så videre, mens ved skriftlige e-konsultasjoner må fastlegen oftere etterspørre flere opplysninger eller be pasienten bestille fysisk konsultasjon.

Som følge av den store variasjonen mellom de ulike typene e-konsultasjon og at e-konsultasjoner utgjør en stor andel av aktiviteten på fastlegekontorene, kan det være hensiktsmessig å endre taksten for e-konsultasjon (2ae) til å skille mellom video-, telefon og tekstkonsultasjon. Dette hadde både muliggjort ulik honorering i tråd med variasjon i arbeidsmengde, hensiktsmessighet av konsultasjonstype, samt gitt nyttig informasjon om bruken av ulike typer e-konsultasjon.

### 11.2.3 Pilot for utprøving av triageringsverktøy på fastlegekontoret

Triagering handler om å prioritere behandling av ulike pasienter etter pasientenes medisinske tilstand. I fastlegjetjenesten har triagering av fysiske konsultasjoner først og fremst foregått gjennom den ansatte på legekontoret som besvarer henvendelsene, som oftest helsesekretær eller sykepleier. Ved denne typen manuell triagering gjør den som mottar henvendelsen en vurdering av alvorlighet og hastegrad og setter pasienten opp til egnet type time (øyeblikkelig hjelp, subakutt time eller ordinær konsultasjon). Ved skriftlig e-konsultasjon går derimot henvendelsen direkte til fastlegen, og ikke via helsesekretær eller sykepleier. I henhold til fastlegeforskriften skal fastlegen normalt besvare e-konsultasjoner i løpet av fem dager. Ved e-konsultasjon blir dermed henvendelsene ikke triagert på samme måte.

Tiltak 16 i handlingsplanen går ut på å øke bruken av e-konsultasjoner, og innebærer også å prøve ut et digitalt triageringsverktøy for fastlegene. Verktøyet skal brukes til triagering av både e-konsultasjoner og fysiske konsultasjoner, og bidra til bedre sortering og prioritering av henvendelser, om behandlingen er på riktig nivå og om pasientene får behandling til rett tid. Helsedirektoratet gjennomførte en pilot for utprøving av et eksternt triageringsverktøy integrert i Helsenorge-plattformen fra november 2021 til desember 2022. I 2023 gjennomfører HelseDirektoratet en utprøving av en videreutviklet versjon av triageringsverktøyet hvor verktøyet i sin helhet er utviklet i Helsenorge-plattformen. Fra høsten 2023 og ut 2025 er det planlagt at løsningen skal breddes ut til et større antall fastlegekontor (150 fastleger i 2024 og 450 fastleger i 2025). Fra 2026 kan det være aktuelt å tilgjengeliggjøre løsningen for alle fastleger.

Det har vært gode tilbakemeldinger fra fastleger og pasienter fra utprøvingen med digitalt triageringsverktøy. Erfaringen så langt er at både innbygger og fastlege er bedre forberedt til konsultasjonen, samtidig som det er identifisert flere forbedringsbehov for den videre utviklingen av løsningen (HelseDirektoratet, 2022q).

Det trekkes frem som positivt at et slikt verktøy kan gi enklere og bedre triagering enn det som er tilfellet i dag, og at e-konsultasjoner kan triageres. Enkelte av fastlegene vi har snakket med (som ikke er med i utprøvingen av verktøyet) sier at det kan være stressende å vite at man har uleste e-konsultasjoner ettersom man ikke vet hastegraden til henvendelsene. En av fastlegene forteller at hun ofte åpner e-konsultasjonene og ser igjennom at det ikke er akutte henvendelser og så venter med å svare på de henvendelsene som ikke haster. Det er delte tanker blant fastlegene vi har snakket med om verdien av et digitalt triageringsverktøy. Samtidig uttrykker flere bekymring for at et nytt digitalt verktøy skal gi merarbeid og økt ressursbruk for fastlegene. Det trekkes også frem at dette kan gå negativt utover pasientgrupper med lav digital kompetanse.

## 12. Oppsummering og samlet vurdering

Per mai 2023, tre år etter lanseringen av handlingsplanen, er ti tiltak iverksatt og syv er pågående. Arbeidet med handlingsplanen i 2022, og hittil i 2023, har særlig omfattet styrking av spesialistutdanningen i allmennmedisin, styrket finansiering av ordningen, og utredningsarbeid. De samlede funnene i evalueringen, basert på analyser av registerdata, spørreskjemaundersøkelser og intervjuundersøkelser, tyder på at det fortsatt er betydelige utfordringer i fastlegeordningen, men at det også er noen positive tegn siden evalueringsrapport I.

213 000 innbyggere (3,9 prosent) stod på lister uten fast lege ved utgangen av 2022, en økning på 75 000 siden utgangen av 2021. Reduksjonen i listeplasser i 2022 skyldes at etablerte fastleger reduserte listelengdene sine. Fastlegenes lister ble i gjennomsnitt 2,3 prosent kortere i løpet av 2022, noe som er den største reduksjonen i listelengde noensinne. En økende andel av aktiviteten i allmennlegetjenesten leveres av andre enn fastlegen, som vikarer og LIS1. Pasientene er fornøyde med fastlegen, men opplever at ventetiden for å få time er for lang. Vi ser svake, men positive tegn til økt rekruttering og stabilitet. Antall fastleger økte med 95 i 2022, den største økningen siden 2017. Samtidig oppgir flere fastleger i spørreundersøkelsen (sammenlignet med tilsvarende undersøkelse i evalueringsrapport I) at de sannsynligvis fortsetter som fastlege.

I kapittel 2 redegjorde vi for status for tiltakene i handlingsplanen. Per mai 2023, tre år etter lanseringen av handlingsplanen, er ti tiltak iverksatt og syv er pågående. Mye av aktiviteten i 2022, og hittil i 2023, dreier seg om utredningsarbeid. Enkelte tiltak, som tiltak 1, har endret utforming betydelig siden 2020. Dette gjør det krevende å vurdere effekter og måloppnåelse av enkelte tiltak i handlingsplanen.

### 12.1 Foreløpig vurdering av effekter og måloppnåelse

Handlingsplanen er en flerårig satsing, og tiltakene vil pågå over flere år. Enkelte tiltak er kortsiktige, med hovedformål å rekruttere leger til fastlegeordningen og beholde leger som allerede arbeider som fastleger. Andre tiltak er langsiktige, strekker seg over flere år, og har som formål å sørge for gode allmennlegetjenester til alle innbyggere fremover i tid. For flere av tiltakene og effektmålene er det for tidlig å konkludere hva som er effekten og grad av måloppnåelse. I de påfølgende avsnittene oppsummerer vi funn fra evalueringen så langt som kan relateres til effektmålene innen hvert av de tre målområdene. Vi gir en vurdering av foreløpige effekter og måloppnåelse, basert på funn fra analyser av registerdata, spørreundersøkelser og intervjuer.

#### 12.1.1 Foreløpige vurderinger av effekter og måloppnåelse innen målområde 1

Effektmål	Relaterte funn i evalueringen	Oppsummert vurdering
Finansierungsordninger og andre økonomiske tiltak som bedre understøtter stabilitet og rekruttering av allmennleger	<ul style="list-style-type: none"><li>I 2022 økte antall fastleger med 95, noe som er den største økningen i tallet på fastleger siden 2017.</li><li>Basistilskuddet økte med tolv prosent (justert for inflasjon) i 2020 og syv prosent i 2021. I 2022 ble basistilskuddet per innbygger holdt tilnærmet uendret (justert for inflasjon). Fra 1. mai 2023 blir basistilskuddet styrket tilsvarende 720 millioner kroner over et år, kombinert med risikjustering slik at størrelsen på basistilskuddet avhenger av kjennetegn ved pasienten og kommunen.</li><li>43 prosent av fastlegene oppgir at økt basistilskudd er den viktigste enkeltfaktoren for om de fortsetter som fastlege. Samtidig oppgir 83 prosent av fastlegene i spørreundersøkelsen at de</li></ul>	Fastleger opplever fortsatt usikkerhet knyttet til finansiering, og det mangler fortsatt fastleger. Likevel ser vi tegn til svakt forbedret rekruttering i 2022. Styrket basisfinansiering har foreløpig en begrenset effekt, men styrkingen i 2023 kan gi større positiv effekt i 2023 og 2024.

	<p>er negative til risikojustert basistilskudd, slik det var formulert i forslaget til statsbudsjettet for 2023.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Den nasjonale ALIS-ordningen som ble innført i 2022 utvider tilgangen til bedre økonomiske vilkår for fastleger under spesialisering. Fastlegene har i evalueringsrapport I og II trukket frem slike økonomiske tiltak rettet mot ALIS som viktige for rekruttering.</li> <li>• Kommunenes bruk av kommunale leieavtaler, økt basistilskudd lokalt, etableringstilskudd for kjøp av liste og gjenkjøpsgarantier som rekrutteringstiltak, tyder på at tiltakene i handlingsplanen så langt ikke i tilstrekkelig grad har understøttet rekruttering.</li> </ul>	<p>Situasjonen uten iverksatte tiltak er ukjent, og kunne ha vært mer krevende.</p>
<p>Økte muligheter for kompetanseheving og kvalitetsutvikling for allmennleger</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervjuundersøkelsen tyder på at fastleger fortsatt opplever at de har lite tid til arbeid med kvalitetsforbedring.</li> <li>• Innføring av tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning legger til rette for at alle ALIS kan søke om tilskudd, som igjen tilrettelegger for deltakelse på kurs og videreutdanning gjennom økonomisk dekning ved fravær.</li> <li>• ALIS-kontorene er pådrivere for kommunenes søknader om ALIS-avtaler med tilskudd og registrering som utdanningsvirksomhet. Det tar tid å etablere ALIS-kontorene, men de er nå rigget for å drive utadrettet virksomhet knyttet til kommunenes ansvar for spesialistutdanningen, blant annet gjennom å gjennomføre veilederkurs og opplyse kommunene om krav til og gjennomføring av spesialistutdanning.</li> </ul>	<p>Tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning, samt ALIS-kontor, legger til rette for økte muligheter for kompetanseutvikling gjennom spesialistutdanningen.</p> <p>Det er foreløpig ingen observerbar effekt/ måloppnåelse på muligheter for kompetanseheving og kvalitetsutvikling for etablerte fastleger med fullført spesialistutdanning.</p>
<p>Økt rekruttering og stabilitet blant allmennleger</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rekrutteringen til fastlegeordningen er svakt styrket. Antall fastleger er økt med 95 i 2022, noe som er den største økningen i tallet på fastleger siden 2017.</li> <li>• Sammenlignet med spørreundersøkelsen blant fastleger i evalueringsrapport I, er det i årets undersøkelse statistisk signifikant flere fastleger som sier det er svært sannsynlig at de fortsatt er fastlege om fem år (1 av 5 i evalueringsrapport I og 1 av 3 i evalueringsrapport II).</li> </ul>	<p>Foreløpig svake, men positive tegn til ønskede effekter og måloppnåelse. Situasjonen uten iverksatte tiltak er ukjent, men kunne ha vært enda vanskeligere.</p> <p>Informasjon om antallet leger som påbegynner spesialisering i allmennmedisin er ikke strukturert på en måte som gjør det mulig å beskrive om antall leger som begynner på spesialisingsløp har økt eller avtatt.</p>
<p>Bedre og riktigere utnyttelse av allmennlegens tid og kompetanse</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foreløpig ingen tegn til betydelige endringer i arbeidsdeling, verken mellom personell på legekantoret eller mellom ulike aktører og nivåer i helsetjenesten.</li> <li>• Samhandlingen med NAV virker å fungere godt, men fastleger trekker frem forbedringsmuligheter</li> </ul>	<p>Det er foreløpig ingen observerbar effekt/ måloppnåelse.</p>

	<p>når det gjelder skjemaer for sykmelding og legeerklæring. Fastleger opplever også at det kan være vanskelig å komme i kontakt med NAV.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>E-konsultasjoner har bidratt til at fastleger gjennomfører flere konsultasjoner og har økt tilgjengeligheten. Samtidig har terskelen for å ta kontakt med fastlegen blitt senket.</li> <li>I intervjuundersøkelsen kom det frem at fastleger opplever i stor grad at de gjør oppgaver som ikke trenger legekompentanse. Flere fastleger opplever at arbeid med ulike attester og erklæringer er unødvendig bruk av tid og kompetanse.</li> </ul>	
Bedre organisering av allmennlegetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ingen vesentlige tiltak/endringer i organiseringen av allmennlegetjenesten på overordnet nivå.</li> <li>Flere pasienter uten fastlege betyr flere henvendelser til legevakt og en større arbeidsbelastning for legevaktlegene. Ubesatte fastlegestillinger øker vaktbelastningen på fastlegene.</li> <li>Gjennomsnittlig antall fastleger per legekantor har gradvis økt siden 2001, og har økt fra 3,61 i 2020 til 3,82 i 2022. Siden 2001 har det også vært en gradvis reduksjon i antall legekantor og antall solo praksiser.</li> </ul>	<p>Det er foreløpig ingen observerbar effekt/måloppnåelse.</p> <p>Gradvis endret sammensetning av antall legekantor og antall fastleger per kontor siden 2001 tyder på en svak, men positiv endring.</p>
Redusert arbeidsbelastning for allmennleger	<ul style="list-style-type: none"> <li>76 prosent av fastlegene i spørreundersøkelsen opplever for stor arbeidsbelastning, en (statistisk signifikant) nedgang fra 80 prosent i evalueringsrapport I.</li> <li>Gjennomsnittlig listelengde har falt fra 1073 i første kvartal 2020 til 1040 i fjerde kvartal 2022.</li> <li>Fastlegenes anslag på tid brukt på ulike oppgaver per uke, inkludert legevaksarbeid, er på samme eller noe lavere nivå sammenlignet med funn i evalueringsrapport I.</li> </ul>	<p>Foreløpig svak, men positiv effekt/måloppnåelse.</p>

### 12.1.2 Foreløpig vurdering av effekter og måloppnåelse innen målområde 2

Effekt mål	Relaterte funn i evalueringen	Oppsummert vurdering
Nasjonale myndigheter, kommuner og allmennleger skal ha kunnskap om kvalitet i tjenesten som brukes til forbedring	<ul style="list-style-type: none"> <li>Det er publisert tre nye nasjonale kvalitetsindikatorer i 2021. I 2022 ble det publisert en indikator om pasienterfaringer, og fire om legevakt. I mars 2023 ble det publisert en ny indikator om listeinnbyggere uten fast lege, og ytterligere fire indikatorer er planlagt senere i 2023 forutsatt tilgang på data.</li> <li>Helsedirektoratet skal utarbeide en veileder for hvordan kommuners planer for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet skal utformes, med særlig fokus på legetjenesten. Planlagt prosjektstart er våren 2023.</li> <li>Tilsvarende som i undersøkelsene tilknyttet evalueringsrapport I, oppgir flere fastleger i intervju at de har for lite tid til systematisk arbeid</li> </ul>	<p>Det er en generell utfordring ved bruk av kvalitetsindikatorer som grunnlag for å vurdere kvalitet i tjenestene. I lys av det pågående arbeidet på feltet, er det for tidlig for å vurdere måloppnåelse.</p>

	med kvalitetsforbedring.	
Behovstilpassede tjenester til alle, også de med omfattende behov	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Representanter for pasientgrupper med omfattende behov oppgir at det i stor grad er utfordringer knyttet til tilgjengelighet hos fastlegen. Flere etterlyser mer kompetanse hos fastlegene knyttet til pasientgruppens tilstander.</li> </ul>	Foreløpig ingen observerbar effekt/måloppnåelse.
En mer tilgjengelig allmennlegetjeneste	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 41 prosent og 17 prosent av fastlegene i spørreundersøkelsen oppgir at allmennlegetjenesten i deres kommune i stor grad har utfordringer når det gjelder tilgjengelighet og kvalitet på tilbudet til befolkningen. Tilsvarende funn i undersøkelsen tilknyttet evalueringsrapport I var 34 prosent.</li> <li>• Den avtalte kapasiteten i fastlegeordningen er ved utgangen av 2022 lavere enn folkemengden. Antallet innbyggere på lister uten fast lege økte med 74 719 i 2022, og dette er den største årsveksten siden fastlegeordningen ble innført i 2001.</li> <li>• 47 prosent av innbyggerne bor i en kommune der ingen fastleger har åpen liste. Dette tallet har aldri vært høyere.</li> <li>• 1 av 4 pasienter opplever at det er for lang ventetid for å få vanlig time, ifølge PasOpp-undersøkelsen.</li> <li>• Antall e-konsultasjoner er noe redusert fra 2021 til 2022, men andelen e-konsultasjoner er fortsatt høy, tilsvarende 25 prosent av alle konsultasjoner.</li> </ul>	Flere av utviklingstrekkene fortsetter å peke i retning av en mindre tilgjengelig allmennlegetjeneste når det gjelder tilgang til plass på fastlegeliste og ventetid for å få time.  Økt bruk av e-konsultasjon de siste par årene, også utenfor vanlig arbeidstid, tilsier økt tilgjengelighet til fastlegen for innbyggere.
Forbedret kontinuitet og samhandling som gir gevinster for innbyggerne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De fleste fastlegene oppgir i spørreundersøkelsen at samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre helse- og omsorgstjenester fungerer godt.</li> <li>• Fastleger oppgir i intervjuer at de opplever å ha et velfungerende samarbeid med NAV.</li> <li>• Antall innbyggere på lister uten fast lege fortsetter å øke. Dette reduserer tilgjengeligheten til en fast lege og reduserer kontinuiteten i relasjonen mellom listeinnbygger og lege.</li> </ul>	Foreløpig for lite grunnlag/for tidlig for å vurdere grunnet status for implementering av relevante tiltak
Bedre faglig praksis basert på tilgjengelig forskning og kunnskap	<ul style="list-style-type: none"> <li>• I intervjuer oppgir de fleste fastlegene at de mangler tid til å arbeide med kontinuerlig kvalitetsforbedring og holde seg faglig oppdatert.</li> <li>• Vinteren 2022 leverte Helsedirektoratet en utredning der de presenterte syv tiltak som er nødvendige for å få et nasjonalt system for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet til å fungere etter sin hensikt.</li> <li>• Etter anbefaling fra Helsedirektoratet og Legeforeningen har poenggiving for etterutdanning for spesialister i allmennmedisin blitt endret til fordel for aktiviteter innen kvalitet og pasientsikkerhet. En vurdering av etterutdanningen var en del av ekspertutvalget for allmennlegetjenestens mandat, og de anbefaler i sin rapport å vurdere å erstatte dagens modell med økonomisk kompensasjon for faglig oppdatering (Ekspertutvalget, 2023).</li> </ul>	Foreløpig for lite grunnlag/for tidlig for å vurdere grunnet status for implementering av relevante tiltak

### 12.1.3 Foreløpig vurdering av effekter og måloppnåelse innen målområde 3

Effekt mål	Relaterte funn i evalueringen	Oppsummert vurdering
Mer teambasert arbeid og tverrfaglighet på fastlegekontoret	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evalueringen av pilotprosjekt med primærhelseteam viser blant annet at fastlegene i forsøket opplever å få mer tid til kvalitetsarbeid og at primærhelseteam påvirker arbeidsmiljøet positivt.</li><li>• Det har ikke skjedd endringer i arbeidet med å utvikle en teambasert fastlegeordning siden mai 2022, men ekspertutvalget for gjennomgang av allmennelegetjenesten vurderer flerfaglig praksis som del av sitt mandat. Ekspertutvalget mener at finansieringsordningene i fastlegeordningen bør legge til rette for tverrfaglighet innenfor fastlegetjenesten, fordi det kan bidra til økt kapasitet og kvalitet i tjenesten.</li></ul>	Foreløpig for lite grunnlag/for tidlig for å vurdere grunnet status for implementering av tiltak
Tettere integrasjon og samarbeid med andre deler av helsetjenesten, kommunale omsorgstjenester og øvrige sektorer	<ul style="list-style-type: none"><li>• Flere tiltak, som helsefellesskap og praksiskonsulentordningen, er ment å bidra til god samhandling mellom nivåer i helsetjenesten. I neste evalueringsrapport vil vi undersøke samhandling med øvrig helse- og omsorgstjeneste nærmere, gjennom intervjuer med representanter fra både kommune- og spesialisthelsetjenesten.</li><li>• Samlokalisering av fastleger med kommunale tjenestetilbud som for eksempel fysioterapeut, psykolog og NAV, for eksempel i et kommunalt helsehus, kan gi tettere integrasjon og samarbeid.</li></ul>	Foreløpig for lite grunnlag/for tidlig for å vurdere grunnet status for implementering av relevante tiltak
Velfungerende digitale plattformer, og verktøy i kommunikasjon og pasientoppfølging	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bruk av kjernejournal, elektronisk meldingsutveksling, helsenorge.no og e-resept har økt over tid og er veletablert, også før handlingsplanen.</li><li>• Bruken av e-konsultasjoner har økt betydelig de siste årene.</li><li>• Fastleger og NAV-veiledere etterspør i intervjuer verktøy for å kommunisere.</li></ul>	Bruken av verktøyene, særlig e-konsultasjoner, har økt mye, men det er usikkert i hvor stor grad dette skyldes tiltakene i handlingsplanen eller koronapandemien.
Tilstedeværende og tydelig ledelse av fastlegekontoret	<ul style="list-style-type: none"><li>• Antall plasser på Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten har blitt utvidet. På oppdrag fra Helsedirektoratet startet BI i januar 2022 å tilby en ny, tilrettelagt utdanning rettet mot ledere av primærhelseteam og gruppepraksiser.</li></ul>	Foreløpig for lite grunnlag/for tidlig for å vurdere grunnet status for implementering av relevante tiltak

## 12.2 Avslutning og samlet vurdering

Formålet med handlingsplanen er å sikre en bærekraftig og fremtidsrettet allmennelegetjeneste. Handlingsplanen skal gjennom de tre målområdene bidra til å skape en attraktiv og trygg karrierevei, å gi allmennelegetjenester av høy kvalitet, og skape en teambasert allmennelegetjeneste. De samlede funnene i evalueringen, basert på analyser av registerdata, spørreundersøkelser og intervjuundersøkelser, tyder på at det fortsatt er betydelige utfordringer i fastlegeordningen, men at det også er noen positive tegn siden fjorårets evalueringsrapport.

Arbeidet med tiltakene i handlingsplanen i 2022, og hittil i 2023, har særlig omfattet styrking av spesialistutdanningen i allmennelegetjenesten og styrket finansiering av ordningen. Tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning, og ALIS-kontor, legger til rette for økte muligheter for kompetanseutvikling gjennom spesialistutdanningen. I 2022 ble basistilskuddet holdt tilnærmet uendret (justert for inflasjon), men fra 1. mai 2023 blir basistilskuddet styrket tilsvarende 720 millioner kroner over et år, kombinert med risikostyring slik at størrelsen



på basistilskuddet avhenger av kjennetegn ved pasienten og kommunen. Utover disse endringene er det utført omfattende utredningsarbeid i forbindelse med tiltakene i handlingsplanen. Blant annet nedsatte regjeringen et ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten i august 2022, som leverte sin vurdering 15. april 2023. Ekspertutvalget legger i sin rapport frem 59 forslag for å styrke fastlegeordningen, se Tabell G-1 i Vedlegg G. Forslagene er knyttet til organisering og finansiering av fastlegeordningen, legevakt og kompetanse. Beslutninger om iverksetting av tiltak og videre arbeid avventer oppfølging av ekspertutvalgets utredning.

Endret finansiering innebærer endrede incentiver til hvordan man leverer tjenestene. Modellen for pasienttilpasset basistilskudd har enkelte ukonvensjonelle trekk. Blant annet avhenger årets basistilskudd av pasientens utløste egenandeler året før. På denne måten blir deler av basistilskuddet en type aktivitetsbasert betaling. Løsningen med å benytte kategoriske variabler for sentralitet og utdanning er også ukonvensjonell og medfører at forskjellene i basistilskudd mellom fastleger i to nabokommuner nå kan bli nær 30 prosent. Ved økt betaling per innbygger på listen, vil fastlegene kunne redusere listelengden uten å få mindre betalt, alt annet likt. Samtidig øker andelen av fastlegens inntekt som finansieres med basistilskudd, som gir relativt mindre incentiv til å yte flere tjenester per pasient på listen. Flertallet i ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten mener at det pasienttilpassede basistilskuddet som innføres er et tilfredsstillende utgangspunkt, dersom andelen av fastlegens totale inntekt som er finansiert av basistilskudd øker til 50 prosent (Ekspertutvalget, 2023).

Ettersom innføringen av risikjustering kombineres med økning av basistilskuddet, får tilnærmet alle fastlegene mer betalt for sin liste. Det er imidlertid en liten gruppe, færre enn 1 prosent, som får mindre betalt enn tidligere. Nær halvparten (43 prosent) av fastlegene i spørreundersøkelsen oppga at økt basistilskudd er den viktigste enkeltfaktoren for om de fortsetter som fastlege. Likevel svarte 83 prosent at de er negative til å risikjustere basistilskuddet, riktignok slik det var formulert i forslaget til statsbudsjettet for 2023, og før endelig utforming var offentliggjort. I både spørreundersøkelse og intervjuer, uttrykte fastleger bekymring for å justere basistilskuddet etter kjennetegn ved pasientene på listen. De trekker blant annet frem at det ikke er mulig å lage en modell for risikjustering som oppleves rettferdig, og at pasientens livssituasjon og sykdomsbilde vil variere over tid. De trekker også frem at problemet ikke er «tunge» enkeltpasienter, men for lang listelengde, og at de er bekymret for at modellen kommer til å skape misnøye.

I årets undersøkelser med registerdata, spørreundersøkelser og intervjuer, ser vi svake, men positive tegn til økt rekruttering og stabilitet. I 2022 økte antall fastleger med 95, noe som er den største økningen i tallet på fastleger siden 2017. Samtidig er det i årets spørreundersøkelse blant fastleger, sammenlignet med tilsvarende spørreundersøkelse utført i forbindelse med evalueringsrapport I, statistisk signifikant flere fastleger som sier det er svært sannsynlig at de fortsatt er fastlege om fem år (1 av 5 i evalueringsrapport I og 1 av 3 i evalueringsrapport II). Fastleger oppgir omtrent samme arbeidsmengde som i undersøkelsene knyttet til evalueringsrapport I, og fortsatt oppgir 76 prosent (versus 80 prosent i evalueringsrapport I) at de har for stor arbeidsbelastning.

Til tross for tegn til bedret rekruttering og stabilitet, har fastlegeordningen fortsatt betydelige utfordringer knyttet til kapasitet og tilgjengelighet. Den avtalte kapasiteten i fastlegeordningen er ved utgangen av 2022 lavere enn folkemengden. Antallet innbyggere på lister uten fast lege økte med 74 719 i 2022, og dette er den største årsvekst i tallet på innbyggere uten fastlege siden fastlegeordningen ble innført i 2001. 47 prosent av innbyggerne bor i en kommune der ingen fastleger har åpen liste. Dette tallet har aldri vært høyere. Samtidig opplever 1 av 4 pasienter at det er for lang ventetid for å få vanlig time, ifølge PasOpp-undersøkelsen fra 2021/2022, og ventetiden til å få time raskt var signifikant dårligere i 2021 sammenlignet med 2018. Mange innbyggere møter en vikarlege når de oppsøker allmennlegetjenesten, og en stadig større andel av aktiviteten i fastlegetjenesten leveres av andre enn fastlegen. Dette er et uttrykk for redusert tilgjengelighet samtidig som kontinuiteten i lege-pasient-forholdet svekkes.

Etterspørselen etter fastleger er forventet å øke. I FHI sin rapport om sykdomsbyrden i samfunnet frem til 2040, omtales den aldrende befolkningen som den største driveren til økt bruk av helsetjenester (FHI, 2022c). Personer over 70 år har i dag flest konsultasjoner i både primær- og spesialisthelsetjenesten (både for poliklinikk og sykehusinnleggelse) og vil stå for omtrent hele den forventede økningen i bruk av helsetjenester frem mot 2040. Til tross for bedret folkehelse og friskere aldring de senere årene, fører en høyere andel eldre med seg økt sykkelighet. Det forventes flere tilfeller av blant annet kreft, demens, ernærings sykdommer, fallulykker, hjerte- og karsykdom og type 2 diabetes. Framskrivningene tyder på at antall allmennlegebesøk vil øke fra om lag 3 millioner i 2019 til mellom 4,9 og 5,2 millioner i 2040 for personer over 70 år. I Helsepersonellkommissjonen sin rapport kommer det frem at den største forventede veksten i årsverk vil være knyttet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene (NOU 2023: 4). Økt etterspørsel kan også forklares av andre fenomener enn økt befolkning og økt andel eldre; mer samhandling med NAV, andre offentlige institusjoner og private forsikringselskaper. I

t tillegg peker kvinnehelseutvalget på at premenstruelt syndrom, endometriose, vulvodyn og vaginisme er undervurderte problemer, og økt bevissthet kan føre til at flere søker hjelp for slike plager (NOU 2023: 5). Videre er det en økning i psykiske lidelser blant unge; i perioden 2008-2018 økte andelen i alderen 15-21 år med psykiske diagnoser med 23 prosent for kvinner og 21 prosent for menn (Haugli Bråten & Sten-Gahmberg, 2022). Dette vil videre gi økt belastning i allmennlegetjenesten. I tillegg er overvekt og fedme stadig økende i befolkningen, og tiltak knyttet til forebygging og behandling vil også i stor grad være en oppgave for fastlegene. Det er derfor grunn til å tro at det vil være nødvendig å tenke langsiktig på hvordan man skal møte disse og andre helseutfordringer på andre måter enn å kun øke antallet fastleger. Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten understreker i sin rapport at økende behov for fastlegetjenester som overgår tilbudet gjør at det blir særlig viktig at man legger til rette for at fastlegene kan prioritere sin tid til de pasientene der helsegevinsten av diagnostikk og behandling er høy (Ekspertutvalget, 2023). Utvalget trekker frem at fastlegens ansvarsområde; alle allmennelegeoppgaver innen somatikk, psykisk helse og rus (fastlegeforskriften §10), mangler en tydelig avgrensning. Å tydeliggjøre hva som tilfaller fastlegen og hva som tilfaller spesialisthelsetjenesten kan bidra til å klargjøre hvilke oppgaver innbyggerne kan forvente at fastlegen gjør. Utvalget trekker frem at for at fastlegen skal kunne gjøre nødvendig prioritering er det nødvendig med systemer som muliggjør prioritering, for eksempel digitale verktøy, særlig i forhold til e-konsultasjoner, i tillegg til at finansieringssystemet må gi insentiver til å prioritere riktig.

Den kontrafaktiske situasjonen uten tiltakene i handlingsplanen er ukjent. Vi vet ikke hvordan utviklingen i allmennlegetjenesten ville ha vært uten tiltakene, og om fravær av handlingsplanen kunne ha ført til ytterligere utfordringer. Tiltakene i handlingsplanen har i tillegg pågått og virket i samme periode som koronapandemien, noe som trolig har påvirket både statistikk, arbeidsmengde og oppfatninger blant aktører. Statistikken over lønn, inntekt, arbeidstid og bemanning i allmennlegetjenesten er mangelfull og det er nødvendig å styrke pågående initiativer for å bedre statistikkgrunnet.

## 13. Referanser

- Abelsen, B., Fosse, A., Gaski, M., & Grimstad, H. (2022). *Tiltak i grunnutdanningen for å sikre leger til ditrikt - en systematisk oversikt*. Tidsskriftet.
- ALIS Midt. (2023). *Årsrapport 2022*. Trondheim: ALIS Midt.
- ALIS Nord. (2023). *Årsrapport 2022*. Tromsø.
- ALIS Sør. (2023). *Årsrapport 2022*. Kristiansand: ALIS Sør.
- ALIS Vest. (2023). *Årsrapport 2022*. Bergen: ALIS Vest.
- ALIS Øst. (2023). *Årsrapport 2022*.
- ALIS-kontorene. (2022). *Mal for veiledningsavtale LIS1 og LIS3*. ALIS-kontorene.
- ALIS-kontorene. (2023). *Evaluering av tilskuddsordningen "Nasjonal ALIS og veiledning"*. ALIS-kontorene.
- ALIS-kontorene. (u.d.). *Samfunnsmedisin*. Hentet februar 24., 2023 fra [alis.no](https://www.alis.no): <https://www.alis.no/samfunnsmedisin>
- ALIS-kontorene. (u.d.a). *Om ALIS-kontorene*. Hentet Februar 23., 2023 fra [alis.no](https://www.alis.no): <https://www.alis.no/om-alis-kontorene>
- Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet. (2021). *Informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger. En gjennomgang av attester og erklæringer som fastleger utsteder for Arbeids- og velferdsetaten*. Oslo: Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet.
- Bordvik, M. (2018, november 27). *Fastleger og onkologer: Oppfølgingen av kreftoverlevende må bli bedre*. *Dagens Medisin*. Hentet fra *Dagens medisin* : <https://www.dagensmedisin.no/kreft/fastleger-og-onkologer-oppfolgingen-av-kreftoverlevende-ma-bli-bedre/401447>
- Cancer Registry of Norway. (2021). *Cancer in Norway 2020 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. Oslo: Cancer Registry of Norway. Hentet fra <https://www.kreftregisteret.no/globalassets/cancer-in-norway/2020/cin-2020.pdf>
- Chou, R., Qaseem, A., Snow, V., Casey, D., Cross, J., Shekelle, P., & Owens, D. (2007). *Diagnosis and Treatment of Low Back Pain: A Joint Clinical Practice Guideline from the American College of Physicians and the American Pain Society*. *Annals of internal medicine*, 147(7), ss. 478-491. doi:<https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-7-200710020-00006>
- Clarsen, B. M., Steingrimsdottir, O. A., Holvik, K., & Ørstavik, R. E. (2022). *Muskel- og skjeletthelse i Norge*. Oslo: FHI. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/muskel-og-skjeletthelse/#muskel-og-skjeletthelse-i-norge>
- Den norske legeforening. (u.d.a). *SFS 2305 ("Særavtalen")*. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/jus-og-arbeidsliv/avtaler-for/leger-ansatt-i-kommunen/KS-leger-ansatt-i-kommunen/sentrale-avtaler/sfs-2305-Saeravtalen/>
- Den norske legeforening. (u.d.b). *Normaltariff for fastleger og legevakt 2022-2023*. Hentet fra *Normaltariffen*: <https://normaltariffen.legeforeningen.no/book/Fastlegetariffen>
- Ekspertgruppe legevakt. (2021). *Kartlegging av dagens legevaktordning*. Helse- og omsorgsdepartementet .
- Ekspertutvalget. (2022). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten - foreløpig rapport*.
- Ekspertutvalget. (2023). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten - ekspertutvalgets rapport*.
- EY og Vista Analyse. (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*. Oslo.
- FHI. (2022a). *Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/https://www.fhi.no/nettpub/hin/>

- FHI. (2022b). *PASOPP-RAPPORT 2022:566 Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2021/2022*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- FHI. (2022c). *Folkehelse rapportens temautgave 2022 - Framtidens utfordringer for folkehelsen*. Hentet fra <https://www.fhi.no/contentassets/1da364574c4d46649008cd300acb4602/folkehelse rapporten---temautgave-2022.pdf>
- Figenschou, L. (2022, april 17). *Hvorfor tar andre kommuner etter Tromsømodellen?* Hentet fra Troms legeförening .
- Figenschou, L., & Midtbu, J.-E. (2022a). *Tromsømodellen: Flere fastleger i arbeid!* Hentet fra <https://www.legeföreningen.no/foreningsledd/lokal/troms/skalpellen/2022/tromsmodellen-flere-fastleger-i-arbeid-ny-side/>
- Figenschou, L., & Midtbu, J.-E. (2022b, mai 30). *Tromsø har løsningen på fastlegekrisen*. Hentet fra Dagens medisin: <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/tromso-har-losningen-pa-fastlegekrisen/227734>
- Gaski, M., Fredriksen, M., Abelsen, B., & Nordberg, E. (2021). *Utdanningsstillinger i allmenmedisin: ALIS-Vest. Delrapport 4*. Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin. UiT Norges arktiske universitet.
- Godager, G. (2012). Birds of a feather flock together: a study of doctor-patient matching. *J Health Econ*, s. PMID: 22192424 DOI: 10.1016/j.jhealeco.2011.11.003.
- Haller, H., Cramer, H., Lauche, R., & Dobos, G. (2015). Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care: a systematic review and meta-analysis of prevalence. *Deutsches Ärzteblatt International*, 112(16), ss. 279–287. doi:<https://doi.org/10.3238/arztebl.2015.0279>
- Hartman, T. C., Rosendal, M., Aamland, A., van der Horts, H. E., Rosmalen, J. G., Buron, C. D., & Lucassen, P. L. (2017). What do guidelines and systematic reviews tell us about the management of medically unexplained symptoms in primary care? *BJGP Open*, 1(3), ss. 1-7.
- Hartman, T., Woutersen-Koch, H., & Van der Horst, H. (2013). Medically unexplained symptoms: evidence, guidelines, and beyond. *Br J Gen Pract*, ss. 63(617):625-626.
- Haugli Bråten, R., & Sten-Gahmberg, S. (2022). Unge uføre og veien til uføretrygd. *Søkelys på arbeidslivet*. Hentet fra <https://www.idunn.no/doi/10.18261/spa.39.1.4>
- Haugstad, A., & Pascoe, C. (2022, desember 5). *En mulig løsning – eller et symptom på fastlegekrisen?* Hentet fra Dagens medisin : <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/en-mulig-losning-eller-et-symptom-pa-fastlegekrisen/115461>
- Helfo. (2023, mars 15.). *Pasienttilpasset basistilskudd*. Hentet fra Helfo.no: <https://www.helfo.no/fastlegeordninga/pasienttilpasset-basistilskudd>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020a). *Tillegg til tildelingsbrev nr. 66 - Nasjonalt system for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste i kommunene*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020b, september 10.). *Regjeringens handlingsplan for forebygging av selvmord 2020-2025*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/regjeringens-handlingsplan-for-forebygging-av-selv-mord-2020-2025/id2740946/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020c). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2021 a). *Prop 1S 2021-2022*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022a). *Tillegg til tildelingsbrev for 2022 - TTB2022-12 Vurdering av mulige tiltak for rekruttering til den kommunale helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022b). *Tillegg til tildelingsbrev for 2022 - TTB2022-2 Fastlegers arbeid med attester og erklæringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022c). *Tildelingsbrev til Helsedirektoratet for 2022 - TB2022-22 Legevakt*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022d, august 11.). *Mandat for ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten*. Hentet fra Regjeringen.no: <https://www.regjeringen.no/no/dep/hod/org/styrer-rad-og-utvalg/ekspertutvalg-for-gjennomgang-av-allmennlegetjenesten/mandat-for-ekspertutvalg-for-gjennomgang-av-allmennlegetjenesten/id2923960/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2022e, juni 4.). *Opptappingsplan for psykisk helse*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/opptappingsplan-psykisk-helse/id2907606/>
- Helsedirektoratet . (2020b, august 31. ). *Veiledning og supervisjon* . Hentet fra Helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/allmenmedisin/veiledning-og-supervisjon>
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2018a). *Nasjonal veileder for personer med store og sammensatte behov - Utfordringsbilde for bedre oppfølging av brukere med omfattende og sammensatte behov*. Hentet februar 19, 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/bedre-oppfolging-av-pasienter-og-brukere-med-omfattende-behov-for-tjenester-krever-tydelig-ledelse#utfordringsbilde-for-bedre-oppfolging-av-brukere-med-store->
- Helsedirektoratet. (2018b). *Nasjonal veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov - Hvem er pasienter og brukere med store og sammensatte behov*. Hentet februar 20., 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/hvem-er-pasienter-og-brukere-med-store-og-sammensatte-behov#kjennetegn-ved-pasienter-og-brukere-med-store-og-sammensatte-behov>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonal veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov>
- Helsedirektoratet. (2020). *Seneffekter etter kreftbehandling (IS-2872)*. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf/\\_/attachment/inline/3d984c2a-7926-4d1a-a5f0-06d48fe7c95f:f3e498d059734ff34b013c1c206877e488e95600/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/seneffekter-etter-kreftbehandling/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling.pdf/_/attachment/inline/3d984c2a-7926-4d1a-a5f0-06d48fe7c95f:f3e498d059734ff34b013c1c206877e488e95600/Seneffekter%20etter%20kreftbehandling).
- Helsedirektoratet. (2021 a). *Svar på oppdrag - å vurdere utvidelse av mandatet til ALIS-kontorene*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2021b). *Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 - Årsrapport 2020*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2022a). *Risikojustert basistilskudd til fastleger - budsjett 2023, besvarelse på oppdragsnummer TTB2022-37*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2022b). *Besvarelse av tillegg til tildelingsbrev TTB2022-04: Oppdrag knyttet til rekruttering og arbeidsbelastning i allmennlegetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2022c). *Helsedirektoratets svar på tilleggsoppdrag TTB2021-89 fra Helse- og omsorgsdepartementet om takster på delegasjon*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2022d). *Nasjonal ALIS og veiledning*. Hentet februar 28., 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/nasjonal-alis-og-veiledning#regelverk-hvem-kan-fa-tilskudd>
- Helsedirektoratet. (2022e). *Besvarelse av tillegg til tildelingsbrev TTB2022-12 - Vurdering av mulige tiltak for rekruttering til den kommunale helse- og omsorgssektoren*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2022f). *Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan*. Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2022g). *Fastlegers arbeid med attester og erklæringer utenfor NAV området*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2022h). *Besvarelse av oppdrag i tildelingsbrev TB2022-22 - Vurdere endringer i regulering og finansiering av legevakttjenesten for å skape bærekraftige løsninger*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2022i). *Oppfølging av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 Statusrapport - 2. tertial 2022*. Hentet februar 28., 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/oppfolging-av-handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-2020-2024-statusrapport-2.tertiar-2022/spesialisering-i-allmenmedisin/antall-lis1-stillinger>
- Helsedirektoratet. (2022j, Juni 23). *Statistikk: Nasjonale Kvalitetsindikatorer (NKI): Kommunale helse- og omsorgstjenester*. Hentet fra Sykehjemsbeboeres legetimer per uke: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/legetimer-per-beboer-i-sykehjem>
- Helsedirektoratet. (2022k). *Nasjonalt system for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring i allmennlegetjenesten*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2022l, januar 24). *Pakkeforløp hjem for pasienter med kreft*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/nasjonale-forlop/hjem-for-pasienter-med-kreft/om-pakkeforlopet>
- Helsedirektoratet. (2022m). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten*.
- Helsedirektoratet. (2022n, august 22). *Langvarige og sammensatte smertetilstander - helhetlig pasientforløp*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/langvarige-og-sammensatte-smertetilstander-helhetlig-pasientforlop>
- Helsedirektoratet. (2022o). *Søknad og frister for LIS1 stillinger*. Hentet Mars 2022 fra Helsedirektoratet.no: Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/lis1/soknad-og-frister>
- Helsedirektoratet. (2022p). *Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. Kvartalsrapport 4. kvartal 2021*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2022q). *Handlingsplan for allmennlegetjenesten, Årsrapport 2021*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2023, April 20). *Nyheter: 431 millioner for å rekruttere fastleger*. Hentet fra 431 millioner for å rekruttere fastleger: <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/430-millioner-for-a-rekruttere-fastleger>
- Helsedirektoratet. (2023, Mars 23). *Statistikk: Nasjonale Kvalitetsindikatorer (NKI): Allmennlegetjenesten*. Hentet fra Andel fastleger med spesialitet: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/allmennlegetjenesten/andel-fastleger-med-spesialitet>
- Helsedirektoratet. (2023a). *Omlagging til risikojustert basistilskudd, svar på oppdragsnummer TTB2022-48*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2023b). *Oppsummering og anbefaling av prosjekt "Pilot legevakt"*. Oslo: Helsedirektoratet .
- Helsedirektoratet. (2023c, mars 6.). *Takstendringer for leger, psykologer, fysioterapeuter og andre behandlergrupper*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/andre-finansieringsordninger/takstendringer-for-leger-psykologer-og-fysioterapeuter#endringerilegetaksterfrajuli>
- Helsedirektoratet. (2023d). *Kostnader for introduksjonsleger - Oppdrag TTB2021-88*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2023e, mars 22.). *Innbyggere uten fast lege*. Hentet fra Helsedirektoratet.no: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/allmennlegetjenesten/innbyggere-uten-fast-lege>
- Helsedirektoratet. (2023f, januar 23). *Langvarig utmattelse uten kjent årsak inkludert CFS/ME - Nasjonalt pasientforløp*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/horinger/langvarig-utmattelse-uten-kjent-arsak-inkludert-cfs-me-nasjonalt-pasientforlop>
- Helsedirektoratet. (2023g, januar 2.). *Sykmelderveileder*. Hentet fra Helsedirektoratet: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sykmelderveileder>
- Helsedirektoratet, Den norske legeforening, KS, Oslo Kommune, Direktoratet for e-helse og Regionale helseforetak. (2023). *Pasientsikkerhet for innbyggere på fastlegelister uten fast lege*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Holmøy, E., Hjemås, G., & Haugstveit, F. (2023). *Arbeidsinnsats i offentlig helse og omsorg: Fremskrivninger og historikk*. Oslo : SSB.
- Holte, H., J., Abelsen, B., Halvorsen, P. A., & Olsen, J. A. (2015c, Mars 25). General practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried positions: a consequence of proposed policy regulations? *BMC Health Services Research*.
- Holte, J. H. (2020). *Følgestudie: ALIS-Nord. Fafo-notat 2020:10*. Oslo: Fafo.
- Holte, J. H., Markussen, T. E., & Olsen, T. (2021). *Følgestudie: ALIS-Nord - Underveisnotat 2. Fafo-notat 2021:21*. Oslo: Fafo.
- Ihlebak, C., Brage, S., Natvig, B., & Bruusgaard, D. (2010). Forekomst av muskel- og skjelettlidelser i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 130(23), ss. 2365–2368. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2010/12/oversiktsartikkel/forekomst-av-muskel-og-skjelettlidelser-i-norge>
- Ipsos, SØA. (2022). *Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen - fjerde oppfølgingsundersøkelse*.
- Kreftforeningen. (2021, desember 21). *Endelig åpner poliklinikk for senskader i Tromsø*. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/aktuelt/endelig-apner-poliklinikk-for-senskader-i-tromso/>
- Kreftforeningen. (2022a, september 08). *Poliklinikk for seneffekter: – Dette har vi ventet lenge på*. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/aktuelt/dette-har-vi-ventet-lenge-pa/>
- Kreftforeningen. (2022b). *Pasientforløpet - resultater fra en undersøkelse i kreftforeningens brukerpanel 2022*. Oslo: Kreftforeningen seksjon strategi og analyse. Hentet fra <https://kreftforeningen.no/content/uploads/2022/11/pasientforlopsundersokelsen-2022.pdf>
- Kristiansen, E., Breivik, E., Bergmo, T., Johansen, M., & Zanaboni, P. (2021). *E-konsultasjon og sykmelding. Undersøkelse av erfaringer med unntak fra krav til personlig fremmøte under covid-19-pandemien*. Nasjonalt senter for e-helseforskning.
- Larvik kommune. (2022). *Slik skal Larvik få flere fastleger*. Hentet fra <https://www.larvik.kommune.no/helse-og-mestring/aktuelt/slik-skal-larvik-faa-flere-fastleger/>
- Lillebø, P. (2022). *La bedriftsleger avlaste fastlegene*. Hentet februar 23., 2023 fra <https://www.aftenbladet.no/meninger/debatt/i/MowaVM/la-bedriftsleger-avlaste-fastlegene>
- Lundevall, S., Aschim, B., & Høvik, H. (2023). *Individuell veiledning og supervisjon i spesialistutdanningen i allmenntidning*. ALIS-kontorene.
- Magnussen-utvalget. (2019). NOU 2019: 24 Inntektsfordeling mellom regionale helseforetak.
- Meld. St. 7 (2019–2020). (2019). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Hentet fra Helse- og omsorgsdepartementet: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=4>

- Mellblom, A. V., Kiserud, C. E., Rueegg, C. S., Ruud, E., Loge, J. H., Fosså, S. D., & Lie, H. C. (2021). Self-reported late effects and long-term follow-up care among 1889 long-term Norwegian Childhood, Adolescent, and Young Adult Cancer Survivors (the NOR-CAYACS study). *Support Care Cancer*, 29(6), ss. 2947–2957. doi:<https://doi.org/10.1007/s00520-020-05790-6>
- Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. (u.å.). *Norsk nakke- og ryggregister*. Hentet 03 01, 2023 fra <https://www.kvalitetsregistre.no/register/muskel-og-skjelett-rehabilitering/norsk-nakke-og-ryggregister>
- NAV. (2019a). *Bruk av helseopplysninger i sykmeldingen ved søknad om arbeidsavklaringspenger*. Hentet januar 31., 2023 fra [https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/samarbeid/leger-og-andre-behandlere/arbeidsavklaringspenger-informasjon-for-leger/bruk-av-helseopplysninger-i-sykmeldingen-ved-soknad-om-arbeidsavklaringspenger\\_kap](https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/samarbeid/leger-og-andre-behandlere/arbeidsavklaringspenger-informasjon-for-leger/bruk-av-helseopplysninger-i-sykmeldingen-ved-soknad-om-arbeidsavklaringspenger_kap)
- NAV. (2019b, desember 12.). *Hvilke helseopplysninger og legeerklæringer trenger NAV - uføretrygd*. Hentet fra NAV: [https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/samarbeid/leger-og-andre-behandlere/uforetrygd-informasjon-for-leger/hvilke-helseopplysninger-og-legeerklæringer-trenger-nav-uforetrygd\\_kap](https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/samarbeid/leger-og-andre-behandlere/uforetrygd-informasjon-for-leger/hvilke-helseopplysninger-og-legeerklæringer-trenger-nav-uforetrygd_kap)
- NAV. (2021 a, november 5.). *Dialogmøte 1 - arbeidsgiveren*. Hentet fra NAV: <https://www.nav.no/no/bedrift/oppfolging/sykmeldt-arbeidstaker/relatert-informasjon/slik-folger-du-opp-sykmeldte/dialogmote-1-arbeidsgiveren>
- NAV. (2021 b, september 17.). *Oppgaver og milepæler i sykemeldingsperioden*. Hentet fra NAV: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/samarbeid/leger-og-andre-behandlere/om-sykmelding-for-leger/oppgaver-og-milepæler-i-sykmeldingsperioden>
- NAV. (2021 c, oktober 6.). *Hvilke opplysninger trenger NAV - AAP*. Hentet fra NAV: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/samarbeid/leger-og-andre-behandlere/arbeidsavklaringspenger-informasjon-for-leger/hvilke-opplysninger-trenger-nav-arbeidsavklaringspenger>
- NAV. (2022a, desember 12.). *Spørsmål og svar om søknaden om sykepenger (for den sykmeldte)*. Hentet fra NAV: <https://www.nav.no/no/person/arbeid/sykmeldt-arbeidsavklaringspenger-og-yrkesskade/digital-sykmelding/digital-sykmelding-informasjon-til-sykmeldte/sporsma%CC%8A1-og-svar-om-soknaden-om-sykepenger>
- NAV. (2022b). *Undersøkelse om NAV-medarbeidernes samarbeid med fastleger*. NAV (Ikke publisert).
- NAV. (2022c, desember 22.). *Arbeidsavklaringspenger (AAP)*. Hentet fra NAV: <https://www.nav.no/aap>
- NAV. (2022d, oktober 24.). *Arbeidsavklaringspenger - legens rolle*. Hentet fra NAV: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/samarbeid/leger-og-andre-behandlere/arbeidsavklaringspenger-informasjon-for-leger>
- NAV. (2022e, mars 01). *Sykefraværstatistikk - Kvartalstatistikk*. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/sykefravar-statistikk/sykefravar>
- NAV. (2023a, januar 18). *Diagnoser uføretrygd Statistikk per 30. juni 2017*. Hentet fra <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/aap-nedsatt-arbeidsevne-og-uforetrygd-statistikk/uforetrygd/diagnoser-uforetrygd>
- NAV. (2023b, januar 2.). *Sykepenger*. Hentet fra NAV: <https://www.nav.no/sykepenger>
- NHI. (2022, november 7.). *Sykmelding*. Hentet fra NHI: <https://nhi.no/rettigheter-og-helsetjeneste/pasientrettigheter/sykmelding/>
- Nilsen, L. (2022). Studie: Fastleger som lytter er til hjelp ved depresjon. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 142(12), ss. 1106-1107.
- Norsk forening for allmenntmedisin. (2018, 07 05). *Medisinsk uforklarte plager og symptomer (MUPS)*. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-allmenntmedisin/faggrupper/medisinsk-uforklarte-plager-og-symptomer-mups/>



- NOU 2023: 4. (2023). *Tid for handling - Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-4/id2961552/?ch=1>
- NOU 2023: 5. (2023). *Den store forskjellen - Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse*. Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7e517da84ba045848eb57d4e3d89acc3/no/pdfs/nou202320230005000dddpdfs.pdf>
- NRK. (2017). *Overlege om sykemeldinger: - Vi bør ikke ha dette ansvaret*. Hentet februar 23., 2023 fra <https://www.nrk.no/trondelag/leger-vil-ikke-lenger-sykemelde-pasienter-1.13786176>
- Nygård, F., & Hestenes, S. G. (2023, februar 6). *Legen Bjarte jobbar to veker i strekk – får fire veker fri*. Hentet fra NRK: <https://www.nrk.no/nordland/meiner-nordsjoturnus-kan-vere-loysinga-pa-fastlegekrisa-i-nord-1.16282185>
- Ose, S. O., Kaspersen, S. L., & Kalseth, J. (2018). *Sykefraværsoppfølging i Danmark, Finland, Island, Nederland, Norge, Sverige og Tyskland*. Trondheim: SINTEF.
- Oslo Economics. (2019). *Bærekraft i praksis? Rygg- og nakkeplager i Norge (OE-rapport 2019-21)*. Oslo. Hentet fra <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2019/09/OE-rapport-2019-21-Baerekraft-i-praksis.-Rygg-og-nakkeplager-i-Norge.pdf>
- Oslo universitetssykehus. (2021, september 08). *Om kompetansetjenesten for seneffekter*. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-seneffekter-etter-kreftbehandling/for-pasienter/om-kompetansetjenesten-for-seneffekter>
- Pedersen, K., Godager, G., Rognlien, H. D., Tyrihjel, J. B., Værnø, S. G., Iversen, T., . . . Sæther, E. M. (2022). *Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024: Evalueringsrapport I*. Oslo: Oslo Economics og Universitetet i Oslo.
- Prop. 1 S. ((2022-2023)). *FOR BUDSJETTÅRET 2023 — Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790 Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Rebnord, I., Eikeland, O., Hunskaar, S., & Morken, T. (2018). *Fastlegers tidsbruk*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaksmedisin, Uni Research Helse.
- Riiser, S., Baste, V., Haukenes, I., Smith-Sivertsen, T., Hetlevik, Ø., & Ruths, S. (2022). Practice characteristics influencing variation in provision of depression care in general practice in Norway; a registry-based cohort study (The Norwegian GP-DEP study). *BMC Health Services Research*, 22(1), ss. 1-11.
- Rundskriv til ftrl kap. 11 - Arbeidsavklaringspenger. (2002, oktober 1. ). [lovdata.no](https://lovdata.no). Hentet fra Rundskriv til ftrl kap. 11 – Arbeidsavklaringspenger: [https://lovdata.no/nav/rundskriv/r11-00#KAPITTEL\\_15](https://lovdata.no/nav/rundskriv/r11-00#KAPITTEL_15)
- Ruths, S., Haukenes, I., Hetlevik, Ø., Smith-Sivertsen, T., Hjørleifsson, S., Hansen, A. B., . . . Baste, V. (2021). Trends in treatment for patients with depression in general practice in Norway, 2009-2015: nationwide registry-based cohort study (The Norwegian GP-DEP Study). *BMC Health Services Research*, 21(1), ss. 1-13.
- Sandvik, H., Hetlevik, Ø., Blinkenberg, J., & Hunskaar, S. (2022, januar 27.). Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice*, 72. doi:10.3399/BJGP.2021.0340
- Smith, P. C. (2007). *Formula funding of public services*. Oxon: Routledge.
- Smith, R. (2023). "Functional disorders": one of medicine's biggest failures. *BMJ*.
- Spesialistforskriften. (2016, desember 13. ). *Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger*. Hentet fra (FOR-2016-12-08-1482). [Lovdata](https://lovdata.no): <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2016-12-08-1482/%2A#&#x2a;>
- SSB. (2020). *Standard for sentralitet*. Hentet februar 28., 2023 fra <https://www.ssb.no/klasse/klassifikasjoner/128/om>

- SSB. (2022, mai 5). *Allmennlegetjenesten*. Hentet fra <https://www.ssb.no/helse/helsetjenester/statistikk/allmennlegetjenesten>
- SSB. (2023, februar 2.). 01222: *Endringer i befolkninga i løpet av kvartalet, for kommunar, fylke og heile landet (K) 1997K4 - 2022K4*. Hentet fra [Statistikk]: <https://www.sokogskriv.no/referansestiler/apa-7th.html#statistikk-datasett-og-elektroniske-kart>
- Stokland, I. (2022a, Mai 28). *Lillehammer løser fastlegekrisen: Fem nye leger ansatt på rekordtid*. Hentet Januar 01, 2023 fra Gudbrandsdølen Dagningen: <https://www.gd.no/lillehammer-loser-fastlegekrisen-fem-nye-leger-ansatt-pa-rekordtid/s/5-18-1561513>
- Stokland, I. (2022b, November 04). *Lillehammer har lyktes - Vi har endelig full fastlegedekning*. Hentet Januar 11, 2023 fra Gudbrandsdølen Dagningen: <https://www.gd.no/lillehammer-har-lyktes-vi-har-endelig-full-fastlegedekning/s/5-18-1650292>
- Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger. (2021). *Årsberetning 2020*. Oslo: Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger.
- Scæther, A. S., & Ertesvåg, F. (2021). Hentet fra VG: Helse-Høie bekymret for fastlege-fracfall: <https://www.vg.no/nyheter/innenriks/i/yRWmza/helse-hoeie-bekymret-for-fastlege-fracfall>
- Scæther, A. S., & Frøystad Nærø, A. (2017). *Kampen om fastlegene*. Hentet fra VG: <https://www.vg.no/spesial/2017/fastleger/>
- Tangen, M. K., Heilemann, K., Kvavik, B. O., Klev, N. K., Jensen, A., Tøndevold, A., . . . Skyvulstad, H. (2023). *Partssammensatt arbeidsgruppe på legevakt (del 2)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Tangen, M. K., Klev, N. K., Jensen, A., Lorentzen, H., Elde, E., Olsen, S., & Vibeto, J. H. (2022). *Partssammendatt arbeidsgruppe på legevakt (del 1)*. Helsedirektoratet.
- Tesli, M. S., Handal, M., Torvik, F. A., Knudsen, A. K., Odsbu, I., Gustavson, K., . . . Reneflot, A. (2023, februar 10). *Psykiske lidelser hos voksne*. Hentet fra FHI: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/psykisk-helse/psykiske-lidelser-voksne/%20?term=angst%20&h=1#om-siden-kontakt-endringshistorikk>
- Thoresen Rønold, I. (2019). *Fastleger i nordsjøturnus*. *Tidsskriftet*. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2019/06/reportasje/fastleger-i-nordsjoturnus>
- Thorsen, B., Frydenberg, K., Wensaas, K.-A., Christiansen, L. C., Olsen, B. A., Kehlet, K., . . . Viste, E. (2019). *Fastlegens rolle i kreftomsorgen*. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 139(10), ss. 903-905. Hentet fra <https://tidsskriftet.no/2019/05/kronikk/fastlegens-rolle-i-kreftomsorgen>
- Trønderopprøret. (2018). *Fastlegeordningen 2.0*. Trondheim: Trønderopprøret.
- Tømmerbakke, S. G. (2022, september 9). *Tja til nordsjøturnus i ALIS-ordningen*. Hentet fra Dagens medisin : <https://www.dagensmedisin.no/alis-fastlegeordningen-fastleger/tja-til-nordsjoturnus-i-alis-ordningen/313698>
- Tøndel, G., & Ose, S. O. (2014). *Samarbeid mellom helsetjenestene for mennesker med psykiske lidelser*. Trondheim: Sintef. doi:<https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/2500503>
- Wannebo, H. (2022, August 12). *Disse er noe så sjeldent som fastleger som ønsker å jobbe i Larvik - forfriskende!* Hentet Februar 24, 2023 fra Østlands-posten: [https://www.op.no/disse-er-noe-sa-sjeldent-som-fastleger-som-onsker-a-jobbe-i-larvik-forfriskende/s/5-36-1289158?onboarding\\_mode=true](https://www.op.no/disse-er-noe-sa-sjeldent-som-fastleger-som-onsker-a-jobbe-i-larvik-forfriskende/s/5-36-1289158?onboarding_mode=true)
- Zakariassen, E. (2022). *Pilot Legevakt - Evalueringsrapport fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin*. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, NORCE Norwegian Research Centre.
- Aamland, A., Malterud, K., & Werner, E. (2014). Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: a descriptive study from Norwegian general practice. *BMC family practice*, 15(1), ss. 1-6. doi:<https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-107>

Aandahl, E., Abelsen, B., Fosse, A., Godager, G., Iversen, T., Løyland, H., . . . Sæther, E. (2022). *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport V.* . Oslo og Tromsø: Universitetet i Oslo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin og Oslo Economics.

## Vedlegg A Beskrivelse av metode og datagrunnlag

### A.1 Registerdata

Sentrale registerdatakilder i denne rapporten er KUHR, som har informasjon om aktiviteten i allmennlegetjenesten i form av takstbruk, og FLO som har informasjon om kjennetegn ved fastlegelister, fastleger og vikarer. Fra KUHR har evaluator mottatt informasjon aggregert til krontall samt antallet av utvalgte takster. Krontall og takstbruk inkluderer kun tall fra regninger som ble godkjent av Helfo. I arbeidet med registerdatakildene som benyttes har koblingen mellom FLO og aktivitetsdata fra KUHR vært sentral og koblingen er gjennomført på tid og helsepersonellnummer.

I arbeidet har det vært en viktig målsetning å etablere data som gir mest mulig komplett bilde av hvor mange leger som bidrar til aktiviteten i allmennlegetjenesten, hvor stor aktiviteten er, og hvilken type tilknytning legene har til allmennlegetjenesten. Et viktig element i dette arbeidet har vært å inkludere aktiviteten til alle allmennleger uavhengig av deres avtalestatus. Beskrivelsene av aktiviteten i allmennlegetjenesten i denne rapporten skiller seg således fra enkelte tidligere beskrivelser av aktiviteten i fastlegeordningen. I Tabell A-1 gir vi eksempler på mulige utfall ved kobling av KUHR og FLO. Første linje viser en vellykket en-til-en kobling, der HPRNR til en lege registrert med fastlegekontrakt i FLO gjenfinnes i KUHR. Dersom man definerte fastleger som studiepopulasjon (de to første linjene i Tabell A-1) istedenfor *allmennleger med aktivitet*, ville det resultert i at deler av allmennlegeaktivitet levert av leger uten fastlegeavtale ble oversett, og at antallet leger som yter allmennlegetjenester blir undervurdert. Andre linje i Tabell A-1 beskriver situasjoner der en lege med fastlegekontrakt ikke har aktivitet i KUHR, for eksempel på grunn av permisjon.

**Tabell A-1: Eksempler på mulige utfall ved kobling av FLO og KUHR.**

KUHR		FLO	
Aktivitet (Eksempel: antall 2ad)	HPRNR I KUHR	HPRNR I FLO	Legebeskrivelser (Eksempel: vikar eller fastlege)
Ja	Ja	Ja	JA, FASTLEGE
Nei	Nei	Ja	JA, FASTLEGE
Ja	Ja	Ja	JA, VIKAR
Ja	Ja	Nei	?
Nei	Nei	Ja	JA, VIKAR

### A.2 Intervjuundersøkelser

Intervjuer har vært en viktig metode for datainnsamling til rapporten, særlig for å få frem kvalitative beskrivelser av status i allmennlegetjenesten og kvalitative vurderinger av tiltakene i handlingsplanen. Datainnsamlingen er meldt til NSD Personvernombudet for forskning (NSD prosjektnummer 937829). Intervjuene ble gjennomført i perioden oktober 2022 til januar 2023. Intervjuene ble som hovedregel gjennomført digitalt på Teams med en varighet på én time, der to fra evalueringsteamet deltok.

#### A.2.1 Utvalg av kommuner som grunnlag for rekruttering av informanter

I evalueringsrapport I valgte vi ut 12 casekommuner som dannet grunnlag for rekruttering av informanter til intervjuer. Dette for å sikre at intervjuobjektene dekker ulike typer kommuner med ulike kjennetegn. Hensikten med casekommunene var å følge de samme kommunene og informantene over tid, samtidig som det sikret en viss representativitet i intervjuobjekter langs viktige kriterier.

I evalueringsrapport I snakket vi med utvalgte fastleger i Sande kommune. I evalueringsrapport II har vi ikke fått snakket med fastleger fra Sande kommune, men har i stedet snakket med en fastlege fra Askøy kommune. Representantene fra kommunene ser dermed noe ulikt ut i evalueringsrapport II, sammenlignet med året før.

**Tabell A-2: Nøkkelinformasjon om intervjuobjektene kommuner**

Kommune	Fylke	Befolkning i 2022*	Sentralitet**	Antall hjemler	Andel lister med ledig plass	Andel lister uten lege	Turnover av fastleger i 2022***
Oslo	Oslo	709 037	1	563	20 %	0 %	6 %
Tromsø	Troms og Finnmark	77 992	3	80	0 %	4 %	8 %
Namsos	Trøndelag	14 923	4	17	12 %	6 %	19 %
Bergen	Vestland	289 330	2	256	0 %	1 %	5 %
Meløy	Nordland	6 212	6	10	40 %	30 %	29 %
Ringerike	Viken	31 444	3	29	0 %	3 %	7 %
Vennesla	Agder	15 294	4	17	0 %	0 %	7 %
Sandefjord	Vestfold og Telemark	65 574	3	59	3 %	12 %	20 %
Elverum	Innlandet	21 568	3	22	23 %	9 %	11 %
Hjelmeland	Rogaland	2 619	6	2	100 %	0 %	0 %
Askøy	Vestland	29 989	3	30	10 %	10 %	13 %
Nesbyen	Viken	3 299	5	5	40 %	0 %	0 %

Kilde: SSB (2020), SSB (2023), og helsenorge.no. \*Utgangen av fjerde kvartal. \*\* På en skala fra 1-6 hvor 1 er mest sentral og 6 er minst sentral. \*\*\* Andelen av de praktiserende fastlegene i kommunen ved utgangen av 2021 som ikke lenger var praktiserende fastlege i kommunen ved utgangen av 2022.

I utvelgelsen av casekommuner er følgende kriterier vurdert (i prioritert rekkefølge):

- Geografisk spredning
- Kommunestørrelse
- Press på fastlegeordningen
- Sentralitet
- KOSTRA-gruppe

For å sikre geografisk spredning har vi inkludert minst én kommune fra hvert fylke. Derimot ettersom vi ikke har fått intervjuet fastlegene i Sande kommune, har vi ingen representanter fra fylket Møre og Ramsdal i vårt utvalg av fastleger.

Ettersom kommunestørrelse påvirker hvordan tjenestene i kommunen organiseres, er det viktig å inkludere kommuner av ulik størrelse. Vi har inkludert to veldig store kommuner (over 100 000 innbyggere), tre store kommuner (mellom 30 000 og 100 000 innbyggere), fire mellomstore kommuner (mellom 10 000 og 30 000 innbyggere) og tre små kommuner (under 10 000 innbyggere). Selv om de to største kommunene i Norge i utgangspunktet ikke er representative kommuner, er de inkludert som følge av at de har et stort geografisk nedslagsfelt og at allmennlegetjenesten i disse kommunene dekker en stor andel av befolkningen.

Vi har også inkludert kommuner med ulik grad av press på fastlegeordningen. Dette bidrar til at intervjuene både kan gi innsikt i tilstanden i kommuner hvor fastlegetjenesten har akutte utfordringer, og innsikt i suksessfaktorer i kommuner hvor fastlegeordningen er velfungerende tatt i betraktning de store utfordringene ordningen står overfor nasjonalt. Som indikatorer på press i fastlegeordningen har vi sett på andelen fastlegelister i kommunen med ledig plass og andelen lister uten fast lege. I fem av kommunene hadde mindre enn 10 prosent av fastlegelistene ledig plass, hvorav fire kommuner hadde ingen ledige listeplasser. I seks kommuner hadde mellom 10 og 80 prosent av listene ledig plass, og i én kommune var det ledige plasser i 80 prosent eller mer av listene. I tillegg har vi sett på turnover blant fastlegene i hver kommune i 2022, altså andelen av de praktiserende fastlegene i kommunen ved utgangen av 2021 som ikke var praktiserende fastlege i kommunen ved utgangen av 2022.

Vi har også sikret variasjon i kommunesentralitet som målt i SSBs sentralitetsindeks. Alle seks sentralitetsnivåene er representert i utvalget av kommuner, hvorav litt over halvparten av kommunene tilhørte en av de tre mest sentrale nivåene og litt under halvparten tilhørte en av de tre minst sentrale nivåene.

De utvalgte kommunene tilhører også ulike KOSTRA-grupper. Her grupperes kommunene langs tre dimensjoner: folkemengde, faste kostnader og frie disponible inntekter per innbygger. Dette bidrar dermed til å sikre variasjon i utvalget med hensyn til kommunenes økonomiske betingelser.

### A.2.2 Utvalg av informanter

#### Fastleger

Vi har gjennomført intervjuer med totalt 18 fastleger i kommunene Oslo, Tromsø, Namsos, Bergen, Ringerike, Vennesla, Sandefjord, Elverum, Hjelmeland, Askøy og Nesbyen. To av informantene jobber ikke som fastlege lenger, hvorav en sluttet i 2021 og den andre sluttet i 2022. I tillegg var to av informantene vikarierende fastleger.

Fastlegene ble rekruttert fra de utvalgte casekommunene med hjelp fra blant annet Norsk Forening for Allmenntilleggsmedisin (NFA). Utvalget av casekommuner ble foretatt av evalueringsteamet, mens NFA bistod med å sette evalueringsteamet i kontakt med et utvalg fastleger fra disse kommunene.

**Tabell A-3: Utvalgte nøkkeltall blant fastlegene i utvalget**

Kjennetegn	Størrelse
Antall fastleger i utvalget	18*
Gjennomsnittlig listetak	946
Gjennomsnittlig venteliste	86
Antall fastleger med gruppepraksis	14
Antall selvstendig næringsdrivende fastleger	14
Antall fastleger med 8.2-avtale/0-avtale	5**

**Kilde:** Intervjuer gjennomført av evalueringsteamet og Helsenorge.no. Data fra Helfo. \*To av informantene er vikarierende leger og to leger har sluttet å jobbe som fastleger, men disse er ikke inkludert i resten av statistikken i tabellen. \*\*Disse fordeler seg på 3 kommuner.

14 av informantene arbeider fremdeles som fastleger. Alle disse var selvstendig næringsdrivende med gruppepraksis. Kun én av de 14 fastlegene i utvalget har ledig plass på sin pasientliste, mens seks av fastlegene har over 100 pasienter på venteliste. Blant disse fastlegene, har fem fastleger ulike varianter av en 8.2-avtale/nullavtale (fordelt på tre kommuner).

Det er stor variasjon i organisering og drift av legekontorer mellom kommunene og fastlegene i utvalget. Dette henger sammen med variasjon knyttet til blant annet:

- Listelengder og listepopulasjon
- Innretning av kommunale bistillinger for fastlegene, eller egne legestillinger i andre deler av allmennlegetjenesten enn fastlegeordningen (f.eks. egne sykehjemsleger)
- Bruk av 8.2-avtaler/0-avtaler og økonomiske virkemidler til drift og i rekrutteringsøyemed
- Størrelse på legekontorer
- Relasjon til kommunen/forhandlinger om vilkår
- Arbeid ved legevakt og vaktbelastning

#### Medarbeidere i NAV

Ansatte i NAV intervjuet for å kartlegge deres oppfatning av samarbeidet og samhandlingen med fastleger, og om hvordan de opplever arbeidsdelingen.

Ansatte ved 12 lokale NAV-kontor ble intervjuet i 11 ulike kommuner. Utgangspunktet for kommunene vi intervjuet var case-kommunene vi valgte ut i evalueringsrapport I, og vi intervjuet representanter fra 10 forskjellige fylkeskommuner. Representanter fra NAV fra Møre og Romsdal er derimot ikke representert i utvalget vårt.

Totalt har vi intervjuet 22 representanter fra NAV. Representantene fra NAV arbeidet som:

- Veiledere for sykefraværsoppfølging og arbeidsavklaringspenger
- Fungerende koordinator for arbeidsavklaringspenger
- Fagansvarlige for sykefraværsoppfølging og arbeidsavklaringspenger
- Avdelingsledere for sykefraværsoppfølging og arbeidsavklaringspenger

#### Andre aktører

I tillegg til har vi gjennomført intervjuer med utvalgte informanter fra andre aktører. Vi har intervjuet ALIS-kontorene Øst, Vest, Sør, Midt, Nord og Oslo. Det deltok flere representanter fra kontorene på hvert intervju. Intervjuene med ALIS-kontorene ble gjennomført i februar/mars 2023. Vi har også gjennomført intervjuer med representanter fra Allmenlegeforeningen og Norsk forening for allmenmedisin.

### A.3 Spørreundersøkelse blant fastleger

Vi har gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot fastleger og fastlegevikarer. Datainnsamlingen er meldt til NSD Personvernombudet for forskning (NSD prosjektnummer 937829).

Temaer i undersøkelsen var finansiering, arbeidsforhold, faglig utvikling og samhandling.

For å kartlegge fastlegenes og fastlegevikarenes oppfatninger av de ovennevnte temaene, har vi i hovedsak benyttet utsagn med formatet «Hvor enig eller uenig er du» og spørsmål med formatet «I hvilken grad». Svaralternativene var henholdsvis «helt enig», «litt enig», «hverken enig eller uenig (nøytral)», «litt uenig» og «helt uenig», og «ikke i det hele tatt», «i liten grad», «i noen grad» og «i stor grad». «Vet ikke» ble også inkludert som et svaralternativ. For noen spørsmål, for eksempel om fastlegen ville fortsette i stillingen sin i tiden fremover, ble det også åpnet for at man kunne svare «ikke relevant». Noen av de lukkede spørsmålene ble fulgt opp av et fritekstsvar, der respondenten kunne utdype svarene sine. Fritekstsvarene ble lest og sammenfattet av evaluator.

Respondentene utgjør 26,5 prosent av alle fastleger i Norge. Høy svarprosent kombinert med et ellers representativt utvalg av fastlegebefolkningen på tvers av ulike parametere, gjør at vi kan tolke resultatene kvantitativt. Noen resultater må likevel tolkes med varsomhet. For utvalgte spørsmål har vi utført statistiske tester for å undersøke forskjeller mellom grupper (for eksempel fastleger med ulike driftsformer).

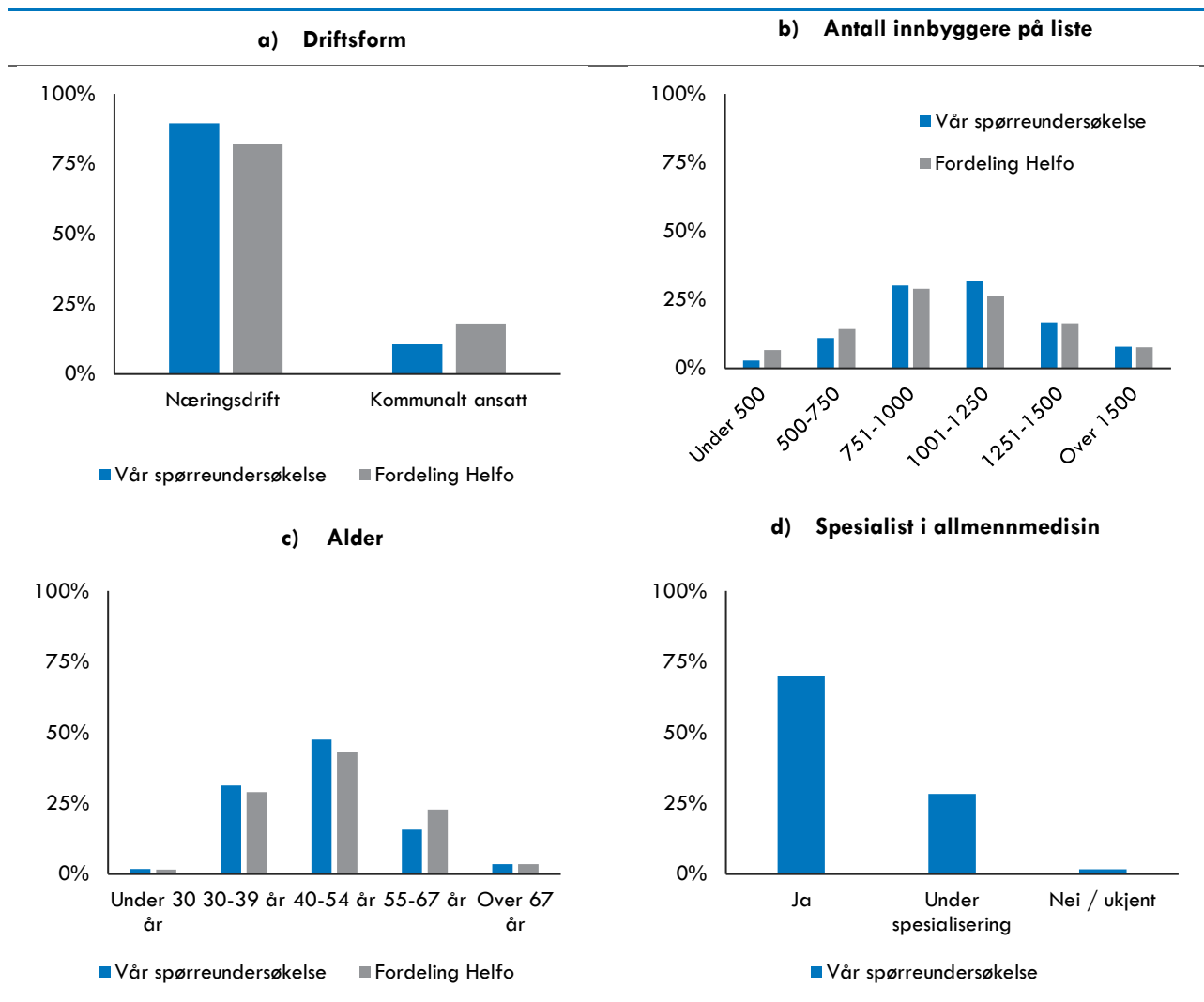
#### Distribusjon

E-post med invitasjon til å delta i spørreundersøkelsen ble sendt til de legekantorene der vi hadde tilgang til e-postadresse (mottatt fra Helsedirektoratet). Dette var kun 582 av 1352 legekantorer i Norge. På grunn av dette sendte vi også ut invitasjonen til postmottak i kommuner med forespørsel om å distribuere invitasjonen videre. Undersøkelsen ble sendt ut 10. november 2022 og avsluttet 4. desember 2022. I løpet av gjennomføringsperioden sendte vi ut påminnelser om undersøkelsen 23. november.

#### Studiepopulasjon

Totalt samtykket 1 442 fastleger og fastlegevikarer til å delta i spørreundersøkelsen. 93 prosent av respondentene er fastleger og 7 prosent er fastlegevikarer. Fire respondenter ligger under kategorien «Annet». De oppgir å være tidligere eller pensjonert fastlege, annet og legevakslege. 13 respondenter oppgir selv kategorien «Annet», men utdypet at de er for eksempel fastlegevikar eller fastlege samtidig som de holder en annen stilling, og vi har fordelt dem deretter. Noen spørsmål er betinget på at man tidligere har oppgitt å være fastlegevikarer eller fastlege, og disse respondentene har derfor ikke blitt stilt disse spørsmålene. Kjønnfordelingen er 47,9 prosent kvinner og 51,6 prosent menn (0,6 prosent ønsker ikke å oppgi kjønn). Studiepopulasjonen i spørreundersøkelsen virker å være representativ for fastleger i Norge (Figur A-1).

Figur A-1 Kjennetegn ved utvalget av fastleger i spørreundersøkelsen



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer desember 2022, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo N=1330-1438, Helfos system for administrering av fastlegeordningen (FLO), data fra fjerde kvartal 2022.

## A.4 Pasientundersøkelse

For å belyse pasienterfaringer har vi gjennomført en undersøkelse blant pasientgrupper med særlige behov for fastlegetjenester. Vi har valgt ut følgende fem grupper basert på statistikk knyttet til konsultasjoner i allmenntjenestemedisin, utbetaling av sykepenger og uføretrygd, samt intervjuer med fastleger:

- Pasienter med store og sammensatte behov
- Kreftpasienter og kreftoverlevende
- Muskel- og skjelettplager
- Medisinske uforklarte plager og symptomer
- Psykiske lidelser – angst og depresjon

Formålet med undersøkelsen var å kartlegge pasientgruppene sine opplevelser med allmenntjenestemedisintjenesten, herunder hva som kjennetegner oppfølgingen de får og hvordan denne varierer, etterlevelse av eventuelle kliniske retningslinjer for behandling hos fastlege, samhandling med relevante aktører, samt utfordringer og eventuelle forbedringsmuligheter i møte med allmenntjenestemedisintjenesten. Undersøkelsen bygger på en studie av tidligere forskning på pasientgruppene, statistikk og samtaler med pasientorganisasjoner som representerer gruppene.



#### A.4.1 Beskrivelse av pasientgruppene

##### Pasienter med store og sammensatte behov

Det finnes ikke en entydig definisjon av pasienter med store og sammensatte behov, men gruppen har ofte komplekse sykdommer; for eksempel muskel- og skjelettlidelser, psykiske lidelser, rusproblematikk og kan inkludere eldre med flere diagnoser, personer med flere kroniske lidelser og tilstander som psykisk utviklingshemming og nevrologiske sykdommer, pasienter med hjerte- og karsykdommer, diabetes, KOLS og kreft (Helsedirektoratet, 2019). Pasientene har ofte flere sykdommer samtidig (komorbiditet), som kan gi økt symptom- og sykdomsbyrde hos den enkelte. I tillegg vil gruppen omfatte dem med behov for koordinert helsehjelp fra flere aktører eller begrenset evne til selv å passe på egne helsebehov. Folkehelseinstituttet har beregnet at det er omtrent 15 000 personer i spesialisthelsetjenesten med alvorlig kompleks kronisk sykdom (minst tre komplekse lidelser eller minst seks mindre komplekse lidelser), mens det er over 230 000 personer med moderat kompleks kronisk sykdom (Meld. St. 7 (2019–2020), s. 48). Likevel er det trolig flere personer som omfattes av betegnelsen «store og sammensatte behov»; for eksempel har over 100 000 personer i Norge demens, over 300 000 har diabetes og over 150 000 har KOLS (FHI, 2022a).

Kommunen er en sentral aktør for å sikre at pasienter med komplekse og sammensatte behov blir tilstrekkelig ivaretatt. Pasientene trenger ofte hjelp fra flere tjenesteytere, og fastlegen har ansvaret for den medisinskfaglige koordineringen. Det er behov for at fagmiljøene samarbeider godt og er koordinert slik at helsetilbudet brukeren mottar oppleves som helhetlig, og at de mottar jevnlig oppfølging (Helsedirektoratet, 2018a). Det finnes en rekke veiledere og kliniske retningslinjer som kan være relevante i oppfølgingen av disse pasientene. I 2017 kom Helsedirektoratet med en egen veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov, som i 2022 er under oppdatering (Helsedirektoratet, 2019), der et viktig element er helhetlig og strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige team.

##### Kreftpasienter og kreftoverlevende

*Kreftoverlevende* brukes om personer som lever med en kreftdiagnose, enten om de fortsatt har tegn til kreftsykdom eller er antatt friske fra sin kreftsykdom.<sup>26</sup> Antall personer med en kreftdiagnose øker, både som følge av at flere rammes av kreft og at flere lever lenger med kreftdiagnosen (Cancer Registry of Norway, 2021). På 1970-tallet var det om lag 60 000 personer i live (tilsvarende omtrent 1 500 per 100 000) med en kreftdiagnose, mens tilsvarende tall i 2020 er 305 000 (tilsvarende omtrent 6 500 per 100 000). At kreftforekomsten øker kan dels forklares av en større andel eldre i befolkningen, endret forekomst av risikofaktorer, samt bedre undersøkelsesmetoder og endrede kriterier for å stille en kreftdiagnose. Kreftbehandlingen medfører risiko for å utvikle seneffekter<sup>27</sup> og det er anslått at mellom 40 og 60 prosent opplever dette (Kreftforeningen, 2022a; Mellblom, et al., 2021). Grad av alvorlighet, behov for oppfølging og mulig behandling varierer mellom pasienter (Kreftforeningen, 2021). De aller fleste kan følges opp av fastlegen, mens det anslås at omtrent 10 prosent av kreftoverlevende trenger regelmessig oppfølging av spesialisthelsetjenesten.

Fastlegen vil ofte være den første pasienten oppsøker ved mistanke om sykdom, og spiller dermed en sentral rolle i å avdekke og diagnostisere kreft, før pasientene behandles i spesialisthelsetjenesten. Pasientene kan ha behov for kontakt med fastlegen underveis i behandlingsforløpet, og etter at behandlingen i spesialisthelsetjenesten er avsluttet. I 2022 ble Pakkeforløp hjem lansert for kreftpasienter. Pakkeforløpet består av tre faste samhandlingspunkter der det gjennomføres individuelle behovskartlegginger i spesialisthelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2022). Formålet er blant annet å sikre at individuelle behov utover kreftbehandling avdekkes og at ansvar for oppfølging blir avklart, samt å bidra til mer sammenhengende tjenester, bedre samhandling og mindre uønsket variasjon i oppfølgingen.

##### Muskel- og skjelettplager

Muskel- og skjelettplager utgjør en vesentlig sykdomsbyrde for den enkelte og rammer en betydelig andel av befolkningen. Årlig rapporterer 1,2 millioner nordmenn om korsrygg- og nakkeplager (Oslo Economics, 2019). Utvikling av rygg- og nakkeplager kan forårsakes av blant annet redusert fysisk og psykisk helse, røyking, overvekt, fysisk inaktivitet og (dårlige) forhold på arbeidsplassen. Symptombildet skyldes ofte en kompleks årsakssammenheng (Ihlebaek, Brage, Natvig, & Bruusgaard, 2010) og i mange tilfeller er ikke årsaken til plagene

<sup>26</sup> Kreftregisteret anslår ikke antall kreftoverlevende, fordi det er vanskelig å vite om en sykdom er kurert eller ikke.

<sup>27</sup> Seneffekter er et samlebegrep som brukes om helseplager som skyldes kreftsykdom eller kreftbehandling, og som enten debuterer under, like etter eller år etter behandling og som varer mer enn et år. Se «Seneffekter etter kreftbehandling», (Helsedirektoratet, 2020). Seneffekter er ofte sammensatte plager som kan ha behov for tverrfaglig tiltak. Samtidig kan noen seneffekter kun lindres, og for noen plager kan pasienten kun tilbys hjelp til å akseptere og mestre plagene.

kjent. Omtrent 85 prosent av personer med kroniske smerter i nedre rygg har ikke en spesifikk tilstand eller sykdom som kan forklare smertene (Chou, et al., 2007).

Muskel- og skjelettlidelser er den vanligste diagnosen ved sykefravær i Norge. I 2019 og 2020 utgjorde muskel- og skjelettlidelser om lag 36 prosent av tapte dagsverk og 30 prosent av antall sykefraværstilfeller<sup>28</sup> (NAV, 2022e). I 2017 var sykdommer i muskel-, skjelettsystem og bindevev hoveddiagnose for 27 prosent av uføre (NAV, 2023a). Folkehelse rapporten viser til dels store forskjeller i bruken av helsetjenester for muskel- og skjelettlidelser i Norge, uten at det finnes en kjent årsak til variasjonen (Clarsen, Steingrimsdottir, Holvik, & Ørstavik, 2022). Videre fremhever kvinnehelseutvalget i deres utredning at flere kvinner enn menn rammes av muskel- og skjelettlidelser; for eksempel utgjør kvinner 90 prosent av pasientgruppen med fibromyalgi, en diagnose underlagt muskel- og skjelettlidelser (NOU 2023: 5).

### Medisinske uforklarte plager og symptomer

Medisinske uforklarte plager og symptomer (MUPS) er en samlebetegnelse på biomedisinske uforklarte symptomer der årsaken er ukjent på tross av tilstrekkelig undersøkelse av pasienthistorie, fysiske undersøkelser og andre undersøkelser (Hartman, Woutersen-Koch, & Van der Horst, 2013). MUPS omfatter blant annet symptomer som hodepine, svimmelhet, skjelvinger, brystsmerter, magesmerter, diare, hoste, smerter i rygg og andre deler av kroppen, utmattelse, i tillegg til en rekke andre symptomer. Kunnskapen om MUPS er begrenset og de underliggende årsakene omstridte. Klassifiseringsutfordringer påvirker rapporteringen av MUPS i allmennpraksis, og det er stor usikkerhet knyttet til omfanget av denne typen helseplager. Det er tidligere blitt anslått at rundt tre prosent av konsultasjoner i norsk allmennpraksis gjelder MUPS (Aamland, Malterud, & Werner, 2014). Samtidig anslår en internasjonal metaanalyse at MUPS står for inntil halvparten av alle konsultasjoner i primærhelsetjenesten (Haller, Cramer, Lauche, & Dobos, 2015). Plagene bidrar i stor grad til delvis eller fullstendige sykmeldinger, samt varige trygdeytelser som uføretrygd. Ifølge kvinnehelseutvalget er kvinner, og særlig middelaldrende med lav sosioøkonomisk status og økt forekomst av negative livserfaringer, overrepresentert i denne pasientgruppen (NOU 2023: 5).

### Psykiske lidelser – angst og depresjon

Psykiske lidelser rammer bredt i befolkningen, og de vanligste psykiske lidelsene er angst og depresjon. Psykiske lidelser er den hyppigste årsaken til besøk hos fastlege, og utgjorde 11 prosent av alle konsultasjoner i allmennlegetjenesten i 2021 (SSB, 2022). I 2020 var i underkant av 15 prosent av alle menn og om lag 22 prosent av alle kvinner i kontakt med primærhelsetjenesten for psykiske symptomer og plager, mens henholdsvis 5 og 7 prosent var i kontakt med spesialisthelsetjenesten (Tesli, et al., 2023). Fra 2010 har antall kontakter som dreier seg om psykiske lidelser med primærhelsetjenesten økt, mens antall kontakter med spesialisthelsetjenesten har vært relativt stabil i perioden. Psykiske lidelser var årsaken til 16,6 prosent av sykefraværstilfeller og 22,5 prosent av tapte dagsverk i 2019 ifølge statistikk fra NAV (2022e)<sup>29</sup>.

Personer med angst og depresjon vil i første omgang oftest oppsøke sin fastlege, som dermed spiller en stor rolle i å fange opp og diagnostisere de psykiske lidelsene. I henhold til nasjonale retningslinjer skal første steg i behandlingen være samtalerapi hos fastlege for lette til moderate depresjoner (Helsedirektoratet, 2022m). For moderate til alvorlige depresjoner skal samtalerapi vurderes kombinert med medikamenter. Fastlegen kan henvise pasienten til kommunale tilbud eller til spesialisthelsetjenesten, for eksempel psykiatrisk poliklinikk eller privatpraktiserende psykolog eller psykiater med offentlig avtale. Studier av utvikling i behandlingspraksis for depresjon i allmennlegetjenesten, har funnet at bruk av samtalerapi, lange konsultasjoner hos fastlegen og henvisninger til spesialisthelsetjenesten har økt, mens andelen som mottar medikamentell behandling og blir sykmeldt har falt over tid. Samtidig var det betydelig variasjon i behandlingen etter kjennetegn ved pasienten og fastlegen. (Riiser, et al., 2022; Ruths, et al., 2021)

#### A.4.2 Gjennomføring og analyse

Pasientundersøkelsen er gjennomført i form av intervjuer med utvalgte pasientforeninger som representerer pasientgruppene vi har inkludert i undersøkelsen. Funn fra intervju er supplert med tidligere forskning og statistikk knyttet til pasientgruppens kjennetegn. Vi har intervjuet representanter fra følgende foreninger:

- Norges Fibromyalgi Forbund

<sup>28</sup> Tallene gjelder for fjerde kvartal. Sykefraværstatistikk i 2021 og 2022 er preget av høyt antall kortvarige sykefraværstilfeller knyttet til luftveisinfeksjoner på grunn av koronapandemien.

<sup>29</sup> Tallene gjelder for fjerde kvartal. Sykefraværstatistikk i 2020, 2021 og 2022 er preget av høyt antall kortvarige sykefraværstilfeller knyttet til luftveisinfeksjoner på grunn av koronapandemien, i tillegg til at koronapandemien kan ha hatt effekt på tilfeller av psykiske lidelser.

- Ryggforeningen i Norge
- Kirkens SOS
- Diabetesforbundet
- Kreftforeningen
- Norsk Revmatikerforbund
- Mage-tarmforbundet

## A.5 Referansegruppen

Høsten 2021 etablerte vi en referansegruppe med utgangspunkt i deltakere i Helsedirektoratets referansegruppe for handlingsplanen. Deltakere ble invitert med for å representere ulike perspektiver og vurderinger av allmennlegetjenesten generelt og handlingsplanen spesielt. Følgende organisasjoner er representert i referansegruppen i 2023:

- Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus
- Folkehelseinstituttet
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM)
- Nasjonalt senter for e-helseforskning
- Allmennlegeforeningen
- Norsk forening for allmenmedisin (NFA)
- Kommunenes sentralforbund (KS)
- Norsk sykepleierforbund
- ALIS-kontorene
- Arbeids- og velferdsdirektoratet
- Direktoratet for e-helse

Vi gjennomførte en workshop med deltakere i referansegruppen 24. januar 2023 for å presentere foreløpige funn og drøfte problemstillinger i evalueringen. I tillegg har vi benyttet deltakernes kompetanse i arbeidet gjennom separate intervjuer og epostkorrespondanse underveis.

## A.6 Dokumentstudier

Til arbeidet med rapporten har vi støttet oss på sentral litteratur på feltet. Et viktig dokumentgrunnlag er Helsedirektoratets måneds-, kvartals- og årsrapporter som oppfølging av handlingsplanen. Videre er evalueringen av fastlegeordningen (EY og Vista Analyse, 2019), studie av fastlegenes tidsbruk (Rebnord, Eikeland, Hunskaar, & Morken, 2018) og evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam (Aandahl, et al., 2022) sentrale kilder. Vi har også støttet oss på funn fra følgeevalueringer av ALIS-prosjekter (Gaski, Fredriksen, Abelsen, & Nordberg, 2021; Holte J. H., 2020; Holte, Markussen, & Olsen, 2021), for å vurdere samsvar med våre egne funn om ALIS-avtaler fra intervjuer. Fra alle ALIS-kontorene har vi også mottatt årsrapporter eller utkast til årsrapporter for 2022, som vi har benyttet til å beskrive aktivitet og status ved kontorene utover informasjon fra intervjuer med representanter fra kontorene.

## Vedlegg B      Status for tiltakene i handlingsplanen

### B.1 Målområde 1: En attraktiv og trygg karrierevei

Handlingsplanens målområde 1 handler om å styrke rekrutteringen til yrket, samtidig som arbeidssituasjonen for etablerte fastleger skal oppleves mer stabil. **Handlingsplanen inkluderer ni tiltak under målområdet om en attraktiv og trygg karrierevei**, med seks tilhørende effektmål. Tiltakene skal bidra til rekruttering og stabilitet i fastlegeyrket, både direkte og indirekte gjennom å bøte på noen av hovedårsakene til at nyutdannede leger ikke ønsker å gå inn i fastlegeordningen. Tiltakene skal videre bidra til å gjøre fastlegeyrket tryggere, og tilrettelegge for økte muligheter for kompetanseutvikling og kvalitetsarbeid, samt bidra til bedre organisering og samhandling med spesialisthelsetjenesten.

**Tiltak 1 innebærer å endre og styrke basisfinansieringen av fastlegeordningen.** Basistilskuddet til fastlegeordningen øker med 480 millioner kroner fra 1. mai 2023, som tilsvarer en helårseffekt på 720 millioner kroner (Prop. 1 S, (2022-2023)). Samtidig fjernes dagens knekkpunkt og erstattes med et pasienttilpasset basistilskudd. Hensikten med endringen er at leger med en arbeidskrevende pasientliste skal kompenseres. Gjennom forarbeidet med pasienttilpasset basistilskudd leverte Helsedirektoratet sommeren 2022 en rapport som drøfter risikjustering som finansieringsmodell, og gir eksempler på indikatorer som kan benyttes for å risikjustere basistilskuddet (Helsedirektoratet, 2022a). Fra og med høsten 2022 har Helsedirektoratet bistått Helse- og omsorgsdepartementet i det videre arbeidet med å konkretisere en modell som trer i kraft 1. mai 2023 (Helsedirektoratet, 2023a). Endelig versjon av risikjustert basistilskudd ble annonsert 14. mars 2023, og tar utgangspunkt i følgende indikatorer:

- Kjønn
- Alder
- Historisk bruk av fastlegetjenester
- Sentralitet på bostedskommune
- Sosioøkonomi (utdanningsnivået i bostedskommune eller bydel)

De ulike indikatorene vektet ulikt, hvorav kjønn, alder og historisk bruk av fastlegetjenester skal ha større innvirkning på størrelsen på basistilskuddet, sammenliknet med sentralitet og sosioøkonomi (Helfo, 2023).

Helse- og omsorgsdepartementet ga i 2022 Helsedirektoratet i oppdrag å utrede konsekvenser av at en større andel av nye fastleger kommer inn i fastlegeordningen gjennom fast ansettelse i kommunen. En del av oppdraget var å vurdere hva det samlede årsverksbehovet ville være og kostnadene ved en slik løsning. Oslo Economics og Universitetet i Oslo bisto med delanalyser til Helsedirektoratet. Utredningen viste at kortere arbeidstid og endret arbeidsform ved en overgang fra næringsdrift til fast ansettelse vil medføre behov for økt antall fastleger samlet sett. Det er estimert at overgangen fra næringsdrift til fast ansettelse vil kreve mellom 1,3 til 1,6 fast ansatte leger per næringsdrivende lege. Videre viser utredningen at overgangen vil gi økte kostnader knyttet til lønn, sosiale utgifter, driftskostnader, utgifter til overdragelse av praksis og administrative kostnader i kommunene. Helsedirektoratet estimerer at dersom alle fastleger blir fast ansatte så vil dette føre til økte kostnader på mellom 4,4 og 11,1 milliarder kroner det første året, gitt at de skal motta et lønnsnivå som tilsvarer lønnen til sykehusleger (Helsedirektoratet, 2022b).

**Tiltak 2 innebærer å foreta en gjennomgang av takstsystemet, for å sikre at det understøtter faglig riktig praksis.** Målet med gjennomgangen av takstsystemet er færre og treffsikre takster, som speiler det som forventes av allmennlegene. I 2021 startet Helse- og omsorgsdepartementet, i samarbeid med KS og Den norske legeförening, arbeidet med å gjennomgå takstsystemet, og enkelte takstendringer ble gjennomført fra 1. juli 2021 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021a). Partene ferdigstilte arbeidet med forenkling av takstsystemet våren 2022 og ytterligere takstendringer tredde i kraft fra 1. juli 2022, blant annet ble noen takster slått sammen (Den norske legeförening, u.d.b).

Helsedirektoratet fikk i oppdrag å utrede hvilke takster annet personell kunne utløse etter delegasjon fra fastlegen. Besvarelse på oppdraget ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet 12. januar 2022 (Helsedirektoratet, 2022c). Helsedirektoratet fremhever at prøvetaking og enkle kontakter kan utføres av annet helsepersonell enn fastlegen og utløse takst. Utredningen viser også til finansieringen av sykepleierressurs i primærhelseteam, og at sykepleierressursen kan utløse takster på selvstendig grunnlag. Helsedirektoratet viser til

at slike takster kan vise vei for videreutviklingen av takstsystemet, hvis man skal åpne opp for å honorere oppgaver utført av annet helsepersonell på fastlegekontoret.

**Tiltak 3 innebærer å øke antallet avtaler for allmennleger i spesialisering (ALIS-avtaler) i kommuner med rekrutteringsutfordringer.** I begynnelsen av 2022 ble det etablert en ny nasjonal tilskuddsordning, Nasjonal ALIS og veiledning. Formålet med tilskuddsordningen er å få flere leger til å spesialisere seg i allmenmedisin, og gjøre spesialisingsløpet stabilt og trygt for legene gjennom ALIS-avtaler med kommunene. Den nasjonale tilskuddsordningen skal bidra til å dekke merkostnadene til kommunene ved inngåelse av ALIS-avtaler, og ved forskriftsfestet veiledning av leger i spesialisering i allmenmedisin uten ALIS-avtale. Tilskuddsordningen ble samlet i en felles ordning for å forenkle søknadsprosessen til kommunene. Samtidig ble ordningen lagt opp som en refusjonsordning slik at kommunene søker om tilskuddet etter at de har gjennomført tiltak. Helse- og omsorgsdepartementet har opprettet en egen nettside for tilskuddsordningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022d). Ifølge Helse- og omsorgsdepartementet ble det i løpet av 2022 totalt bevilget 242 millioner kroner til tilskuddsordningen, og når søknadsfristen utløp 1. oktober 2022 hadde totalt 350 søknader om tilskudd til ALIS-avtaler og veiledningstilskudd blitt sendt inn til en samlet verdi på 302 millioner kroner.<sup>30</sup> Alle kommunene som søkte om tilskudd fikk innvilget dette, gitt at søknadene oppfylte krav i regelverket og at det ikke var mangler eller feil. I 2023 er ordningen ytterligere styrket med 200 millioner kroner, samtidig som det er innført enkelte endringer for å gjøre ordningen enklere og mer dekkende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2023). Denne styrkingen skal sørge for at alle leger som starter spesialisering i allmenmedisin i 2023 skal få tilbud om en ALIS-avtale (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022f).

Helse- og omsorgsdepartementet fikk et fire-delt oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet om å vurdere mulige tiltak for rekruttering til den kommunale helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022a). Helse- og omsorgsdepartementet leverte sin besvarelse juni 2022 hvor de vurderte følgende: (1) innretningen på samlede kompetansekrav for fastleger på kort og lang sikt, (2) innretningen på kompetansekrav i legevakt for leger og medisinstudenter med lisens på kort og lang sikt, (3) alternative måter å gjennomføre læringsmålene i sykehus for del 1 av spesialistutdanningen i allmenmedisin, og (4) legge til rette for at leger som har fått konvertert spesialistutdanning fra utlandet kan slippe å gjennomføre LIS1 dersom de starter på en ny spesialistutdanning i Norge (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022e). Helse- og omsorgsdepartementet ble i tillegg bedt om å vurdere økonomiske og administrative konsekvenser av foreslåtte endringer, utarbeide forslag til konkrete regelverksendringer i forbindelse med deloppdragene, og utarbeide forslag til høringsnotat for regelverksendringene. Helse- og omsorgsdepartementet anbefalte at dersom det skulle lempes eller endres på bestemte kompetansekrav, bør effektene av dette evalueres nærmere, men kom også med flere anbefalinger, herunder midlertidige eller permanente unntak fra enkelte kompetansekrav (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022e).

**Tiltak 4 innebærer å styrke ALIS-kontorene,** for at kontorene kan ta en enda mer aktiv rolle og bistå til god rekruttering og opplæring i sin region. I 2020 ble det opprettet fem ALIS-kontor, som ligger i Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Ringsaker. Høsten 2022 startet også arbeidet med å opprette et ALIS-kontor med ansvar for Oslo (ALIS-kontorene, u.d.a). Det ble bevilget 40 millioner kroner til ALIS-kontorene i 2022, og i statsbudsjettet for 2023 foreslås det at denne bevilgningen videreføres (Prop. 1 S, (2022-2023)).

Helse- og omsorgsdepartementet fikk i slutten av 2021 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å vurdere utvidelse av mandatet til ALIS-kontorene. Oppdraget ble besvart av Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2022, og Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet at følgende oppgaver skal inkluderes i det nye mandatet til ALIS-kontorene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021 a):

- Følge opp spesialisingsløpet i samfunnsmedisin på tilsvarende måte som med allmenmedisin
- Arrangere veilederkurs for LIS1 i tillegg til LIS3
- Ha oversikt over tilgjengelig veilederkapasitet for LIS1 og formidle dette ved behov
- Bistå kommuner med å arrangere nettverkssamlinger
- Være en kanal for innspill til endrede læringsmål og læringsaktiviteter
- Bidra til å spre informasjon om tiltak eller ordninger for rekruttering gjennom sitt opplysningsarbeid og sine aktiviteter
- Følge opp spesialistutdanningen i allmenmedisin og samfunnsmedisin gjennom å rapportere til Helse- og omsorgsdepartementet på gitte suksesskriterier, gjennomføre LIS-evalueringer og følge opp resultatet med registrert utdanningsvirksomhet, og bistå registrerte virksomheter med kvalitetsutvikling i spesialistutdanningen.

<sup>30</sup> Antall søknader tilsvarer ikke antall kommuner som har søkt eller antall ALIS-avtaler, ettersom noen kommuner sender inn en samlet søknad for mange ALIS-avtaler.

Ifølge Helsedirektoratet har ALIS-kontorene kommet i gang med flere oppgaver som relaterer seg til den første delen av spesialiseringssløpet, som å arrangere veilederkurs for LIS1-veiledere. I tillegg informerer Helsedirektoratet at kontorene har startet arbeidet med ny mal for LIS1-evaluering i samarbeid med Regionalt utdanningscenter for leger i spesialisering (RegUtene). Videre er det behov for en nærmere avklaring med statsforvalteren om ALIS-kontorene fullt ut skal overta oppgaven om å tilby veilederkurs for LIS1-veiledere. I den forbindelse har Helsedirektoratet gjennomført møte med Statsforvalterne og ALIS-kontorene hvor dette er blitt avklart. Helsedirektoratet vil fremover følge opp dette arbeidet.

**Tiltak 5 handler om å tilrettelegge for en bedre arbeidsdeling og samhandling med spesialisthelsetjenesten, og inneholder flere deler:**

- Samhandlingstakst ble innført fra andre halvår 2019 for å stimulere til økt samhandling mellom fastlegene og sykehuslegene.
- I 2020 stilte Helse- og omsorgsdepartementet krav til de regionale helseforetakene (RHF) om å påse at sykehusene ikke pålegger fastlegene administrativt arbeid som bør tilligge sykehusene. Alle RHF-ene rapporterte i årlig melding at nye rutiner er innarbeidet. Det er ikke planlagt videre oppfølging av oppdraget (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021a).
- Helsefelleskap er et av tiltakene som er iverksatt for å tilrettelegge for god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. I Helsedirektoratets rapport på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan var 18 av 19 helsefelleskap formelt etablert i 2022, og helsefelleskapet på Helgeland er i ferd med å etableres (Helsedirektoratet, 2022f). Rapporten fremhever at det varierer hvor langt de ulike helsefelleskapene har kommet med arbeidet. For eksempel mangler helsefelleskapene i Finnmark og Helgeland en kommunal sekretariatsfunksjon. I intervjuer med fastleger i forbindelse med evalueringsrapport II kommer det frem at fastlegene enten ikke har kjennskap til helsefelleskapene eller at de har liten innsikt i arbeidet som foregår i helsefelleskapene.
- En del av tiltak 5 er å skape en møteplass for direkte dialog mellom trepartssamarbeidet og RHF-enes ledelse om oppgavedeling og hvordan denne skjer på en planmessig måte.

**Tiltak 6 innebærer å avlaste fastlegene for oppgaver.** Det er planlagt og gjennomført utrednings- og kartleggingsarbeid knyttet til tiltaket, men dette har foreløpig ikke medført endringer i fastlegenes oppgaver. Helsedirektoratet har på oppdrag for Helse- og omsorgsdepartementet vurdert hvilke attester og erklæringer utenfor arbeidsområdet til NAV, som fastleger fremdeles bør være forpliktet til å utstede (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022b). Oppdraget innebar også å vurdere hvilke aktører som kan ivareta oppgavene med å utstede attester og erklæringer utenfor fastlegenes arbeidsområde, og samtidig vurdere mulige tiltak for å redusere etterspørselen etter attester og erklæringer. Helsedirektoratet (2022g) sin besvarelse ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet sommeren 2022, og inneholder forslag om:

- En ny bestemmelse i fastlegeforskriften som tydeliggjør at fastlegen kun har ansvar for å utarbeide attester, erklæringer og lignende, som er påkrevd i lov eller forskrift.
- En utførlig oversikt over hvilke attester og erklæringer som fastleger skal utstede som en del av fastlegeordningen skal komme frem på Helsenorge.no.
- En mer tillitsbasert tilnærming til samfunnets behov for attester og erklæringer.
- En opprydding og tydeliggjøring av formål og kriterier for den medisinske vurderingen i attester og erklæringer.

I oppdraget anbefaler Helsedirektoratet også at det initieres et interdepartementalt arbeid med å forenkle og redusere arbeidet til legen med attester og erklæringer, og at arbeidet med attester, erklæringer o.l. bør digitaliseres i størst mulig grad. Helsedirektoratet anbefaler videre at arbeidet prioriteres og starter fortløpende, og at det også skal omfatte attester og erklæringer som ligger innenfor NAV sitt arbeidsområde.

Videre inngår også Helsedirektoratets arbeid med å utrede takster som kan utløses av annet helsepersonell enn fastlegen (nevnt under tiltak 3) i arbeidet med å avlaste fastlegene for arbeidsoppgaver.

**Tiltak 7 er å skaffe økt innsikt om legevaksarbeid og prøve ut nye måter å organisere legevakt på.** For å sikre et bedre kunnskapsgrunnlag om legevaksarbeid og nye måter å organisere legevakt på, utarbeidet en ekspertgruppe i 2021 en rapport med kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning (Ekspertgruppe legevakt, 2021). Kartleggingen viser at fastleger i små legevakt-distrikt har hyppigere helgevakter sammenlignet med fastleger med legevakt i store legevakt-distrikter, og at fastleger i legevakt-distrikt med 3000 eller færre innbyggere har nesten dobbelt så mange helgevakter, sammenlignet med fastleger i distrikter med flere enn

5000 innbyggere. Dette viser klare forskjeller i vaktbelastning mellom store og små kommuner, og legevakt-distrikt.

I etterkant av funnene i rapporten til ekspertgruppen nedsatte Helse- og omsorgsdepartementet en partssammensatt arbeidsgruppe bestående av representanter fra Legeforeningen, KS, Oslo kommune og staten i januar 2022. Arbeidsgruppen har foreslått flere tiltak som ble presentert i en rapport overlevert til Helse- og omsorgsdepartementet i mai 2022. Tiltakene omhandlet blant annet kompetansekrav til legene, finansiering av legevaktordningen i distriktskommuner, og tiltak for å bidra til at lokale modeller for å bedre arbeidsbelastningen kan utvides til flere legevakt-distrikter (Tangen, et al., 2022).

Helse- og omsorgsdepartementet oversendte i slutten av 2022 et nytt og bredere mandat til den partssammensatte arbeidsgruppen. Mandatet besto av totalt 7 vurderinger som skulle gjennomføres. Arbeidsgruppen skulle blant annet gå gjennom tidligere tiltak som ble foreslått av arbeidsgruppen våren 2022, og vurdere løsninger som tilrettelegger for redusert arbeidstid i legevakt for allmennleger, i tillegg til å vurdere tiltak for å redusere belastningen når legen er på vakt. Arbeidsgruppen leverte sluttrapport del 2 i februar 2023 (Tangen, et al., 2023). Arbeidsgruppen står ved sine anbefalte tiltak som ble levert i deres rapport del 1 våren 2022. I tillegg kommer arbeidsgruppen med flere anbefalinger knyttet til punktene i det utvidede mandatet. Blant annet anbefaler arbeidsgruppen at man fortsetter arbeidet med rekruttering til fastlegeordningen for å redusere arbeidstid i legevakt. Videre anbefaler arbeidsgruppen kompetansebyggende tiltak, og samarbeid med annet helsepersonell eller andre døgnbemannede tjenester i kommunen for å unngå at legen er alene på legevakt. Dette er tiltak ment til å redusere legens belastning når vedkommende er på legevakt (Tangen, et al., 2023).

Helsedirektoratet fikk i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utrede kortsiktige og langsiktige, bærekraftige løsninger på utfordringene i legevakt-tjenesten, som hensyntar fastlegenes arbeidsbelastning på legekantoret og legevakt. Av kortsiktige løsninger inngikk et tilskuddsregelverk til rekrutteringssvake kommuner, pilotering av andre legevakt-modeller eller utvidelse av eksisterende modell. Av langsiktige løsninger inngikk endringer i regulering og finansiering av legevakt-tjenesten for å skape bærekraftige løsninger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022c).

Regjeringen vedtok i 2022 et tilskudd på 50 millioner kroner, kalt Styrking av legevakt-tjenesten i distriktskommuner. Tilskuddet var rettet mot kommuner som faller inn under SSBs (2020) sentralitetsklasse 6, og med befolkningstall under 5 000 innbyggere. Hensikten er å bidra til bedre rekruttering og redusert vaktbelastning i kommuner med særlige utfordringer knyttet til rekruttering til legevakt-tjenesten. Totalt mottok Helsedirektoratet 76 søknader som utgjorde tilskudd på over 1 17 millioner kroner. I desember 2022 ble det i tillegg bevilget 12 millioner kroner til tilskuddsordningen. Med denne ekstrabevilgningen har totalt 51 distriktskommuner i 2022 fått tilskudd for å styrke legevakt-tjenesten. De fleste kommunene som søkte om tilskudd skulle bruke tilskuddsmidlene til rekruttering av leger og sykepleiere til legevakt, kurs og trening av personell på legevakt for å øke kompetansen, og oppgradere utstyret i legevakt-lokalene (Helsedirektoratet, 2022h).

Helsedirektoratet har ledet arbeidet med Pilot legevakt, med formål å sikre en bærekraftig og forsvarlig fremtidig akuttmedisinsk beredskap i kommunene. Driften av pilotprosjektet startet i 2019, og ble avsluttet i 2022. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) gjennomførte en følgeevaluering av pilotprosjektet, som ble levert i desember 2022 (Zakariassen, 2022). NKLM fikk i oppdrag å måle effekten av å ha en lege i legevakt-sentral, effekten av satellittlegevakt<sup>31</sup> bemannet med sykepleier og/eller ambulanspersonell, og økonomiske konsekvenser av den foreslåtte legevakt-modellen. NKLM konkluderer blant annet med at nedleggelsen av legevakt i Romsdalsregionen og overgang til satellittlegevakt førte til økonomiske besparelser for kommunene, men også en betydelig reduksjon i sykebesøk og utrykning av legevaktlege når hendelser var av akuttmedisinsk art. NKLM trekker frem at sistnevnte er en svekkelse av den akuttmedisinske beredskapen. Til sammenligning opplevde Førde-området betydelige kostnader knyttet til etablering og drift av satellittlegevakten, mens effekten av satellittlegevaktene på helsetjenestebruken var marginal. Pasientene som benyttet seg av videokonsultasjon i satellittlegevakt var derimot ofte fornøyde. Helsedirektoratet kom med en egen oppsummering og anbefalinger i begynnelsen av 2023 basert på funnene i NKLMs evalueringsrapport og sluttrapportene fra pilotdistriktene (Helsedirektoratet, 2023b). Helsedirektoratet vurderte blant annet at modellen har overføringsverdi til andre deler av legevakt-tjenesten, og at reduksjonen i antall sykebesøk og utrykninger i Romsdalsregionen ikke nødvendigvis skyldes legevakt-satellittene, men isteden er en generell utfordring i større interkommunale legevakt-distrikt. Helsedirektoratet peker videre på at å etablere et system

<sup>31</sup> Satellittlegevakt innebærer at helsepersonell, som sykepleiere eller ambulanspersonell, kan gjøre legevaktoppgaver i samråd med lege lokalisert i en legevakt-sentral. Tanken er at legen i legevakt-sentralen gjennomfører en videokonsultasjon sammen med helsepersonellet på satellittlegevakten som er fysisk sammen med pasienten (Zakariassen, 2022).

hvor satellittsykepleiere kan rykke ut til pasienter, slik som etablert i Førde-området, kan være et kompenserende tiltak.

Helsedirektoratet leverte i desember 2022 en utredning om endringer i regulering og finansiering av legevakt-tjenesten for å skape bærekraftige løsninger. Helsedirektoratet kom med en rekke anbefalinger, som blant annet at legevaktarbeid på sikt bør vurderes på lik linje med andre allmennlegeoppgaver kommunen pålegger fastlegene, og at kompetansekravene i akuttmedisinforskriften bør endres, slik at leger som har gjennomført første del av spesialiseringen i allmennmedisin (LIS1) kan ha selvstendig legevakt dersom de har gjennomført nødvendige kurs i akuttmedisin og volds- og overgrepshåndtering (Helsedirektoratet, 2022h).

**Tiltak 8 innebærer at regjeringen styrker Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) og Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.** Formålet med SOP er å bidra til økonomisk sikring av medlemmene og deres familie ved arbeidsuførhet, alderdom og død, samt ved fravær fra egen praksis i forbindelse med sykdom, fødsel og adopsjon. SOP yter også støtte til kollektive sykdomsforebyggende tiltak og kollektive sosiale tiltak for medlemmer/ektefeller som har blitt pensjonister. I forbindelse med fremleggelse av handlingsplanen ble SOP tildelt 25 millioner kroner i 2020, utover sin økonomiske ramme (Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger, 2021). For avtaleåret 2021/2022 ble SOP tilført 20 millioner kroner utover den økonomiske rammen (Helsedirektoratet, 2023c).

Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet fikk tildelt omdisponerte midler på 24 millioner kroner i 2020. Midlene ble omdisponert under forutsetning av at de skulle inngå i søkbare ordninger for å dekke kostnader ved fravær fra praksis i forbindelse med kurs i kvalitet og/eller pasientsikkerhet. 1 million kroner av midlene skulle benyttes til utvikling av nettbasert ledelsesutdanning (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020c). Legeforeningen og Kvalitetsforbedringsfondet er i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet om bruk av midlene. For avtaleåret 2021/2022 ble Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet tildelt 40 millioner kroner utover den økonomiske rammen (Helsedirektoratet, 2023c).

For avtaleåret 2022/2023 har ikke SOP og Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet fått tildelt et særskilt tilskudd som tidligere år. For perioden utgjør den økonomiske rammen for kvalitet og pasientsikkerhet 12,8 millioner kroner og for SOP litt over 50 millioner kroner (Den norske legeforening, u.d.b).

**Tiltak 9 i handlingsplanen innebærer å legge til rette for et hensiktsmessig antall LIS1-stillinger, for å bidra til økt rekruttering av leger til sykehusene og allmennlegetjenesten.** Antall tilsatte LIS1-stillinger utgjorde 924 i 2019. I 2019 anbefalte Helsedirektoratet å øke antallet LIS1-stillinger til 1 150 per år. Disse stillingene ble vedtatt, og antallet økte gradvis frem til de siste 31 nye stillingene skulle blitt opprettet våren 2023, med oppstart 1. mars. I statsbudsjettet for 2023 bortfalt imidlertid disse stillingene, noe som innebærer at det totale antallet LIS1-stillinger for 2023 vil være 1 119 (Helsedirektoratet, 2022i). I 2022 var det totalt 1 110 leger som ble tilsatt i LIS1-stillinger.

Ifølge Helsedirektoratet har de fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å utarbeide et forslag til hvordan man konkret kan gjennomføre utlysninger av LIS1-stillinger som er koblet til videre spesialisering i allmennmedisin. Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet at for utlysning av LIS1-stillinger høsten 2023, så skal en del av disse stillingene være koblet til videre spesialisering i allmennmedisin. Antall stillinger som skal være koblet til videre spesialisering i allmennmedisin er ikke bestemt per 1. mai 2023. Helsedirektoratet skal levere oppdraget innen 15. mai 2023.

## B.2 Målområde 2: God kvalitet til alle

**Tre tiltak i handlingsplanen er knyttet til målområdet om kvalitet.** Tiltakene går blant annet ut på å bedre kvaliteten på tjenester til brukere med omfattende behov, innføre introduksjonsavtaler som legger til rette for spesialisering i allmennmedisin for leger ansatt på legevakt og sykehjem og gjennomføre en samlet satsing på kvalitetsarbeid i allmennlegetjenesten.

**Tiltak 10 i handlingsplanen er å bedre kvaliteten på legetjenester til brukere med omfattende behov, og består av flere elementer:**



- Kommunene oppfordres til å utarbeide en lokal norm for legebemanningen i sykehjem.<sup>32</sup> I arbeidet med evalueringsrapport III vil vi gjennomføre en spørreundersøkelse blant kommuneoverleger og ledere for fastlegeordningen i kommunene, der vi blant annet vil forsøke å kartlegge status i arbeidet med å utarbeide lokal bemanningsnorm. Helsedirektoratet har publisert en kvalitetsindikator som viser gjennomsnittlig antall avtalte legetimer per uke per beboer i sykehjem (Helsedirektoratet, 2022j). Antallet har økt fra 0,55 i 2017 til 0,61 i 2021.
- Departementet vil utvikle en veileder for hvordan kommunene kan jobbe med kompetanseplanlegging for å se kompetansebehovet i hele den kommunale helse- og omsorgstjenesten samlet.
- Helsedirektoratet fikk i 2020 i oppdrag å skaffe mer kunnskap om det medisinskfaglige tilbudet til personer i heldøgns omsorgsboliger. I 2021 leverte Senter for omsorgsforskning rapporten «Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i heldøgns omsorgsboliger» til Helsedirektoratet. Denne skal gi et grunnlag for å vurdere om det er behov for ytterligere tiltak for å bedre den medisinskfaglige oppfølgingen av disse brukerne, men funnene fra rapporten er foreløpig ikke fulgt opp videre.

**Tiltak 11 er å innføre introduksjonsavtaler, som skal gjøre det lettere å bli spesialist i allmenntjenestemedisin for leger som arbeider utenfor fastlegeordningen.** Introduksjonsavtaler er avtaler som gir leger under spesialisering i allmenntjenestemedisin rett til trygderefusjon under visse vilkår når de jobber på andre fastlegers lister, selv om fastlegen(e) som har ansvar for listen(e) er til stede på legekontoret samtidig. Slik kan leger i legevakt, sykehjem og andre stillinger innen allmenntjenestemedisin lettere få gjennomført krav om arbeid i åpen uselektert praksis som del av spesialiseringen. Introduksjonsavtaler vil, som en tilleggseffekt, kunne bidra til økt rekruttering ved å gi leger erfaringer med fastlegearbeid, uten at de må investere i egen praksis som næringsdrivende. Dette senker terskelen for å prøve ut yrket. I tillegg vil fastlegene i avtalene få redusert arbeidsbelastning, noe som kan bidra til stabilitet. Gjennom Nasjonal ALIS og veiledning kan kommunene også søke om tilskudd til ALIS-avtaler for introduksjonsleger.

I 2022 ble det bevilget 32,7 millioner kroner til totalt 65 introduksjonsavtaler og nødvendige endringer i trygdeforskriften trådte i kraft 1. januar 2022 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021a). I statsbudsjett for 2023 er det vedtatt at bevilgningen videreføres, og Helsedirektoratet er i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet om videre utvikling av ordningen.

Helsedirektoratet fikk i tillegg til tildelingsbrev 88/2021 i oppdrag å beregne kostnadene per introduksjonsavtale for Folketrygden. Helsedirektoratet leverte oppdraget 21. februar 2023 (Helsedirektoratet, 2023d). Det har tatt lenger tid enn antatt å etablere introduksjonsavtalene. Kommunene hadde i utgangspunktet et halvt år på seg til å ta avtalene i bruk etter at det ble fattet vedtak i mai 2022. Per januar 2023 var 29 av 65 avtaler meldt inn til Helfo. I forbindelse med arbeidet med å beregne kostnader ved introduksjonsavtaler ble Helsedirektoratet bedt av Helse- og omsorgsdepartementet om å kartlegge kommunenes vurdering av ordningen. Ifølge Helsedirektoratet ble denne kartleggingen levert 20. januar 2023. Ifølge Helsedirektoratet er det flere årsaker til at ikke alle avtalene er tatt i bruk. Noe skyldes usikkerhet i fastlegeordningen; der både kommunene og fastleger som vurderer en introduksjonslege på sitt kontor vil avvente eventuelle endringer i ordningen fra regjeringen. Videre er det generelt en krevende rekrutteringssituasjon i mange kommuner, slik at stillinger som introduksjonslege får få eller ingen søkere. Videre trekkes det frem organisatoriske utfordringer; løsningen beskrives som tungvint, at det er for kort frist til å melde inn avtalen og at det er krevende å prioritere i kommunen.

**Tiltak 12 er å bedre kvaliteten på allmenntjenestemedisintjenesten og det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.** Helsedirektoratet fikk i 2020 i oppdrag å utrede hvordan man kan utforme et nasjonalt system for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmenntjenestemedisintjeneste i kommunen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a). Utredningen ble levert vinteren 2022 og beskrev et omfattende system med 7 tiltak som skal bidra for å få systemet til å fungere etter sin hensikt (Helsedirektoratet, 2022k). I november 2022 ble Helsedirektoratet tildelt 2 millioner kroner for oppfølging av denne rapporten. Midlene ble søkt overført til 2023.

Arbeidet med nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmenntjenestemedisintjeneste har involvert en rekke relevante aktører, herunder KS, FHI, Direktoratet for e-helse, Legeforeningen,

<sup>32</sup> Hva som er forsvarlig antall legetimer i sykehjem vil variere etter beboeres behov og hvordan tjenestetilbudet i kommunen for øvrig er organisert og dimensjonert. Kommuner som utarbeider en norm skal, basert på risiko- og behovsvurderinger, tallfeste hvor mange legetimer som kreves for å oppfylle lovkravet om faglig forsvarlighet og egne krav til kvalitet i legetjenesten i sykehjem. Videre skal kommunen lage en plan for hvordan den skal oppnå det ønskede antallet legetimer. Oppfølgingen skal dokumenteres, og fylkesmannen skal samle inn kommunenes rapporter av udekkede behov.

Norsk Kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (NOKLUS) og Senter for kvalitet i legetjenesten (SKIL). SKIL er særlig viktig i arbeidet med nytt nasjonalt system og ble bevilget 8 millioner kroner i 2022 for å understøtte dette arbeidet. Bevilgningen er i statsbudsjettet for 2023 foreslått videreført med 8,2 millioner kroner.

Videre ble Helsedirektoratet i *Tillegg til tildelingsbrev nr. 66 – Nasjonalt system for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste i kommunene* bedt om å utføre ytterligere deloppdrag, herunder utvikle og videreutvikle nasjonale kvalitetsindikatorer (1), utarbeide en veileder for hvordan kommunene kan utarbeide planer for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (2), med særlig fokus på legetjenesten og integrere kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i etterutdanning for spesialister i allmenntidning og i spesialistutdanningen i allmenntidning (3) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a). Følgende arbeid har blitt gjort på hvert område:

- 1. Utvikle og videreutvikle nasjonale kvalitetsindikatorer.** Flere kvalitetsindikatorer har allerede blitt publisert. Tre i 2021; andel fastleger med spesialitet i allmenntidning, varighet på kommunens avtaler med fastleger og varighet på fastlege-innbygger-relasjon. I 2022 ble en indikator som viser pasienters erfaringer med fastlegen og fastlegekontoret publisert, basert på en spørreundersøkelse utført av FHI i 2021 (se delkapittel 4.1). Tilsvarende spørreundersøkelse er planlagt gjennomført i 2023. Flere indikatorer rettet mot tilgjengelige, trygge og sikre tjenester er utredet i 2022. Tre indikatorer om legemidler brukt av eldre er utredet i 2021, men publisering er utsatt på grunn av omlegging til nytt Legemiddelregister. I tillegg har en indikator om listeinnbyggere uten fast lege blitt publisert 1. kvartal 2023 (Helsedirektoratet, 2023e). Det har pågått arbeid med en indikator som skal beskrive antall konsultasjoner siste to år hos nåværende fastlege for å måle personlig kontinuitet siden 2021. Publisering av indikator er foreløpig utsatt i påvente av overføring av FLO-data til KPR. Vi beskriver nasjonale kvalitetsindikatorer nærmere i kapittel 5.
- 2. Utarbeide en veileder for hvordan kommunene kan utarbeide planer for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, med særlig vekt på legetjenesten.** Dagens veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren retter seg mot alle som tilbyr helse- og omsorgstjenester og gir opplysninger om plikter, oppgaver og muligheter knyttet til ledelse og organisering av tjenestene, samt veiledning til hvordan regelverket skal forstås. Veilederen er fra 2016, og er planlagt revidert av Helsedirektoratet i tråd med endrede lovverk og oppdatert kunnskap om ledelse, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Videre er veilederen planlagt utvidet med kommunens ansvar for allmennlegetjenesten og allmenntidners virksomhetsansvar. I oppdraget skulle revidert veileder i utgangspunktet oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 31.12.2022, men prosjektet har blitt utsatt og prosjektoppstart er planlagt våren 2023.
- 3. Integrere kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i etterutdanning for spesialister i allmenntidning og i spesialistutdanningen i allmenntidning.** Helsedirektoratet, i dialog med Legeforeningen, ble bedt om å rapportere til HOD innen 31.12.2021 om hvordan man hensiktsmessig kan gjøre arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet tellende for etterutdanning for spesialister i allmenntidning. Legeforeningen gjennomgikk kravene, men foreslo ikke å legge til aktiviteter fordi det opplevdes dekkende. Det ble derimot foreslått endringer i organisering og poenggivning til fordel for aktiviteter innen kvalitet og pasientsikkerhet. Ordningen for etterutdanning for spesialister inngikk i mandatet til ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten, og Helsedirektoratet avventer denne før eventuelt videre arbeid. Ekspertutvalget anbefaler å vurdere å utvikle dagens ordning med krav om etterutdanning for å opprettholde spesialisttakst, og heller legge til rette for økonomisk kompensasjon for faglig oppdatering.

Videre er flere andre tiltak gjennomført knyttet til kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet i spesialistutdanningen. Helsedirektoratet har gitt økonomisk støtte til podkasten LISTRE (lansert 12. januar 2022), som går gjennom og reflekterer rundt læringsmålene for spesialiseringssløpet i allmenntidning. For å styrke veilederutdanningen har Helsedirektoratet samarbeidet med ALIS-kontorene og gitt økonomisk støtte til deres utarbeidelse av dokumentet «(Hvordan komme i gang med veiledningssamtalene)», som gir en introduksjon til hvordan de første seks veiledningssamtalene kan gjennomføres. ALIS-kontorene planlegger å lage videosnutter for å støtte opplæringen, som Helsedirektoratet vil legge ut på DigLIS. Helsedirektoratet har også forbedret kvaliteten i registreringsverktøyet Kompetanseportalen for å bidra til økt tilgang og bedre kvalitet på data.

Høsten 2022 ble det nedsatt en arbeidsgruppe med deltakere fra Den norske legeforening, KS og regionale helseforetak, Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet som skulle vurdere pasientsikkerhet og foreslå tiltak for å bedre sikkerhet for innbyggere på liste uten fast lege. Arbeidet ble ferdigstilt i mars 2023. Foreslåtte tiltak innebærer å gjennomgå det juridiske ansvaret for pasientlister, utarbeide nye rutiner for digital dialog med fastlegen, innhente mer informasjon om bruk av vikarer, vikaravtaler og vikarbyrå og utarbeide en veileder for prioritering for kommunale helse- og omsorgstjenester i situasjoner hvor det er mangel på allmenntidner i en

kommune, slik at pasienter med størst behov blir prioritert. I tildelingsbrev for 2023 har Helsedirektoratet fått i oppdrag å følge opp igangsatt arbeid med nødvendige endringer for oppfølging av lister uten fast lege (Helsedirektoratet, Den norske legeforening, KS, Oslo Kommune, Direktoratet for e-helse og Regionale helseforetak, 2023).

Videre trekkes det frem i forslag for statsbudsjett for 2023 hvordan kunnskapsbasert tjenesteutøvelse og utvikling av kommunale helse- og omsorgstjeneste forutsetter forskning og fagutvikling. For å understøtte dette bevilges 10 millioner kroner til PraksisNett, en forskningsinfrastruktur for forskning innen allmenntjenestemedisin.

Norge samarbeider med en rekke andre OECD-land om en undersøkelse om pasientrapporterte indikatorer (PaRIS). En pilot ble gjennomført i 2022 og undersøkelsen skal gjennomføres i 2023. FHI er nasjonal prosjektleder og det ble i 2022 bevilget 570 000 kroner for å dekke Norges andel av kostnadene. Indikatorene skal måle resultat av og erfaringer med bruk av helsetjenester.

Helsedirektoratet har også arbeidet med videreutvikling av kompetanseportalen for kommunedelen av spesialistutdanningens del 1 og for spesialistutdanningens del 3 i allmenntjenestemedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin. Da den nye spesialistutdanningen trådte i kraft 1. mars 2019 for del 2 og del 3 av utdanningsløpet, hadde de regionale helseforetakene allerede etablert en digital kompetanseportal for dokumentasjon og oppfølging av leger i spesialisering. Helsedirektoratet ble i spesialistforskriftens rundskriv pålagt å etablere en tilsvarende portal til bruk av utdanningsvirksomhetene utenfor sykehus. Helsedirektoratet overtok «kommuneløsningen» som var opprettet av Helse Vest RHF, men systemet hadde begrenset med funksjonalitet og ingen funksjon for vedlikehold av data. Dette ga utfordringer i form av dårlig brukervennlighet og datakvalitet, og gjorde at den hadde begrenset verdi for Helsedirektoratets følge-med-arbeid. Helsedirektoratet har i den forbindelse gjort flere grep for å forbedre portalen. Hovedfokuset har vært å forbedre brukervennligheten for LIS og deres ledere, og å forbedre Helsedirektoratets muligheter for datafangst og kommunikasjon med LIS. Det gjenstår fremdeles mye arbeid før Helsedirektoratet når sine hovedmål om:

- En portal som er enkel, effektiv og samordnet, hvor hele utdanningsløpet til LIS er samlet
- Tilgang på god kvalitativ data for Helsedirektoratet og andre relevante aktører

### B.3 Målområde 3: Fremtiden er teambasert

**Det er fem tiltak knyttet til målområde 3.** Tiltakene går ut på å gjøre fastlegeordningen mer teambasert, ved å involvere flere helsepersonellgrupper på fastlegekontoret, samt at fastleger på samme kontor kan gå sammen om en felles gruppeavtale med kommunen. Det vil også legges til rette for bedre ledelse ved fastlegekontor og i allmenntjenestemedisinen i kommunene. Tiltakene er videre rettet mot økt bruk av digitale hjelpemidler, både i form av e-konsultasjon, samt mer generelt i form av digitalisering som gjør at tjenester kan utføres uten at man behøver å være fysisk til stede sammen, som for eksempel digital hjemmeoppfølging.

**Tiltak 13 innebærer å skape en teambasert fastlegeordning.** En teambasert fastlegeordning innebærer at fastlegene skal lede det kliniske arbeidet i legekontor med flere personellgrupper og utvikle tjenesten til det beste for pasientene. Målet er å skape et bredere og mer sammenhengende tilbud til innbyggerne. Tilbudet skal særlig møte brukere med kronisk sykdom og sammensatte behov. Den teambaserte fastlegeordningen skal utvikles med utgangspunkt i evalueringen av piloten med primærhelseteam og internasjonale erfaringer med lignende ordninger. Ekspertutvalget for gjennomgang av allmenntjenestemedisinen har vurdert flerfaglighet, og en videre utvidelse forventes i påvente av utvalgets anbefalinger. Drift av etablerte pilotkontor har fått bevilget midler over statsbudsjettet for 2023 til å videreføres inntil regjeringen har tatt stilling til anbefalingene. Helsedirektoratet har utarbeidet et tilskuddsregelverk som gjelder fra og med 1.april 2023.

**Tiltak 14 innebærer å utrede gruppeavtaler for fastlegekontor.** I dag er hver enkelt fastlege ansvarlig for innbyggerne på sin liste. Som et virkemiddel for å skape en mer teambasert fastlegeordning, skal det utredes gruppeavtaler for fastlegekontor. Utredning av gruppeavtaler for fastlegekontor innebærer også å utrede en finansieringsmodell som understøtter løsningen. Utredning av gruppeavtaler inngår i Ekspertutvalget for gjennomgang av allmenntjenestemedisinen sitt mandat, punkt c. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022d).

Ekspertutvalget peker i sin rapport på at dagens krav til individuelle avtaler mellom kommune og fastlege bidrar til å begrense mulighetene til å tenke nytt om organiseringen av fastlegjetjenesten (Ekspertutvalget, 2023). Det bør være flere valgmuligheter enn det er i dag til å organisere fastlegjetjenesten mer hensiktsmessig.

Ekspertutvalget anbefaler at det åpnes opp for at kommunen kan inngå gruppeavtaler. For å understøtte større grad av kommunal handlingsfrihet, bør det åpnes for både gruppeavtaler med legekantoret i tillegg til individuelle fastlegeavtaler, og for at kommunen kan inngå gruppeavtaler der listeansvaret løftes til legekantoret (fastlegeselskap). Ekspertutvalgets vurdering er at fastlegeselskap kan ha gevinster ved å bedre tilrettelegge for tydelig ledelse med vekt på innovasjon, kunnskapsdeling, tverrfaglighet, oppgavedeling og utdanning. Fastlegeselskap vil i større grad kunne tilby ansettelsesforhold. Dette vil kunne virke både rekrutterende og stabiliserende, samt bidra til at en næringsdriftsmodell blir mer attraktiv. Ekspertutvalget mener at det bør stilles krav til eierskap av fastlegeselskap som bidrar til kommunal styring og forhindrer at helkommersielle aktører kan drifte fastlegeselskap. Hver enkelt fastlege i selskapet skal fortsatt ha oppfølgings- og behandlingsansvaret for en definert liste med innbyggere. På den måten vil fastlegeordningen, slik den framstår for innbyggerne i dag, videreføres innenfor rammen av den nye organisasjonsmodellen.

Ekspertutvalget anbefaler videre at det bør tilrettelegges for at kommuner kan drifte kommunale fastlegekontor etter samme modell som for fastlegeselskap, hvor listeansvaret formelt ligger til kommunen. En slik modell kan tilrettelegge for tettere integrasjon opp mot de øvrige kommunale helse- og omsorgstjenestene, og gi kommunen bedre styring med fastlegetjenesten.

Samtidig anbefaler ekspertutvalget at avtaleverket knyttet til dagens ordning for gruppepraksis gjennomgås, for å tydeliggjøre hvilke elementer i dagens avtale mellom fastlege og kommune som i stedet kan inngå i en gruppepraksisavtale.

**Tiltak 15 innebærer å legge til rette for bruk av nye arbeidsverktøy.** Digitalisering muliggjør nye måter å jobbe på og kan bidra til bedret kvalitet og pasientsikkerhet. Helsepersonell kan samarbeide og dele oppgaver annerledes og flere arbeidsoppgaver kan automatiseres. Noen tjenester kan ytes uten at helsepersonellet og brukeren er fysisk på samme sted. Å legge til rette for bruk av nye arbeidsverktøy er et pågående arbeid på flere områder. For eksempel består EPJ-løftet av flere delprosjekter som skal bidra til å heve kvaliteten på dagens elektroniske pasientjournaler, bruk av elektronisk meldingsutveksling, Norsk helsenett og de nasjonale e-helseløsningene (kjernejournal, e-resept, helsenorge.no), nasjonal oversikt over pasienters legemiddelbruk og digital hjemmeoppfølging. EPJ-løftet er nærmere beskrevet i evalueringsrapport I (Pedersen, et al., 2022). Helsemyndighetene gjennomførte en pilot for utprøving av et eksternt triageringsverktøy fra november 2021 til desember 2022. I 2023 gjennomfører Helsemyndighetene en utprøving av en videreutviklet versjon av triageringsverktøyet hvor verktøyet i sin helhet er integrert i Helsenorge-plattformen. Fra høsten 2023 og ut 2025 skal utprøvingen breddes ut til et større antall fastlegekontor.

**Tiltak 16 er å øke bruken av e-konsultasjoner, der dette er en hensiktsmessig konsultasjonsform.**

Koronapandemien aktualiserte bruken av e-konsultasjoner. Andelen e-konsultasjoner økte fra 3 prosent i 2019 til 25 prosent i 2022 (mer om dette i kapittel 3). Det skal vurderes på hvilken måte e-konsultasjoner kan benyttes i sykmeldingsarbeidet. Nasjonalt senter for e-helseforskning har i 2021 levert en rapport om erfaringer med unntak fra krav til personlig fremmøte og sykmelding over e-konsultasjon under koronapandemien (Kristiansen, Breivik, Bergmo, Johansen, & Zanaboni, 2021).

**Tiltak 17 innebærer å gi flere leger mulighet for lederutdanning.** Systematisk, god og trygg ledelse i og av allmennlegetjenesten i kommunen er ifølge handlingsplanen viktig for å sikre kvalitet i tjenestene og en effektiv ressursutnyttelse. Helsemyndighetene fikk november 2022 i oppdrag å understøtte kommunens ledelse av fastlegeordningen og har planlagt gjennomføring. Iverksetting er utsatt til høsten 2023 grunnet høy oppdragsbelastning. Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten er et samarbeid mellom KS og Helsemyndighetene, og gjennomføres av BI. Utdanningen går ut på å utdanne mellomledere innen de ulike kommunale og fylkeskommunale helsetjenestene innen primærhelsetjenestene, inkludert fastlege og tannlegekontor. Ifølge Helsemyndighetene har over 1 000 ledere gjennomført lederutdanningen per november 2021.<sup>33</sup> For 2022 fikk utdanningen økt bevilgning for å utvide antall plasser øremerket for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021a) På oppdrag fra Helsemyndighetene startet BI i januar 2022 å tilby en ny, tilrettelagt utdanning rettet mot ledere av fastlegekontor og gruppepraksiser. Kurset tar kun opp allmennleger (fastleger og leger som jobber på kommunal legevakt).

<sup>33</sup> Hentet fra: <https://www.helsemyndighetene.no/tema/kompetanseloft-2025/nasjonal-lederutdanning>

## Vedlegg C Resultater fra spørreundersøkelse til fastleger

**Spørsmål 1: Hva er mest beskrivende for din arbeidssituasjon? Prosentvis fordeling.**

	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Jeg er fastlege	88%	96%	90%	88%	89%
Jeg er fastlege, for tiden ute i permisjon	6%	4%	10%	12%	11%
Jeg er fastlegevikar*	6%	-	-	-	-
Jeg er fastlegevikar, for tiden ute i permisjon*	0%	-	-	-	-
<b>N</b>	<b>1 438</b>	<b>1 052</b>	<b>137</b>	<b>65</b>	<b>76</b>

\*Fastlegevikarer har ikke fått spørsmål om driftsform

**Spørsmål 2: Hvor lenge har du til sammen jobbet som fastlegevikar (både nåværende og eventuelle tidligere vikarperioder)? Prosentvis fordeling. [Spørsmålet gis kun til de som har svart «Jeg er fastlegevikar» eller «Jeg er fastlegevikar, for tiden ute i permisjon» (spørsmål 1)]**

	Alle
Under 6 måneder	22%
6 – 11 måneder	19%
1 -2 år	32%
3 – 4 år	15%
5 år eller mer	12%
<b>N</b>	<b>91</b>

**Spørsmål 3: Hvor mange vikarperioder har du hatt? [Spørsmålet gis kun til de som har svart «Jeg er fastlegevikar» eller «Jeg er fastlegevikar, for tiden ute i permisjon» (spørsmål 1)]**

	Alle
Fordeling, antall vikarperioder	
	1 36%
	2 29%
	3 11%
	4 7%
	5 9%
	5 1%
	6 1%
	9 1%
	10 eller flere 6%
Gjennomsnitt	2,73
Median	2
<b>N</b>	<b>89</b>

**Spørsmål 4: Har du et ønske om å bli fastlege?** Prosentvis fordeling. [Spørsmålet gis kun til de som har svart «Jeg er fastlegevikar» eller «Jeg er fastlegevikar, for tiden ute i permisjon» (spørsmål 1)]

	Alle
Nei, jeg foretrekker å være vikar	33%
Nei, jeg ønsker å jobbe med noe annet (f.eks. sykehuslege)	9%
Ja	51%
Annet [fritekst]	Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern
N	91

**Spørsmål 5: Hvorfor foretrekker du å være vikar fremfor fastlege?** Åpent spørsmål. [Spørsmålet gis kun til de som har svart «Jeg er fastlegevikar» eller «Jeg er fastlegevikar, for tiden ute i permisjon» (spørsmål 1) og «Nei, jeg foretrekker å være vikar (spørsmål 4)]]

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

**Spørsmål 6: Hvordan er din nåværende vikaravtale utformet? Beskriv gjerne hvordan du kompensere økonomisk for arbeidet, hvilken driftsform fastlegen du vikarierer for har, og eventuelt hvilken kompensasjon som tilfaller legen du vikarierer for.** Åpent spørsmål. [Spørsmålet gis kun til de som har svart «Jeg er fastlegevikar» eller «Jeg er fastlegevikar, for tiden ute i permisjon» (spørsmål 1)]

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

**Spørsmål 7: Hvilken type driftsform har du?** Prosentvis fordeling. [Spørsmålet gis kun til de som har svart «Jeg er fastlege» eller «Jeg er fastlegevikar, for tiden ute i fravær / permisjon» (spørsmål 1)]

	Alle
Næringsdrift – legen holder både lokaler, utstyr og hjelpepersonell selv	79%
Næringsdrift – med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og / eller personell (omfatter 8.2-avtaler)	10%
Kommunal ansatt med fast lønn	5%
Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus (tillegg av en viss andel av egenandeler og / eller Helfo-refusjon)	6%
N	1 330

**Spørsmål 8: Kan du utdype innholdet i 8.2-avtalen?** Åpent spørsmål. [Spørsmålet gis kun til de som har svart «Næringsdrift med kommunal leieavtale (spørsmål 7)]]

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

**Spørsmål 9: Kan du utdype innholdet i bonusavtalen?** Åpent spørsmål. [Spørsmålet gis kun til de som har svart «Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus (spørsmål 7)]]

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

**Spørsmål 10: Hvilken type driftsform ville du foretrukket dersom du kunne velge fritt?** Prosentvis fordeling.

	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Næringsdrift – legen holder både lokaler, utstyr og hjelpepersonell selv	55%	71%	5%	2%	4%
Næringsdrift – med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og / eller personell (omfatter 8.2-avtaler)	28%	23%	78%	17%	14%
Kommunal ansatt med fast lønn	4%	1%	1%	51%	5%
Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus (tillegg av en viss andel av egenandeler og / eller Helfo-refusjon)	13%	6%	16%	31%	77%
<b>N</b>	<b>1 438</b>	<b>1 049</b>	<b>137</b>	<b>65</b>	<b>74</b>

**Spesialisering**

**Spørsmål 11: Er du spesialist i allmenntjenestemedisin?** Prosentvis fordeling.

	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ja, etter gammel ordning	67%	75%	67%	48%	34%
Ja, etter ny ordning	3%	3%	2%	2%	3%
Er for tiden under spesialistutdanning i allmenntjenestemedisin etter gammel ordning	8%	8%	9%	5%	8%
Er for tiden under spesialistutdanning i allmenntjenestemedisin etter ny ordning (jeg startet med ny ordning)	14%	8%	15%	38%	41%
Er for tiden under spesialistutdanning i allmenntjenestemedisin etter ny ordning (jeg startet med gammel ordning)	6%	5%	7%	5%	14%
Nei	2%	1%	0%	3%	0%
<b>N</b>	<b>1 444</b>	<b>1 052</b>	<b>137</b>	<b>65</b>	<b>76</b>

**Spørsmål 12: Har du gjennomført LIS1?** Prosentvis fordeling. [Spørsmålet gis kun til de som har svart «Jeg er fastlegevikar» eller «Jeg er fastlegevikar, for tiden ute i fravær / permisjon» (spørsmål 1) og «Nei» (spørsmål 11)]

	Alle
Ja	45%
Er for tiden LIS1	9%
Nei	45%
<b>N</b>	<b>11</b>

**Spørsmål 13: I hvilket år forventer du å fullføre spesialiseringen i allmenntidning? Prosentvis fordeling.**

[Spørsmål gis kun til de som har svart «Er for tiden under spesialistutdanning i allmenntidning etter gammel ordning» eller «Er for tiden under spesialistutdanning i allmenntidning etter ny ordning» (Spørsmål 11)]

		Alle
Fordeling, år for fullført spesialistutdanning		
	2022	8%
	2023	26%
	2024	26%
	2025	22%
	2026	10%
	2027	6%
	2028	2%
	2029	0%
	2030	0%
	Etter 2030	0%
N		389

**Spørsmål 14: Mottar du noen form for særskilt støtte for å gjennomføre spesialistutdanningen? Kryss av for alle relevante svaralternativer. Andel som oppgir.** [Spørsmål gis kun til de som har svart «Er for tiden under spesialistutdanning i allmenntidning etter gammel ordning» eller «Er for tiden under spesialistutdanning i allmenntidning etter ny ordning» (Spørsmål 11)]

	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Nei	36%	44%	39%	17%	23%
Kompensasjon for kort liste	9%	12%	10%	3%	2%
Kompensasjon for fravær fra praksis knyttet til deltagelse på kurs	47%	51%	46%	33%	25%
Veiledning utover minimumskrav	8%	5%	7%	10%	6%
Dekning av kursutgifter (utover det som dekkes av legeföreningens utdanningsfond II)	52%	42%	34%	80%	75%
Annet [Fritekst]	Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern				
N	405	218	41	30	48



**Spørsmål 15: Hvor viktig var driftsform da du begynte i din nåværende stilling?** Prosentvis fordeling.

[Spørsmålet gis kun til de som har svart «Jeg er fastlege» eller «Jeg er fastlege, for tiden ute i fravær / permisjon» (spørsmål 1)]

	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Viktig; ville ikke begynt i stillingen dersom det var en annen driftsform	55%	52%	55%	65%	75%
Verken viktig eller uviktig; ville kanskje begynt i stillingen selv med en annen driftsform	31%	32%	29%	23%	16%
Ikke viktig; ville begynt i stillingen uansett driftsform	11%	11%	11%	9%	8%
Vet ikke	4%	5%	4%	3%	1%
N	1 332	1 050	137	65	76

**Spørsmål 16: Ønsker du å bytte driftsform når du blir spesialist i allmennmedisin?** Prosentvis fordeling.

[Spørsmål gis kun til de som har svart «Er for tiden under spesialistutdanning i allmennmedisin etter gammel ordning» eller «Er for tiden under spesialistutdanning i allmennmedisin etter ny ordning» (Spørsmål 11)]

	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ja	13%	6%	10%	35%	29%
Nei	66%	78%	69%	29%	33%
Vet ikke	21%	16%	21%	35%	38%
N	339	218	42	31	48

**Spørsmål 17: Du har svart at du ønsker å bli ansatt i kommunen framfor å jobbe som selvstendig næringsdrivende. Hvor avgjørende er dette for din videre karrierevei?** Prosentvis fordeling.

[Spørsmålet gis kun til de som har svart at de er under spesialisering etter ny eller gammel ordning (spørsmål 11), at nåværende driftsform er næringsdrift (spørsmål 7) og at de hadde valgt kommunalt ansatt med fast lønn (spørsmål 10)]

	Alle
Jeg vil kun fortsette som fastlege om jeg blir tilbudt en ansettelse	12%
Foretrekker ansettelse, men jeg vil fortsette som fastlege på næringsdrift om jeg ikke får tilbud	64%
Jeg kommer antagelig ikke til å fortsette som fastlege, uavhengig av driftsform	24%
N	25

## Finansiering

### Spørsmål 18: Hvor enig eller uenig er du i følgende utsag om dagens økonomiske rammebetingelser?

Prosentvis fordeling.

a) Jeg opplever å ha økonomisk trygghet i min arbeidssituasjon

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	16%	17%	17%	5%	9%
2: Litt uenig	23%	27%	19%	6%	3%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	8%	9%	1%	3%	4%
4: Litt enig	25%	26%	25%	6%	16%
5: Helt enig	28%	21%	38%	80%	67%
Vet ikke	1%	0%	0%	0%	1%
<i>N</i>	1 439	1 048	137	65	75

b) Jeg er tilfreds med min inntekt, sett opp mot arbeidsmengde

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	28%	31%	22%	26%	12%
2: Litt uenig	29%	32%	26%	17%	25%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	7%	7%	7%	0	11%
4: Litt enig	20%	19%	22%	22%	19%
5: Helt enig	16%	12%	23%	35%	33%
Vet ikke	0%	0%	0%	0%	0%
<i>N</i>	1 438	1 047	137	65	75

c) De økonomiske rammebetingelsene for å starte opp som fastlege i min kommune i dag er gode

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	31%	36%	9%	17%	7%
2: Litt uenig	26%	29%	19%	20%	16%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	13%	13%	16%	9%	12%
4: Litt enig	16%	13%	33%	17%	20%
5: Helt enig	12%	7%	23%	32%	39%
Vet ikke	3%	2%	0%	5%	7%
N	1 435	1 045	136	65	75

Et av tiltakene i handlingsplanen er å gjennomgå takstsystemet for å understøtte faglig riktig praksis.

**Spørsmål 19: I hvilken grad dekker inntektene fra basistilskuddet dine faste kostnader (kostnader til lokale, annet personell på legekantoret og utstyr)? Prosentvis fordeling. [Spørsmålet gis kun til de som har oppgitt å ha næringsdrift (spørsmål 7)]**

Kategori	Alle
Inntektene fra basistilskuddet er lavere enn de faste kostnadene; starter i minus før takstinntekter	78%
Inntektene fra basistilskuddet er omtrent like store som de faste kostnadene; starter i null før takstinntekter	15%
Inntektene fra basistilskuddet er større enn de faste kostnadene; starter i pluss før takstinntekter	5%
Vet ikke	2%
N	1 188

I statsbudsjettet for 2023 foreslås det at dagens knekkpunkt i basistilskuddet (lavere per capita-tilskudd over 1 000 listepasienter) erstattes med risikojustering av basistilskuddet, for bedre å understøtte betaling for arbeidsbelastning og bedre oppfølging av medisinsk ressurskrevende listeinnbyggere.

Risikojustering innebærer at størrelsen på basistilskuddet for den enkelte listeinnbygger avhenger av forhold ved listeinnbyggerne som antas å reflektere behovet for oppfølging. I første omgang foreslås det at basistilskuddet skal avhenge av hver enkelt pasients alder, kjønn og helsetilstand.

**Spørsmål 20: I hvilken grad tror du at risikojustering av basistilskuddet, slik det er foreslått i statsbudsjettet, vil bidra til å: Prosentvis fordeling.**

a) Bedre kompensere deg for din arbeidsbelastning?

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ikke i det hele tatt	52%	53%	53%	46%	59%
I liten grad	22%	22%	20%	25%	21%
I noen grad	12%	11%	14%	15%	11%
I stor grad	4%	4%	0%	9%	1%
Vet ikke	10%	10%	14%	6%	8%
N	1 440	1 049	137	65	75

b) Gi deg bedre mulighet til å følge opp medisinsk ressurskrevende listeinnbyggere?

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ikke i det hele tatt	57%	58%	58%	43%	56%
I liten grad	24%	24%	21%	29%	27%
I noen grad	10%	9%	9%	9%	11%
I stor grad	3%	2%	2%	9%	1%
Vet ikke	7%	6%	10%	9%	5%
N	1 437	1 047	137	65	75

c) Bedre kompensere for de samlede kostnadene ved din fastlegevirksomhet?

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ikke i det hele tatt	53%	55%	56%	37%	51%
I liten grad	21%	21%	19%	29%	17%
I noen grad	12%	11%	9%	15%	17%
I stor grad	3%	3%	0%	6%	3%
Vet ikke	11%	10%	16%	12%	12%
N	1 439	1 048	137	65	75

**Spørsmål 21: Alt i alt, hvor positiv eller negativ er du til forslaget om å erstatte knekkpunktet med risikojustering av basistilskuddet?** Prosentvis fordeling.

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Svært negativ	67%	71%	65%	43%	53%
Litt negativ	16%	14%	16%	23%	19%
Verken positiv eller negativ	8%	7%	9%	13%	17%
Litt positiv	6%	5%	10%	12%	10%
Svært positiv	3%	3%	0%	8%	1%
Vet ikke	0%	0%	0%	0%	0%
N	1 386	1 021	127	60	72

I august i år ble det nedsatt et ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten som skal gi konkrete forslag til både organisering og finansiering av fastlegeordningen. Ekspertutvalget er blant annet bedt om å utrede en økning av det risikojusterte basistilskuddet til å i gjennomsnitt utgjøre 50 prosent av samlet praksisinntekt (mot om lag 30 prosent i dag).

**Spørsmål 22: Hvor positiv eller negativ ville du vært til risikojustert basistilskudd dersom basistilskuddet økes til å i gjennomsnitt utgjøre 50 prosent av samlet praksisinntekt? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Svært negativ	32%	35%	35%	12%	25%
Litt negativ	14%	14%	15%	9%	16%
Verken positiv eller negativ	15%	15%	14%	11%	20%
Litt positiv	18%	19%	11%	25%	18%
Svært positiv	9%	9%	4%	18%	7%
Vet ikke	11%	9%	21%	25%	14%
N	1 444	1 052	137	65	76

**Spørsmål 23: Hvor mange innbyggere har du på din fastlegeliste? Prosentvis fordeling.**

	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Under 500	3%	0%	4%	17%	18%
500-750	11%	5%	24%	49%	45%
751-1000	30%	27%	49%	25%	29%
1001-1250	32%	37%	18%	8%	8%
1251-1500	17%	21%	5%	2%	0%
Over 1500	8%	10%	1%	0%	0%
N	1 438	1 049	136	65	76

**Spørsmål 24: Kunne du tenke deg å endre listetaket ditt? Prosentvis fordeling. [Spørsmålet gis kun til de som oppgir «Jeg er fastlege» eller «Jeg er fastlege, for tiden ute i fravær / permisjon» (spørsmål 1)]**

	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ja, jeg kunne tenke meg å øke listetaket	4%	4%	3%	6%	5%
Ja, jeg kunne tenke meg å redusere listetaket	66%	69%	61%	46%	45%
Nei	28%	25%	34%	45%	45%
Ikke relevant	2%	2%	1%	3%	5%
N	1 334	1 052	137	65	76

**Spørsmål 25: Har den faktiske listelengden din blitt endret i løpet av de siste 12 månedene?** Prosentvis fordeling. [Spørsmålet gis kun til de som oppgir «Jeg er fastlege» eller «Jeg er fastlege, for tiden ute i fravær / permisjon» (spørsmål 1)]

	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ja, den har økt med færre enn 100 personer	5%	4%	9%	8%	8%
Ja, den har økt med 100 personer eller flere	5%	5%	7%	5%	3%
Ja, den har blitt redusert med færre enn 100 personer	26%	29%	18%	9%	9%
Ja, den har blitt redusert med 100 personer eller flere	13%	13%	9%	11%	11%
Ja, men endringen skyldtes at jeg tidligere hadde nullliste	2%	2%	0%	8%	4%
Nei	50%	47%	57%	60%	66%
N	1 332	1 050	137	65	76

**Spørsmål 26: Du har svart at du ønsker å redusere ditt listetak. Hva er grunnen til at listelengden ikke har blitt redusert? Kryss av for alle relevante svaralternativer. Kryss av for alle relevante svaralternativer.** [Spørsmålet ble gitt til de som har oppgitt «Nei» eller «Ja, den har økt med færre enn 100 personer / økt med 100 personer eller flere» (spørsmål 25) og «Ja, jeg kunne tenke meg å redusere listetaket» (spørsmål 24)]

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Kommunen har ikke akseptert redusert listelengde	15%	11%	24%	52%	39%
Det har ikke vært andre fastleger som kan ta over pasientene	48%	43%	69%	52%	67%
Jeg ønsker ikke at listereduksjon skal få negative konsekvenser for pasientene	41%	44%	39%	22%	30%
Det økonomiske tapet blir for stort	57%	69%	31%	0%	11%
Annet [fritekst]	Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern				
N	471	360	49	23	27

### Arbeidsbelastning

**Spørsmål 27: Anslagsvis hvor mange timer jobber du i gjennomsnitt per uke som fastlege med følgende oppgaver?** Tabellen angir gjennomsnitt og median (standardavvik).

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Samlet legearbeid*, snitt per uke					
0-19 timer	0,84%	0,58%	0,74%	0,00%	0,00%
20-29	0,70%	0,48%	0,00%	0,00%	1,33
30-39	5,82%	4,32%	7,41%	9,38%	8,00%
40-49	27,72%	26,03%	24,44%	35,94%	41,33%
50-59	38,04%	41,88%	34,07%	32,81%	22,67%
60-69	16,98%	17,96%	17,04%	7,81%	12,00%
70-79	7,02%	6,44%	11,11%	9,38%	6,67%
≥80	2,88%	2,31%	5,19%	4,69%	8,00%
<b>Gjennomsnitt</b>					
<b>Samlet legearbeid, inkl. alle former for legevakt, gjennomsnitt</b>	<b>53 (100%)</b>	<b>53 (100%)</b>	<b>56 (100%)</b>	<b>53 (100%)</b>	<b>53 (100%)</b>
<b>Arbeid på legekantor, gjennomsnitt</b>	<b>45 (100%)</b>	<b>47 (100%)</b>	<b>40 (100%)</b>	<b>40 (100%)</b>	<b>40 (100%)</b>
Legevakt - hjemmevakt, gjennomsnitt	6 (12%)	5 (8%)	6 (21%)	9 (34%)	16 (36%)
Legevakt – tilstedevakt, gjennomsnitt	5 (52%)	5 (49%)	7 (65%)	7 (70%)	6 (68%)
Legevakt – bakvakt, gjennomsnitt	5 (21%)	4 (17%)	6 (38%)	5 (42%)	8 (45%)
<b>Alle former for legevakt, gjennomsnitt</b>	<b>7 (58%)</b>	<b>6 (52%)</b>	<b>10 (78%)</b>	<b>12 (88%)</b>	<b>10 (91%)</b>
Andre allmenmedisinske oppgaver/ kommunale adm. Oppgaver, gjennomsnitt	7 (47%)	6 (45%)	8 (70%)	8 (48%)	7 (34%)
<b>Median</b>					
<b>Samlet legearbeid, median</b>	<b>53 (100%)</b>	<b>53 (100%)</b>	<b>56 (100%)</b>	<b>53 (100%)</b>	<b>53 (100%)</b>
<b>Samlet arbeid på legekantor, median (andel som har oppgitt at de har oppgaven)</b>	<b>45 (100%)</b>	<b>47 (100%)</b>	<b>40 (100%)</b>	<b>40 (100%)</b>	<b>40 (100%)</b>
Legevakt – hjemmevakt, median (andel som har oppgitt at de har oppgaven)	6 (12%)	5 (8%)	6 (21%)	9 (34%)	16 (36%)
Legevakt – tilstedevakt, median (andel som har oppgitt at de har oppgaven)	5 (52%)	5 (49%)	7 (65%)	7 (70%)	6 (68%)



Legevakt – bakvakt, median (andel som har oppgitt at de har oppgaven)	5 (21%)	4 (17%)	6 (38%)	5 (42%)	8 (45%)
Andre allmenntilleggs oppgaver / kommunale administrative oppgaver, median (andel som har oppgitt at de har oppgaven)	7 (47%)	6 (45%)	8 (70%)	8 (53%)	7 (48%)
<i>N</i>	1 425	1 041	135	64	75

Respondenter som oppgir at de totalt jobber 0 timer i gjennomsnitt per uke (N=1), eller jobber over 112 timer i gjennomsnitt per uke (N=5), er tatt ut av utvalget. \*Samlet legearbeid er ikke medregnet timer oppgitt på «(legevakt – bakvakt)»

**Spørsmål 28: Hvordan opplever du din nåværende arbeidsbelastning? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Jeg har for stor arbeidsbelastning	76%	80%	71%	62%	57%
Jeg er tilfreds med arbeidsbelastning	24%	20%	29%	38%	43%
Jeg har for liten arbeidsbelastning	0%	0%	0%	0%	0%
<i>N</i>	1 442	1 051	136	65	76

**Spørsmål 29: Hvor mange arbeidstimer anslår du at du bruker på ubetalt administrativt arbeid knyttet til drift av praksisen / legekantoret per uke? Dette kan f.eks. være tid knyttet til regnskap, oppfølging av medarbeidere, innkjøp av utstyr, osv. Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Mindre enn 1 time i uken	19%	9%	33%	57%	71%
1-2 timer i uken	38%	40%	44%	19%	14%
3-5 timer i uken	30%	37%	15%	11%	4%
6-8 timer i uken	10%	10%	6%	10%	8%
Mer enn 9 timer i uken	3%	4%	2%	3%	3%
<i>N</i>	1 438	1 052	134	63	76

**Spørsmål 30: Hvordan opplever du at plikten til legevaktsarbeid påvirker din arbeidsbelastning?** Prosentvis fordeling.

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Legevaktsarbeid påvirker ikke arbeidsbelastningen min i betydelig grad	8%	7%	7%	12%	7%
Det øker arbeidsbelastningen, men jeg ville ikke vært foruten	21%	17%	31%	35%	43%
Det øker arbeidsbelastningen, og jeg skulle gjerne vært foruten	42%	43%	43%	43%	41%
Ikke relevant (f.eks. hvis du har unntak fra plikt om legevakt)	30%	33%	19%	9%	9%
N	1 440	1 050	136	65	76

**Spørsmål 31: Er det noen arbeidsoppgaver du som fastlege / fastlegevikar bør fritas fra for å redusere din arbeidsbelastning?** Åpent spørsmål.

Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.

### Samhandling

**Spørsmål 32: Vurder følgende utsagn om samarbeid med andre deler av helse- og omsorgstjenesten:**

a) Overordnet fungerer samhandlingen med spesialisthelsetjenesten godt

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	4%	4%	3%	0%	5%
2: Litt uenig	20%	20%	26%	9%	26%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	12%	12%	8%	17%	12%
4: Litt enig	45%	44%	48%	57%	45%
5: Helt enig	19%	21%	15%	17%	12%
Vet ikke	0%	0%	0%	0%	0%
N	1 438	1 048	137	65	76

b) De siste 12 månedene har samhandlingen med spesialisthelsetjenesten blitt bedre

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	17%	18%	18%	8%	20%
2: Litt uenig	19%	18%	26%	23%	17%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	43%	43%	34%	52%	45%
4: Litt enig	13%	14%	17%	6%	8%
5: Helt enig	3%	4%	3%	2%	1%
Vet ikke	4%	3%	3%	9%	9%
N	1 437	1 047	137	65	76

c) Overordnet fungerer samhandlingen med andre kommunale helse- og omsorgstjenester godt

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	3%	3%	4%	2%	3%
2: Litt uenig	19%	19%	14%	15%	22%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	16%	17%	10%	9%	14%
4: Litt enig	45%	44%	47%	48%	42%
5: Helt enig	18%	16%	25%	26%	17%
Vet ikke	0%	0%	0%	0%	1%
N	1 436	1 046	137	65	76

d) De siste 12 månedene har samhandlingen med andre kommunale helse- og omsorgstjenester blitt bedre

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	12%	13%	9%	6%	12%
2: Litt uenig	17%	18%	12%	15%	22%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	53%	53%	58%	51%	49%
4: Litt enig	11%	11%	12%	14%	9%
5: Helt enig	2%	2%	5%	5%	0%
Vet ikke	4%	3%	3%	9%	8%
N	1 435	1 045	137	65	76

e) Overordnet fungerer samhandlingen med NAV godt

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	9%	9%	10%	3%	9%
2: Litt uenig	28%	29%	23%	26%	18%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	20%	20%	17%	25%	20%
4: Litt enig	32%	32%	34%	34%	43%
5: Helt enig	10%	10%	16%	11%	9%
Vet ikke	0%	0%	0%	2%	0%
N	1 437	1 047	137	65	76

f) De siste 12 månedene har samhandlingen med NAV blitt bedre

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	19%	20%	19%	9%	20%
2: Litt uenig	17%	18%	11%	15%	16%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	52%	51%	57%	57%	57%
4: Litt enig	6%	6%	7%	8%	3%
5: Helt enig	2%	2%	2%	0%	0%
Vet ikke	4%	3%	4%	11%	5%
N	1 434	1 045	135	65	76

**Spørsmål 33: Hvor fornøyd eller misfornøyd er du med kommunens styring og oppfølging av fastlegetjenesten? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Svært misfornøyd	25%	27%	24%	13%	14%
Litt misfornøyd	30%	31%	22%	31%	24%
Verken fornøyd eller misfornøyd	17%	17%	12%	14%	22%
Litt fornøyd	19%	17%	30%	23%	24%
Svært fornøyd	8%	7%	11%	17%	14%
Vet ikke	1%	1%	1%	2%	1%
N	1 441	1 050	137	64	76

**Spørsmål 34: Hvilket EPJ-system bruker du? Åpent svar.**

Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.

**Spørsmål 35: Hvor fornøyd er du med EPJ-systemet du bruker nå? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Svært misfornøyd	7%	5%	9%	13%	15%
Litt misfornøyd	12%	10%	21%	17%	15%
Verken fornøyd eller misfornøyd	7%	6%	4%	8%	15%
Litt fornøyd	32%	31%	38%	27%	36%
Svært fornøyd	42%	47%	28%	36%	17%
Vet ikke	0%	0%	0%	0%	0%
N	1 430	1 042	135	64	75

**Overordnet om handlingsplanen og fastlegeordningen****Spørsmål 36: I hvilken grad har din kommune utfordringer knyttet til allmennlegetjenesten når det gjelder:**

a) Bemanning

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ikke i det hele tatt	3%	2%	6%	5%	0%
I liten grad	12%	11%	12%	9%	20%
I noen grad	35%	37%	35%	31%	32%
I stor grad	48%	48%	47%	55%	47%
Vet ikke	2%	2%	1%	0%	1%
N	1 443	1 052	136	65	76

b) Tilgjengelighet på tilbudet til befolkningen

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ikke i det hele tatt	4%	3%	7%	6%	5%
I liten grad	13%	12%	11%	12%	13%
I noen grad	39%	39%	38%	43%	38%
I stor grad	41%	42%	44%	35%	42%
Vet ikke	3%	3%	0%	3%	1%
N	1 443	1 052	137	65	76

c) Kvalitet på tilbudet til befolkningen

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ikke i det hele tatt	5%	4%	11%	6%	4%
I liten grad	23%	22%	28%	25%	40%
I noen grad	45%	45%	44%	49%	44%
I stor grad	17%	19%	15%	12%	8%
Vet ikke	10%	10%	3%	8%	4%
N	1 441	1 051	137	65	75

**Spørsmål 37: På hvilken måte tror du disse utfordringene får konsekvenser for listeinnbyggerne i kommunen?** Åpent svar. [Spørsmålet ble gitt til de som har svart «I noen grad» eller «I stor grad» på spørsmål 36a, 36b eller 36c]

Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.

**Spørsmål 38: Innen hvilke deler av allmennlegetjenesten er det utfordringer med legebemanning? Kryss av for alle relevante.** Andel som oppgir. [Spørsmålet ble gitt til de som har svart «I noen grad» eller «I stor grad» på spørsmål om kommunen har utfordringer knyttet til bemanning i allmennlegetjenesten (spørsmål 36)]

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Fastlegetjenesten	97%	96%	97%	98%	97%
Legevakt	74%	77%	55%	77%	67%
Helsestasjon	26%	27%	24%	30%	24%
Sykehjem	35%	33%	44%	52%	38%
N	1 202	889	110	56	58

**Spørsmål 39: Hvor sannsynlig er det at du er fastlege om 5 år?** Prosentvis fordeling.

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Svært usannsynlig	15%	16%	8%	14%	9%
Litt usannsynlig	14%	14%	15%	14%	16%
Litt sannsynlig	29%	28%	31%	38%	29%
Svært sannsynlig	33%	33%	35%	32%	42%
Vet ikke	4%	4%	4%	2%	3%
Ikke relevant (f.eks. skal snart gå av med pensjon)	6%	6%	7%	0%	1%
N	1 444	1 052	137	65	76

**Spørsmål 40: Hva er den viktigste enkeltfaktoren for hvorvidt du fortsetter som fastlege? Dersom du i dag er fastlegevikar, krysser du av for den viktigste faktoren for å bli fastlege i fremtiden. Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Bedre økonomiske rammebetingelser – økt basistilskudd	43%	52%	18%	14%	14%
Bedre økonomiske rammebetingelser – mulighet for fastlønn	3%	1%	4%	12%	3%
Redusert arbeidsbelastning i form av redusert listelengde	21%	20%	26%	20%	32%
Redusert arbeidsbelastning i form av avlastning av oppgaver til andre	8%	5%	12%	23%	18%
Mer tid til faglig oppdatering	2%	1%	2%	6%	11%
Mulighet for å jobbe i større tverrfaglige team	0%	0%	0%	2%	0%
Styrkede sosiale ordninger og rettigheter ved fravær	9%	8%	18%	9%	4%
Tilskudd til utgifter i forbindelse med etterutdanning	1%	1%	3%	0%	0%
Annet, vennligst spesifiser	<i>Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern</i>				
N	1 444	1 052	137	65	76

## Bakgrunn

### Spørsmål 41: Hvor mange leger arbeider ved ditt legekantor med egen fastlegeavtale (deg selv inkludert)?

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Gjennomsnitt (standardavvik)	5,1	5,0	5,7	4,7	5,8
Median	5	5	5	4	5
Min	1	1	1	1	1
Max	50	50	21	12	19
N	1 440	1 051	137	64	76

Note: 2 fastleger oppgir 0 og er derfor tatt ut av beregningen.

### Spørsmål 42: Hvor mange vikarer arbeider ved ditt legekantor?

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Andel med ingen legevikarer	43%	49%	34%	45%	29%
Gjennomsnitt (standardavvik)	1,8	1,6	2,1	2,3	2,3
Median	1	1	2	2	2
Min	1	1	1	1	1
Max	12	9	12	6	5
N	813	530	91	35	54

Note: Gjennomsnitt, median, min og max gjelder for de fastlegene som har oppgitt å ha minst 1 legevikar på legekantoret (N=813), mens fastleger som har oppgitt 0 legevikarer er tatt ut av utvalget (N=611).

### Spørsmål 43: Hvilke andre typer helsepersonell arbeider fast ved ditt legekantor? (Kryss av for alle relevante) Prosentvis fordeling

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Helsesekretær	97%	99%	93%	92%	93%
Sykepleier	29%	16%	74%	71%	72%
Bioingeniør	8%	4%	18%	18%	28%
Andre [fritekst]	Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern				
N	1 435	1 044	137	65	76



**Spørsmål 44: Hvor gammel er du? Prosentvis fordeling**

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Under 30 år	2%	0%	1%	5%	7%
30-39 år	31%	26%	32%	46%	61%
40-54 år	47%	51%	54%	43%	29%
55-67 år	16%	18%	10%	6%	4%
Over 67 år	4%	4%	2%	0%	0%
Ønsker ikke å oppgi	0%	0%	0%	0%	0%
<i>N</i>	1 444	1 052	137	65	76

**Spørsmål 45: Hva er ditt kjønn? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Kvinne	48%	45%	52%	66%	57%
Mann	52%	54%	48%	34%	43%
Annet	0%	0%	0%	0%	0%
Ønsker ikke å oppgi	1%	1%	0%	0%	0%
<i>N</i>	1 442	1 050	137	65	76

**Spørsmål 46: Hvor lenge har du samlet sett vært fastlege / fastlegevikar? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Mindre enn ett år	4%	2%	1%	12%	8%
1-2 år	7%	3%	7%	14%	18%
3-5 år	15%	13%	18%	26%	32%
6-10 år	19%	21%	22%	15%	17%
Mer enn 10 år	55%	61%	52%	32%	25%
Ønsker ikke å oppgi	0%	0%	0%	0%	0%
Ikke relevant	0%	0%	0%	0%	0%
<i>N</i>	1 444	1 052	137	65	76

**Spørsmål 47: I hvilket fylke jobber du som fastlege? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Agder	5%	5%	9%	8%	5%
Innlandet	6%	4%	11%	20%	4%
Møre og Romsdal	5%	4%	15%	5%	1%
Nordland	5%	2%	4%	17%	24%
Oslo	10%	12%	1%	3%	3%
Rogaland	7%	8%	3%	3%	7%
Troms og Finnmark	5%	2%	15%	3%	32%
Trøndelag	12%	14%	8%	9%	7%
Vestfold og Telemark	9%	9%	7%	11%	5%
Vestland	12%	10%	21%	15%	5%
Viken	23%	28%	4%	6%	7%
Ønsker ikke å oppgi	1%	1%	1%	0%	1%
<i>N</i>	<i>1 442</i>	<i>1 050</i>	<i>137</i>	<i>65</i>	<i>76</i>

**Spørsmål 48: Hvor mange innbyggere har kommunen hvor du jobber? Prosentvis fordeling.**

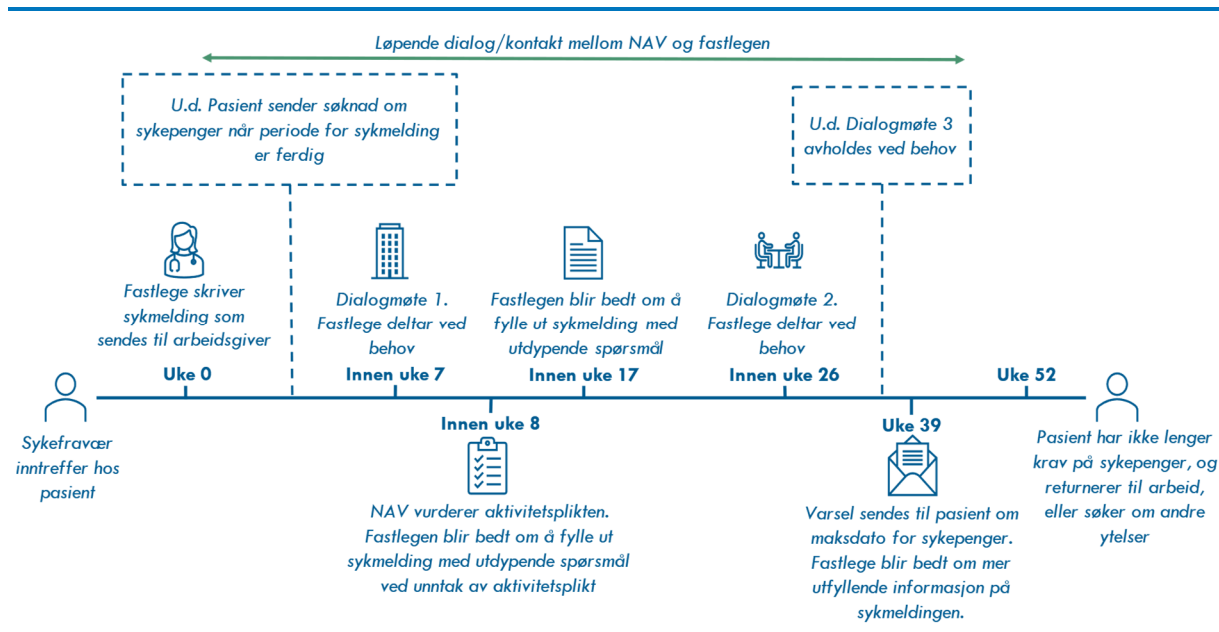
Kategori	Alle	Næringsdrift	Næringsdrift med kommunal leieavtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Under 5 000 innbyggere	6%	1%	21%	28%	22%
Mellom 5 000 og 10 000 innbyggere	6%	2%	20%	18%	17%
Mellom 10 000 og 50 000 innbyggere	36%	33%	49%	46%	45%
Mellom 50 000 og 100 000 innbyggere	18%	21%	7%	5%	12%
Over 100 000 innbyggere	34%	42%	3%	3%	4%
Ønsker ikke å oppgi	1%	1%	0%	0%	0%
<i>N</i>	<i>1 441</i>	<i>1 049</i>	<i>137</i>	<i>65</i>	<i>76</i>

## Vedlegg D Saksforløp fastlegen og NAV

De neste avsnittene forklarer samhandlingen mellom fastleger og NAV i oppfølgingsløpet for sykepenger, arbeidsavklaringspenger og uføretrygd. For enkelthetsens skyld har vi tatt utgangspunkt i at pasienten er en arbeidstaker. Oppfølgingsløpet vil derimot kunne se noe annerledes ut dersom pasienten for eksempel er arbeidsledig eller selvstendig næringsdrivende.

### D.1.1 Sykepenger

Figur D-1: Oppfølgingsaktiviteter for NAV og fastleger i løpet for sykepenger



Kilde: Helsedirektoratet (2023g), NHI (2022), Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet (2021), NAV (2021b), NAV (2022a), NAV (2023b) og informasjon fra NAV-veiledere. Illustrasjon: Oslo Economics. Merknad: Figuren illustrerer milepæler i sykmeldingsløpet for en pasient som er en arbeidstaker. U.d er forkortelse for «Uten dato» og innebærer at det ikke er noen fastsatt dato for når denne aktiviteten må gjennomføres.

En arbeidstaker, heretter omtalt som pasienten, kan ha krav på sykepenger dersom vedkommende har sykefravær fra arbeidsplassen sin. Dersom sykefraværet skyldes medisinske årsaker og går utover egenmeldingsdagene, må vedkommende kontakte sin fastlege for en sykmelding som sendes til NAV og arbeidsgiver (NAV, 2023b).<sup>34</sup> Viktige milepæler og oppfølgingsaktiviteter i sykmeldingsløpet for en arbeidstaker er illustrert i Figur D-1.

Fastlegen vil som oftest skrive sykemelding for 14 dager framover av gangen, med mindre det er gitt at den sykmeldte vil være langtidssykmeldt (NHI, 2022). Etter 14 dager må dermed pasienten tilbake til legen for en ny sykmelding hvis vedkommende fremdeles ikke kan være i arbeid grunnet sykdom.

Alle sykmeldte skal bli fulgt opp i løpet av sykefraværsperioden. Målet er at pasienten skal vende helt eller delvis tilbake i arbeid dersom dette er mulig, og unngå at pasienten opplever et langvarig sykefravær (NHI, 2022). Aktører som følger opp pasienten er blant annet arbeidsgiver, NAV, og den som sykemelder, hvor sistnevnte som regel er fastlegen. Disse aktørene har ulike roller i oppfølgingen av pasienten, og det er lovfestet at det skal gjennomføres faste oppfølgingsaktiviteter som er ment å sikre dialog mellom aktørene (NHI, 2022).

Fastlegen involveres ofte helt i begynnelsen av sykefraværsløpet når pasienten ber om en sykmelding. Sykmeldingen skal blant annet dokumentere at det er en medisinsk årsak til at vedkommende ikke kan være i arbeid. Pasienten må sende sykmeldingen til NAV, og pasienten kan søke om sykepenger når perioden for

<sup>34</sup> Andre leger som tannleger, manuellterapeuter og kiropraktorer har også rett til å skrive sykmeldinger ved enkelte diagnoser (NHI, 2022).

sykmeldingen er over (NAV, 2023b). Pasienten må samtidig kontakte fastlegen før perioden for sykemeldingen er over, og fastlegen gjør en vurdering om sykmeldingen skal forlenges.

Innen pasienten har vært sykmeldt i 4 uker er det pålagt at arbeidsgiver og pasienten skal utarbeide en oppfølgingsplan som blant annet skal inneholde en vurdering av pasientens arbeidsoppgaver og arbeidsevne, og aktuell tilrettelegging og tiltak i regi av arbeidsgiver, samt en plan for oppfølging videre (Helsedirektoratet, 2023g). Denne oppfølgingsplanen vil også deles med fastlegen.

Innen uke 7 av sykmeldingen skal dialogmøte 1 avholdes. Møtet er en samtale mellom pasienten og arbeidsgiveren. Fastlegen vil bli innkalt til møtet dersom arbeidsgiveren og pasienten blir enige om at dette, eller hvis dette er et ønske fra sistnevnte. NAV kan også inviteres til møtet. Målet med samtalen er å se på muligheter og begrensninger for pasienten, og forhindre at sykefraværet blir unødvendig langt (NAV, 2021a).

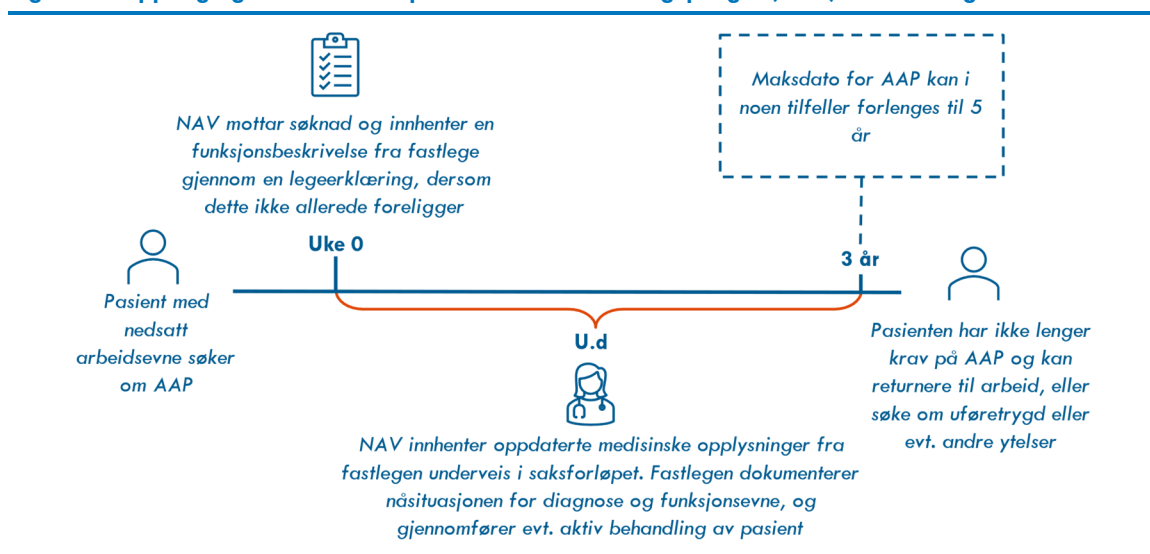
Dersom pasienten er 100 prosent sykmeldt når sykmeldingen passerer 8 uker, vil NAV vurdere om pasienten skal unntas aktivitetsplikten. Aktivitetsplikten innebærer at pasienten må være i arbeidsrelatert aktivitet under sykefraværet. Arbeidsrelatert aktivitet innebærer at vedkommende er delvis i arbeid, deltar i arbeidsrettede tiltak eller mottar reisetilskudd i stedet for sykepenger (Helsedirektoratet, 2023g). Pasienten kan få unntak fra aktivitetsplikten dersom det foreligger tungtveiende medisinske årsaker for at pasienten ikke kan være i arbeid, eller dersom det ikke er mulig å gjennomføre aktiviteter på arbeidsplassen (Helsedirektoratet, 2023g). Hvis førstnevnte er tilfellet, må dette dokumenteres av fastlegen i sykmeldingen (NAV, 2021b). Sykmeldingen som NAV sender til fastlegen i forkant vil dermed inneholde mer utdypende spørsmål (Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2021).

Innen 17 uker i sykmeldingsløpet blir fastlegen bedt om å utarbeide en ny sykmelding som inneholder en mer utfyllende medisinsk og arbeidsrelatert vurdering. Denne sykmeldingen vil være en del av informasjonsgrunlaget når NAV skal vurdere om dialogmøte 2 skal avholdes, og om det er nødvendig å innkalle fastlegen til møtet (NAV, 2021b). Dialogmøte 2 skal avholdes innen uke 26 av sykmeldingsløpet, hvorav NAV-veilederen kaller inn pasienten og arbeidsgiver (NAV, 2023b).

Sykepenger gis maksimalt i 52 uker. I forkant av maksdatoen for sykepenger vil NAV sende ut et informasjonsskriv til pasienten om hva som skjer når sykepengeåret er omme, samt tilbud om en samtale. I forbindelse med utarbeidelsen av informasjonsskrivet vil NAV be fastlegen om en ny sykmelding i uke 39 med utfyllende spørsmål (NAV, 2021b). Spørsmålene på sykmeldingen er spesielt innrettet for arbeidsavklaringspenger (AAP), som er relevant dersom pasienten fremdeles ikke er tilbake i arbeid og har søkt, eller planlegger å søke om arbeidsavklaringspenger (NAV, 2019a).

### D.1.2 Arbeidsavklaringspenger (AAP)

Figur D-2 Oppfølgingsaktiviteter i løpet for arbeidsavklaringspenger (AAP) hvor fastlege er involvert



Kilde: Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet (2021), NAV (2022d), NAV (2022c) og informasjon fra NAV-veiledere. Illustrasjon: Oslo Economics. Merknad: Figuren illustrerer milepæler i løpet for arbeidsavklaringspenger for en pasient som er en arbeidstaker. U.d er forkortelse for «Uten dato» og innebærer at det ikke er noen fastsatt dato for når denne aktiviteten skal gjennomføres.

Det kan være aktuelt for pasienten å søke om arbeidsavklaringspenger (AAP) dersom pasienten ikke er tilbake i fullt arbeid etter et år med sykepenger, og arbeidsevnen er redusert med minst 50 prosent grunnet sykdom eller skade. Det er også mulig å søke direkte om AAP istedenfor å motta sykepenger i ett år først (NAV, 2022d).

NAV er avhengig av utfyllende medisinsk dokumentasjon når de skal vurdere om vilkåret for arbeidsavklaringspenger er oppfylt eller ikke. Dersom pasienten tidligere har mottatt sykepenger, vil det kunne være tilstrekkelig for NAV å bruke informasjonen som foreligger i den utfyllende sykmeldingen ved uke 39 i sykmeldingsløpet (NAV, 2021c). Dersom det ikke foreligger tilstrekkelig informasjon, må NAV innhente dette gjennom et eget skjema, kalt *Legeerklæring ved arbeidsuførhet* (Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2021).

Figur C-2 viser viktige milepæler og oppfølgingsaktiviteter i løpet for AAP. I motsetning til sykmeldingsløpet, er samhandlingen mellom fastlegen og NAV mindre regelmessig i forbindelse med AAP, og NAV vil kun innhente oppdatert medisinsk dokumentasjon når de anser det som hensiktsmessig. Dette gjør de enten gjennom legeerklæringer eller dialogmeldinger. NAV-veiledere vil intervjuet informerte derimot at de ofte selv har etablert faste tidspunkter i AAP-løpet hvor de innhenter oppdatert informasjon fra fastlegene. De faste tidspunktene kan for eksempel være hvert halvår eller årlig. Videre kan fastlegen også ha en medisinsk rolle i oppfølgingsløpet gjennom aktiv behandling av pasienten, som har som formål å bedre arbeidsevnen til pasienten (NAV, 2022d).

Det vil variere hvor lenge en person mottar AAP, som hovedregel inntil 3 år. Deretter må det avklares om personen skal tilbake i arbeid eller søke om andre stønader, som eksempelvis uføretrygd.

### Uføretrygd

Dersom en pasient har fått varig nedsatt arbeids- og inntektsevne grunnet sykdom eller skade, kan vedkommende ha krav på uføretrygd. Når pasienten søker om uføretrygd vil NAV etterspørre helseopplysninger fra fastlegen via skjemaet *Legeerklæring ved arbeidsuførhet* eller gjennom dialogmeldinger, for å få oppdatert medisinsk dokumentasjon som beskriver pasientens medisinske tilstand og arbeidsevne (NAV, 2019b). Dette med mindre NAV allerede har tilgang på tilstrekkelig med medisinske opplysninger fra oppfølgingsarbeidet ved sykepenger eller AAP (Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2021). Dersom pasienten får innvilget uføretrygd vil det ikke lenger være noen faste milepæler for informasjonsutveksling og samhandling mellom NAV og fastlegen.

## Vedlegg E      Supplerende teoretiske betraktninger om risikojustering

Begrepet *risikojustering* benyttes om egenskaper ved forsikringsavtaler og betalingsavtaler, og risikojustering på helseområdet handler om å utforme avtaler som tar hensyn til at sykdomsrisiko og tjenestebehov varierer. En persons framtidige behov for fastlegetjenester er usikkert, og det er derfor vanskelig å forutsi tjenestebehov og kostnader på forhånd. Siden fastleger har et sørge-for-ansvar for egne listeinnbyggere, vil usikkerhet om pasienters tjenestebehov innebære at usikkerhet om kostnader (i form av fastlegers arbeidstid) overføres til pasientenes fastlege via sørge-for-ansvaret. Selv om usikkerhet om enkeltpersoners framtidige sykdom er uunngåelig, så kan utformingen av betalingsavtaler i kombinasjon med tjenesteorganisering bidra til å redusere den usikkerheten som overføres til fastlegene. For eksempel vil det relative forholdet mellom omfanget av stykkprisbetaling (takstene i normaltariffen) og per capita-betaling påvirke fastlegenes usikkerhet, og det blir mindre usikkerhet for fastleger med høy andel stykkprisbetaling enn med lav andel stykkprisbetaling. For å illustrere hvordan balansen mellom stykkprisbetaling og per capita-betaling påvirker usikkerhet for fastleger beskriver vi de to ytterlighetene der det kun brukes stykkprisbetaling og der det kun brukes per capita-betaling.

**Den ene ytterlighet er å ha en betalingsordning som bare bruker stykkprisbetaling.** Denne betalingsmåten bidrar til å begrense den usikkerhet for fastlegene som følger av at noen pasienter får stort tjenestebehov og andre lite tjenestebehov. Forskningslitteraturen<sup>35</sup> beskriver imidlertid mange andre ulemper med denne betalingsmåten, blant annet at tjenesteinnsats per pasient kan forventes bli større enn ønskelig for samfunnet. Uten per capita betaling blir betalingen upåvirket av om en fastleges tjenester fordeles på mange eller få mottakere, og dermed oppmuntres ikke fastleger til å ha åpen liste for innbyggere som mangler fastlege eller ønsker å bytte fastlege. Med fravær av per capita betaling og dermed fravær av betaling for listeansvaret, oppmuntrer betalingssystemet allmennlegesektoren til å sørge for god øyeblikks-tilgjengelighet, i form av lange åpningstider på legekantor og digitale kontaktflater, for pasienter med enkle og avgrensede tjenestebehov. Samtidig som ren stykkprisbetaling er velegnet til å oppmuntre allmennlegesektoren til å ivareta god drop in-tilgjengelighet, vil ren stykkprisbetaling i liten grad oppmuntre til innsats for å opprettholde varig lege-pasient-kontinuitet.

**Den andre ytterlighet er å ha en betalingsordning bestående av per capita-betaling alene.** Med per capita-betaling alene oppmuntres det til å ta listeansvar for mange, og til å opprettholde varig lege-pasient-kontinuitet. Med per capita-betaling alene blir det i større grad lagt til rette for å bruke tid på arbeidsoppgaver som det er vanskelig å kompensere for med stykkprisbetalinger. Også denne betalingsmåten har en rekke kjente ulemper. Med denne betalingsmåten bærer den enkelte fastlege risikoen for uventet store behov for helsetjenester blant egne pasientene. Siden usikkerhet er en ulempe i seg selv må en betalingsavtale som bare bruker per capita-betaling være generøs nok til å kompensere for usikkerhet på toppen av å fungere som betaling for de tjenestene fastlegene leverer. Med per capita-betaling alene oppmuntres det ikke til aktivitet, og det kan føre til at det leveres færre tjenester og at drop in-tilgjengeligheten blir dårligere enn ønskelig for samfunnet.

Siden fastlegeordningen skal ivareta flere ulike hensyn, er det nødvendig å inkludere både stykkprisbetaling og per capita-betaling i fastlegenes betalingsavtale. Situasjonen i fastlegeordningen kjennetegnes nå ved at tilbudet av listeansvar målt ved avtalte listetak er mindre enn befolkningens etterspørsel etter listeansvar (Figur 6-2). Samtidig er aktiviteten målt ved tallet på allmennlegekonsultasjoner høy (Tabell 3-3), allmennleger tilbyr stadig mer generøs drop in-tilgjengelighet ved å levere e-konsultasjoner utenom ordinær arbeidstid (Figur 3-5), og mange vikarleger oppgir at de foretrekker å være vikar framfor å bli fastlege og dermed få større ansvar (Figur 3-8). En tolkning av disse observasjonene er at det er nødvendig å styrke insentivene for å ta listeansvar og at den foreslåtte økningen i per capita-betalingen er et hensiktsmessig tiltak for å forbedre befolkningens muligheter til å få fastlege, både ved at eksisterende fastleger oppmuntres til å ta ansvar for flere innbyggere, og ved at bedre betaling for fastlegeansvar gjør det mer attraktivt for vikarleger og nyutdannede leger å velge kommunal fastlegeavtale som karrierevei.

Dersom betalingen av fastleger endres ved at per capita-betaling over tid øker mer enn stykkprisbetalingen, vil det kunne føre at fastleger blir gradvis mer eksponert for usikkerhet om pasienters sykdom og tjenestebehov. For å få til økninger i det gjennomsnittlige per capita-tilskuddet på en måte som justerer disse økningene for

<sup>35</sup> Se for eksempel Newhouse, J. (1996) "Reimbursing Health Plans and Health Providers: Efficiency in Production Versus Selection", *Journal of Economic Literature*, Vol. 34, No 3, Sep. 1996 (1236-1263).

forskjeller i forventede tjenestebehov mellom fastlegelister, kan det være hensiktsmessig at basistilskuddet risikojusteres. Risikojustering av per capita-satser er en sentral del av faglitteraturen om såkalt formelfinansiering av offentlige tjenester, der Smith (2007) er en sentral bidragsyter. Formelfinansiering innebærer at en mekanisk formel brukes for å beregne betalingen til lokale tjenesteleverandører. Risikojustert per capita-finansiering er et eksempel på dette, der størrelsen på betalingen følger fastsatte prinsipper som reflekterer forventet behov for tjenester blant mottakerne tjenesteleverandøren har ansvar for og dermed forventet aktivitet for tjenesteleverandør. Litteraturen framhever en rekke fordeler ved formelfinansiering: Finansiering basert på forventet aktivitet kan bidra til kostnadskontroll og opprettholde et skille mellom den som betaler for tjenesten og den som leverer tjenesten. Videre gjør formelfinansiering det mulig å ta hensyn til både effektivitets- og fordelingshensyn når ressurser fordeles på ulike tjenesteleverandører.

Formler for risikojustering av per capita-satser tar vanligvis utgangspunkt i å finne statistiske sammenhenger mellom observerbare variable og faktiske utgifter eller faktisk aktivitet ved bruk av regresjonsanalyse. To sentrale utfordringer er å velge en passende statistisk modell for å beregne vektene i finansieringsformelen og å beslutte hvilke variabler som skal inngå i den empiriske modellen. Som beskrevet av Smith (2007, side 51) vil det i mange tilfeller være en målkonflikt mellom et ønske om å modellere forventet tjenestebehov med stor presisjon, og et ønske om å unngå at finansieringsformelen får såkalte «perverse insentiver». På helseområdet er det mange eksempler på denne målkonflikten. For eksempel vil variabelen «andel døde» i kommunen eller bydelen være en indikator som bidrar til å øke presisjonen i en statistisk modell for helsetjenestebehovene i listeinnbyggere i disse områdene.<sup>36</sup> **Dersom variabelen «andel døde» ble inkludert i beregningene av risikojustert per capita-tilskudd for fastleger, ville det endelige resultatet bli at betalingen blir større for fastleger som mistet mange pasienter. Tilsvarende eksempler vil gjelde for mange andre variabler som er påvirkbare for tjenesteleverandører, herunder informasjon om sykdomsdiagnoser for sykdommer der diagnostisering forutsetter skjønnsmessige vurderinger av den faktiske pasientpopulasjonen. Av åpenbare årsaker er alder og kjønn de mest brukte variablene for beregning av risikojusterte per capita satser.**

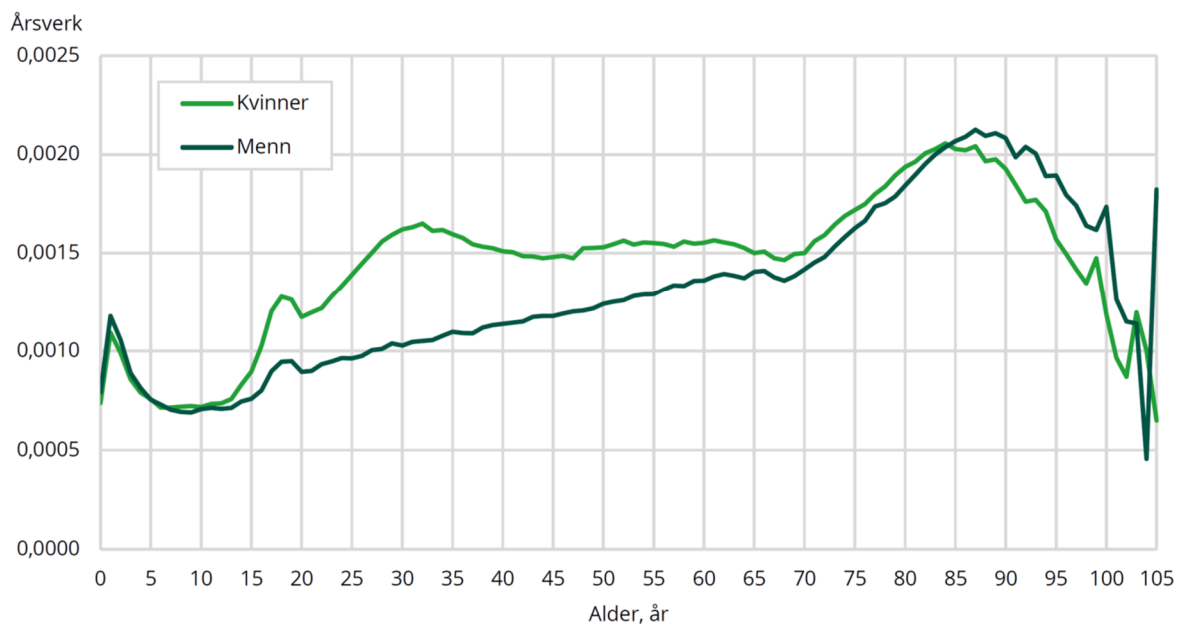
Det er kjent at alder og kjønn har meget stor betydning for forventet bruk av fastlegetjenester i Norge. Behovet for fastlegetjenester over alder og kjønn er beskrevet av SSB (Holmøy, Hjemås, & Haugstveit, 2023) og gjengis i Figur E-1. Som vi ser, er det forventede behovet for fastlegetjenester størst blant de eldste. Samtidig er behovet for fastlegetjenester større blant kvinner i trettiårene enn blant menn i syttiårene. Vi ser også at blant trettiårige kvinner er behovet for fastlegetjenester mer enn 50 prosent større enn for jevnaldrende menn. Med konvensjonelle tilnærminger for beregning av risikojustert per capita ville per capita-satsen for en kvinne i trettiårene bli om lag 50 prosent høyere enn for en mann med samme alder.

---

<sup>36</sup> Det finnes eksempler på at andel døde inkluderes i utforming av risikojusterte per capita-satser. For eksempel ble «andel døde» inkludert i formelen for beregning av rammebevilgningen til regionale helseforetak (Magnussen-utvalget, 2019).

Figur E-1: Figur hentet fra Holmøy mfl. (2023, side 101)

Figur B15 Årsverk per bruker (standard) for fastlegetjenester fordelt etter brukernes kjønn og alder. 2019



Kilde: SSB.

Tiltaket med økt per capita-betaling svarende til en helårsvirkning på totalt 720 millioner kroner utgjør en økning på om lag 132 kroner per innbygger og fører trolig til at andelen per capita-betaling øker og at andelen stykkprisbetaling reduseres. Ved siden av å bruke betalingsavtaler finnes en rekke andre tiltak i form av alternativ tjenesteorganisering som myndighetene kan anvende til å begrense usikkerhet for fastleger. Selve listesystemet i fastlegeordningen er ett eksempel på tjenesteorganisering som gir redusert usikkerhet ved å fjerne usikkerheten om hvilke personer legen har ansvar for, og ved å gi fastlegene anledning til å sette tak på antall listepersoner i praksisen og dermed mer kontroll på egen arbeidstid. Et annet eksempel på tjenesteorganisering som gir redusert usikkerhet for enkeltleger er bruk av «store talls lov», ved å tilrettelegge for større fastlegepraksiser med flere leger og pasienter.



## Vedlegg F Supplerende dataanalyser

### F.1 Supplerende analyser til kapittel 3

**Tabell F-1: Konsultasjoner (eks legevakt) fordelt på allmennlegens avtalesituasjon**

År	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Antall konsultasjoner eks legevakt (mill)	13,936	14,170	14,428	14,509	14,786	15,549	16,510	16,712
Andel konsultasjoner levert av:								
Fastlege	91 %	91 %	91 %	90 %	89 %	89 %	87 %	84 %
LIS1-lege og / eller vikarlege	7 %	7 %	9 %	10 %	11 %	11 %	12 %	15 %
Ukjent / ikke registrert	2 %	1 %	1 %	0 %	0 %	0 %	0 %	1 %
Totalt	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

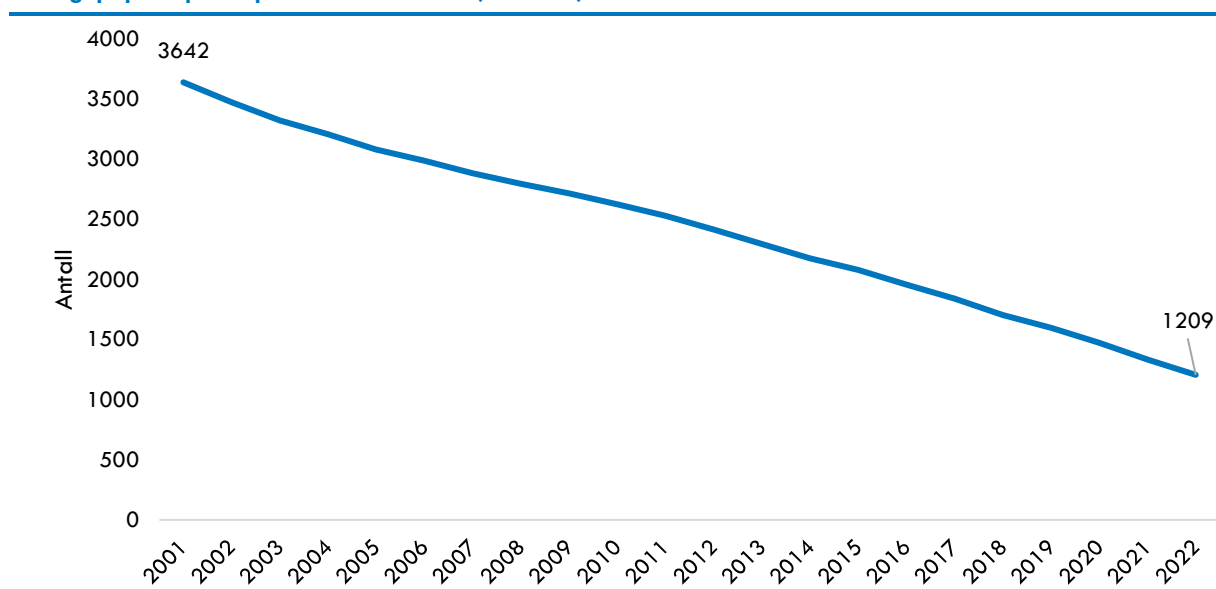
Kilde: KUHR og FLO.

**Tabell F-2: Legevaktkonsultasjoner fordelt på allmennlegens avtalesituasjon**

År	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Antall legevakt-konsultasjoner (mill.)	1,234	1,247	1,235	1,227	1,253	1,191	1,224	1,247
Andel konsultasjoner levert av:								
Fastlege	48 %	58 %	59 %	58 %	54 %	54 %	50 %	43 %
LIS1-lege og / eller vikarlege	8 %	12 %	16 %	19 %	20 %	20 %	20 %	19 %
Ukjent / ikke registrert	44 %	29 %	25 %	24 %	26 %	27 %	30 %	38 %
Totalt	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Kilde: KUHR og FLO.

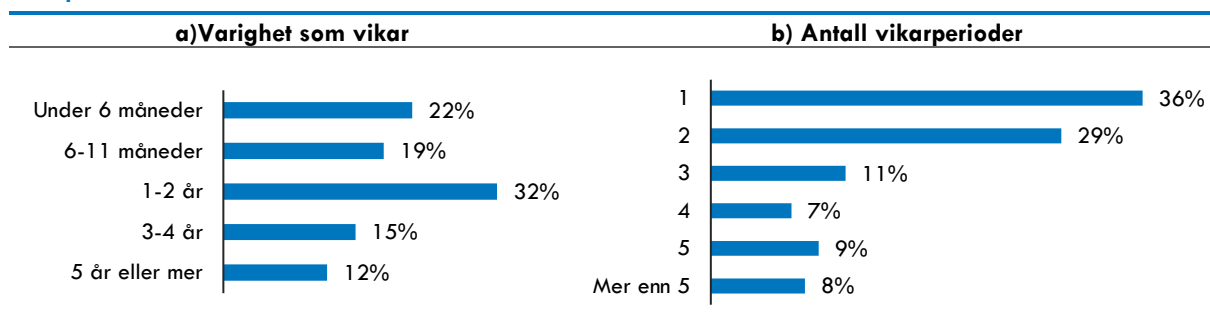
**Figur F-3: Frafallet blant de som var fastleger ved utgangen av 2001. Deskriptiv karriereoverlevelseskurve: fastlegepopulasjonen per desember 2001 (N=3642)**



Kilde: FLO

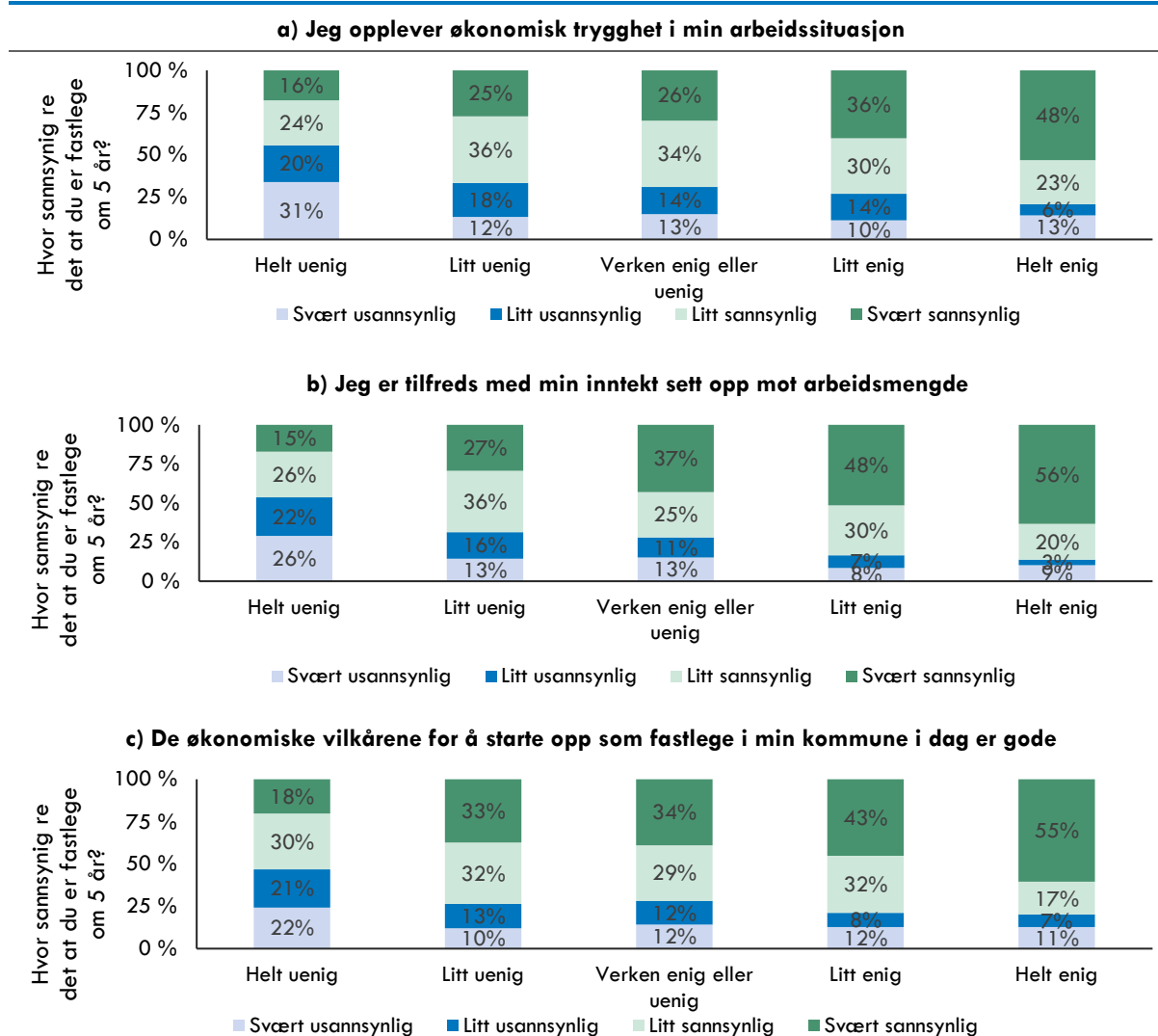
De fleste legene som jobber som fastlegevikar i utvalget i spørreundersøkelsen, har jobbet under to år som fastlegevikar (73 prosent) og har hatt totalt en eller to vikarperioder (65 prosent).

**Figur F-4: Hvor lenge vikarene har jobbet som vikar (både nåværende og tidligere perioder) og antall vikarperioder**



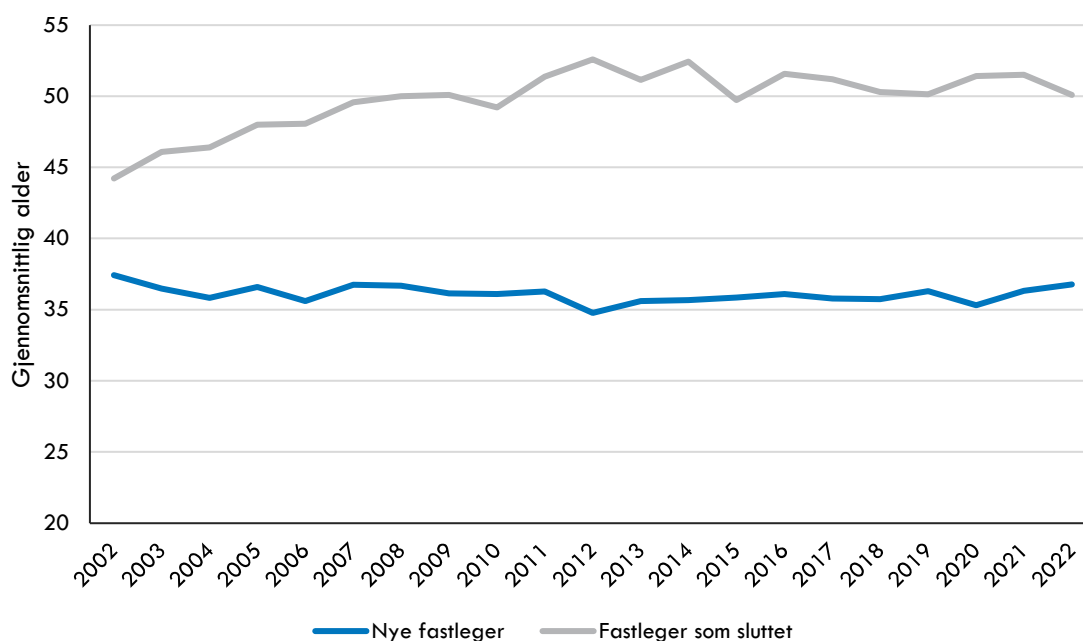
Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer november 2022. N(a) = 91, N(b) = 89

**Figur F-5: Hvor sannsynlig fastlegene mener det er at de fortsatt er fastlege i fem år, etter hvor enig de er i utsagn om dagens økonomiske rammebetingelser**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer desember 2022, utført av Oslo Economics og Universitet i Oslo. N=1 292-1299

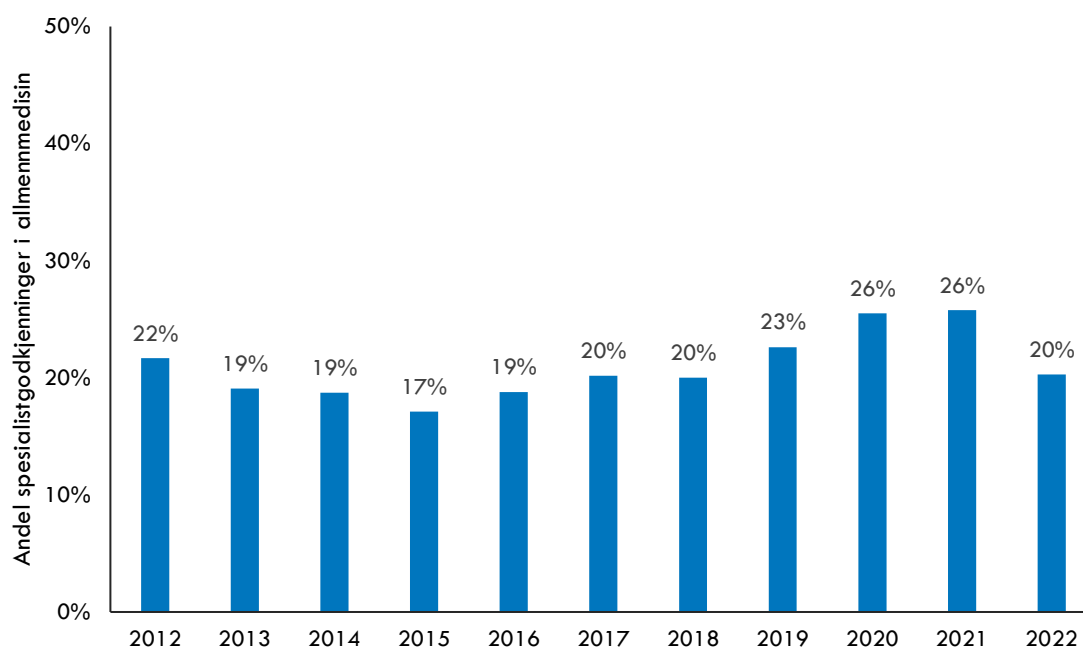
Figur F-6: Gjennomsnittlig alder på fastleger som begynner og fastleger som slutter, 2002-2022



Kilde: FLO.

## F.2 Supplerende analyser til kapittel 6

Figur F-7 Spesialistgodkjenninger i allmennmedisin som andel av spesialistgodkjenninger i alle spesialiteter



Kilde: Helsedirektoratet

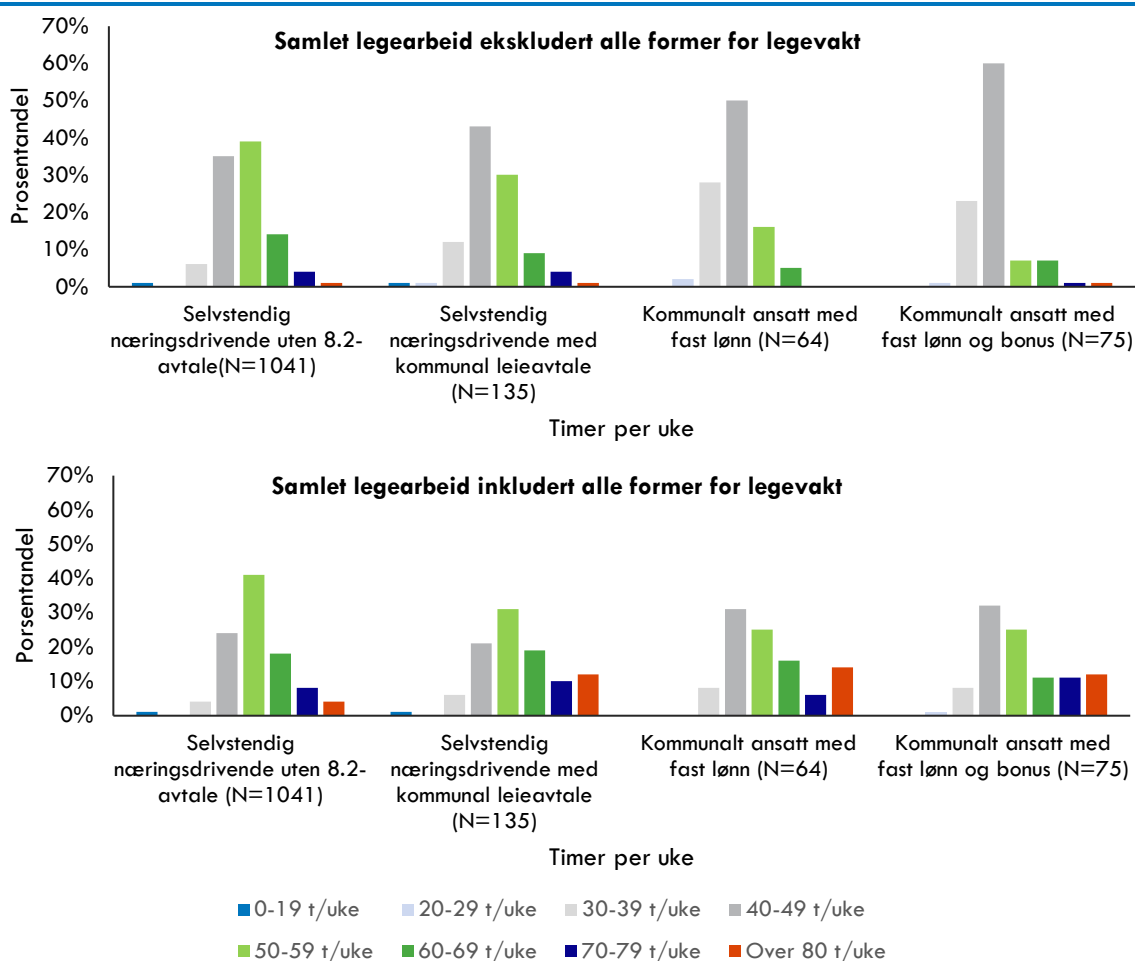
## F.3 Supplerende analyser til kapittel 8

### Oppgitt arbeidstid etter driftsform

Fastlegenes rapporterte arbeidstid og påvirkningen av legevaktsarbeid varierer etter driftsform (Figur F-8):

- Når legevakt holdes utenom, rapporterer flertallet av kommunalt ansatte (med eller uten fast lønn) at de jobber opp til 50 timer per uke.
- Andelen kommunalt ansatte fastleger med fastlønn / fastlønn og bonus som jobber under 50 timer i uken, faller fra henholdsvis 80 prosent og 84 prosent til 39 prosent og 41 prosent, når man inkluderer legevaksarbeid i rapportert arbeidstid.
- Det er mindre endring i rapportert timeantall for selvstendig næringsdrivende når man inkluderer legevaksarbeid. Andelen som jobber under 50 timer, faller fra 42 prosent blant de uten 8.2-avtale og 57 prosent blant de med 8.2-avtale til hhv. 29 og 28 prosent.
- Når legevakt inkluderes er det en større andel kommunalt ansatte enn selvstendig næringsdrivende som oppgir å jobbe over 70 timer i uken, mens det motsatte er sant når legevakt holdes utenom.

**Figur F-8: Fordeling av fastleger i spørreundersøkelsen etter antall timer til samlet legearbeid per uke med og uten legevakt, etter hovedkategori driftsform**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer desember 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Respondenter som oppgir at de totalt (samlet legearbeid ekskludert bakvakt og hjemmevakt) jobber 0 timer i gjennomsnitt per uke (N=1), eller jobber over 112 timer i gjennomsnitt per uke (N=5), er tatt ut av utvalget.

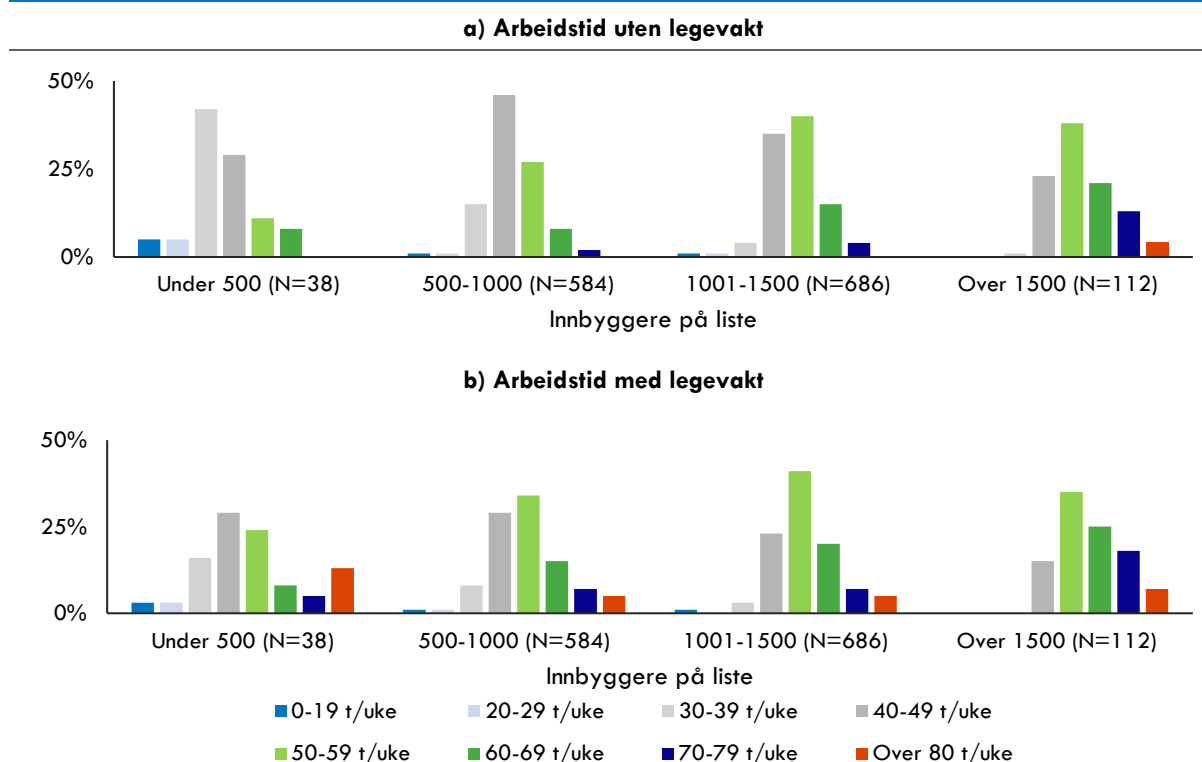
#### Opgitt arbeidstid etter listelengde og kommunestørrelse

Reduksjon i antall innbyggere på liste er for mange fastleger et viktig grep for å redusere arbeidsmengden sin, og i resultatene fra spørreundersøkelsen er det en sammenheng mellom listelengde og arbeidstid. Fastleger med lengre lister oppgir å arbeide flere timer per uke enn fastleger med kortere lister. Dersom man tar utgangspunkt i samlet arbeidstid uten legevakt (samlet arbeid på legekontor og andre allmennmedisinske oppgaver / kommunale administrative oppgaver) jobber 59 prosent av fastleger med 1 001-1 500 pasienter og 76 prosent av fastleger med over 1 500 pasienter over 50 timer i uken (Figur F-9). For fastleger med under 500 pasienter og 500-1 000 pasienter jobber derimot henholdsvis 19 og 37 prosent over 50 timer. Blant de med under 500 innbyggere på liste jobber over halvparten (52 prosent) under 40 timer og mindre i uken. For de med 500 til

1 000 innbyggere er tilsvarende tall 17 prosent, mens blant de med over 1 000 innbyggere jobber under fem prosent 40 timer og mindre.

Dersom legevakt inkluderer, jobber derimot 50 prosent av fastleger med under 1 000 innbyggere på listen over 50 timer i uken. Legevakt utgjør en større del av arbeidsbelastningen blant fastlegene med korte lister, og forskjellen i samlet arbeidstid med og uten legevakt er større jo kortere listelengden er. Dette henger trolig sammen med at legevaktsbelastning per fastlege ofte er større i små distriktskommuner.

**Figur F-9: Oppgitt arbeidstid per uke blant fastleger, a) med legevakt og b) uten legevakt, fordelt etter innbyggere på liste**

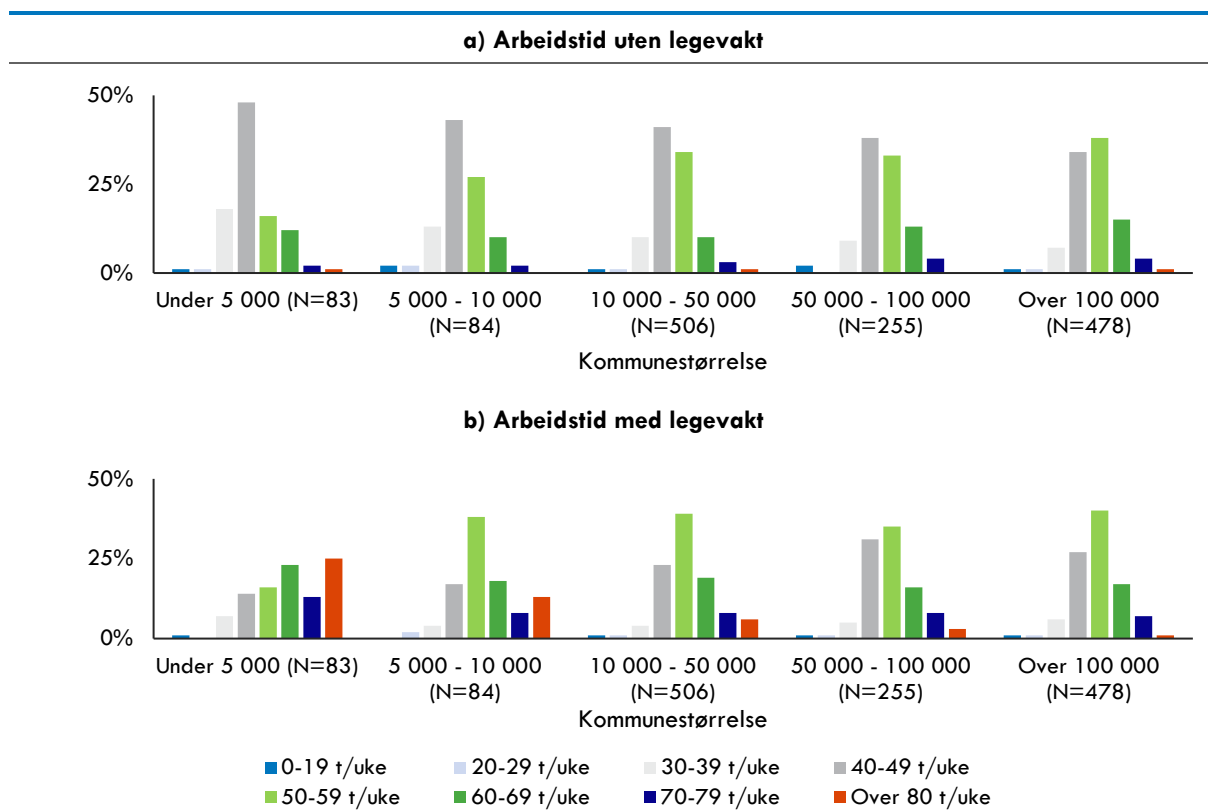


**Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer desember 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Få observasjoner innenfor noen subgrupper gjør at resultatene fra analysen må tolkes med varsomhet**

Rapportert timebruk uten legevakt ser ut til å være noe økende med kommunistørrelse (Figur F-10); andelen som oppgir å jobbe 50 timer eller mer er høyest for fastleger i kommuner med over 100 000 innbyggere (58 prosent) og lavest for fastleger i kommuner med under 5 000 innbyggere (31 prosent). Inkluderer tid brukt på legevakt er det motsatt, og samlet arbeidstid er størst i de minste kommunene. Dette er i tråd med tidligere funn.<sup>37</sup>

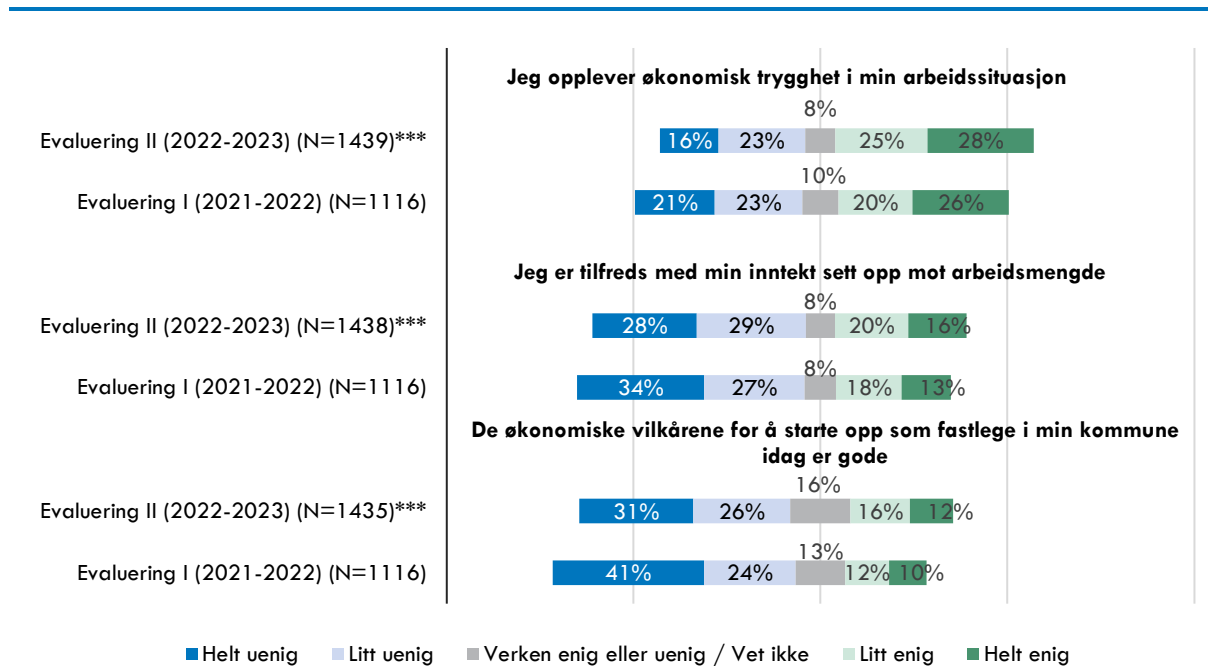
<sup>37</sup> Se for eksempel Ekspertgruppe legevakt (2021), Kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning.

**Figur F-10: Oppgitt arbeidstid per uke blant fastleger, a) med legevakt og b) uten legevakt, fordelt etter kommunistørrelse**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer i desember 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Få observasjoner innenfor noen subgrupper gjør at resultatene fra analysen må tolkes med varsomhet

**Figur F-11: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander utsagn om dagens økonomiske rammebetingelser:**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer i desember 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo

**Tabell F-4: Endring i gjennomsnittlig listelengde fra første kvartal til første kvartal året etter, blant lister som var besatt av samme fastlege på begge tidspunkt**

Listelengde ved starten av perioden	Endring fra 2019 Q1 til 2020 Q1	Endring fra 2020 Q1 til 2021 Q1	Endring fra 2021 Q1 til 2022 Q1
Under 500	-1,3 %	-1,9 %	-1,0 %
500-749	-0,8 %	-1,3 %	-1,0 %
750-999	-0,8 %	-1,2 %	-1,2 %
1 000-1 249	-0,3 %	-1,1 %	-1,0 %
1 250-1 499	+0,1 %	-0,3 %	-0,4 %
1 500-1 999	+2,6 %	+1,6 %	+1,9 %
Over 2 000	+22,1 %	+35,9 %	+20,1 %

Kilde: FLO.

## Vedlegg G Oppsummering av Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten sine anbefalinger

**Tabell G-1: Ekspertutvalgets forslag for å styrke fastlegeordningen, sortert etter hvilket målområde i Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 de kan knyttes til**

<b>Målområde 1: En attraktiv og trygg karrierevei</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• En eventuell overføring av finansieringsansvaret for fastlegeordningen til kommunene, bør utredes nærmere (1)</li><li>• Rammene for hvordan fastlegetjenesten organiseres bør åpne for større grad av handlingsfrihet og tilpasning av tjeneste (2)</li><li>• Kommunen bør kunne inngå avtale med fastlegeselskap (3)</li><li>• Det bør stilles krav til eiere av fastlegeselskap, og til at hver enkelt lege i selskapet fortsatt skal ha oppfølgings- og behandlingsansvaret for en liste med innbyggere (4)</li><li>• Det bør tilrettelegges for at kommunene kan drifte kommunale fastlegekontor etter samme modell som for fastlegeselskap, og hvor listeansvaret formelt ligger til kommunen (5)</li><li>• Fratredende fastleges rett til å selge sin praksis bør reguleres, for å fjerne alle uklarerheter rundt når kommunen kan gi innbyggerne i hjemmelen en annen fastlege (7)</li><li>• Det bør innføres krav til helprivate allmennlegetjenester om rapportering om virksomheten og aktiviteten til nasjonale registre (8)</li><li>• For å tilrettelegge bedre for drøfting og utdyping av henvisninger mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten, mener ekspertutvalget det bør vurderes å endre pasient- og brukerrettighetsloven (10)</li><li>• Utvalgets flertall anbefaler at basistilskuddets andel av finansieringen økes til 50 prosent (11)</li><li>• Det pasienttilpassede basistilskuddet som innføres 1.mai 2023, bør få virke i noen år før man vurderer å gjøre justeringer (13)</li><li>• En videreutvikling av det pasienttilpassede basistilskuddet bør rettes mot indikatorer for sykdom, helsetilstand og sosioøkonomisk status på individnivå (14)</li><li>• Takstsystemet bør gjennomgås, med henblikk på en forenkling og reduksjon av antall takster. Det kan også vurderes om takstene kan benyttes mer aktivt for å stimulere til ønsket aktivitet og prioritering i tjenestene (15)</li><li>• Det bør innføres et midlertidig rekrutteringstilskudd til fastleger i kommuner med særlige rekrutteringsvansker (16)</li><li>• Det bør lovfestes at egenmelding skal benyttes før sykmelding (23)</li><li>• Antall sammenhengende egenmeldingsdager for arbeidstakere bør økes, slik at de tilsvarer arbeidsgiverperioden. Kun arbeidsgiver bør kunne kreve legeattest i denne perioden, og skal da også finansiere denne (24)</li><li>• Det bør forskriftsfestes hvilke attester fastlegene plikter å skrive. Attester som ikke er forskriftsfestet, skal ikke fastlegene bruke tid på (25)</li><li>• Det må være forsikringsbransjens ansvar å sørge for nødvendige undersøkelser og dokumentasjon for tegning av privat helseforsikring (26)</li><li>• Henvisninger for privat helseforsikring bør ikke finansieres, verken direkte eller indirekte, med offentlige midler. Fastlegene bør ikke henvise til undersøkelser betalt av privat helseforsikring (27)</li><li>• Fraværsattester for grunnskolen, videregående opplæring, universiteter og høgskoler skal ikke utstedes av fastlege (28)</li><li>• Det bør etableres rammer for hvor mye legevaksarbeid fastleger kan pålegges (29)</li><li>• Det bør tilrettelegges for økt bruk av andre leger enn fastleger i legevakt, for å bidra til redusert arbeidstid i legevakt for fastleger og økt rekruttering til fastlegeordningen (30)</li><li>• Legevaktsentraler bør sentraliseres. I tillegg bør bemanningen forsterkes med fast tilstedeværende lege, og det bør tilrettelegges for videokonsultasjon (33)</li><li>• Det bør opprettes desentraliserte akuttilbud, med støtte fra forsterkede legevaktsentraler som er bemannet med lege og tilrettelagt for videokonsultasjon (34)</li><li>• Triagerings- og prioriteringsverktøy i legevaktsentral og legevakt bør gjennomgås og evalueres, og ved behov bør det utvikles / videreutvikles og testes et egnet verktøy (35)</li></ul>



- 
- Lege i legevakt bør ikke måtte være alene i aktiv vakt, men ha tilgang til annet personell ved behov (36)
  - Det bør prøves ut drift av legevakt i helseforetakene på natt, der samlokalisering eller nær plassering allerede foreligger (37)
  - Det bør gis statlig tilskudd / finansiering av samarbeidsordninger mellom forvaltningsnivå i den prehospitale kjede, for å fremme bedre ressursutnyttelse lokalt (38)
  - Fastlønn bør benyttes mer for alt legevaksarbeid (39)
  - For å kompensere for smådriftsulemper i legevakt, bør gradert tilskudd inngå i kostnadsnøkkelen for primærhelsetjenester i inntektssystemet for kommunene (40)
  - Finansieringssystemet for legevakt bør gjennomgås for å fjerne hindringer for etablering av interkommunal legevakt (41)
  - Antall koblede LIS1-stillinger som pålegges sykehus og kommuner, må økes (44)
  - Sykehus og kommuner bør i tillegg få mulighet til å lyse ut egne LIS1-stillinger innenfor egne budsjetter. Det kan vurderes å knytte statlige tilskudd også til disse stillingene, særlig for kommuner med lav legedekning (45)
  - I dagens situasjon hvor mange leger i påvente av LIS1 har tilegnet seg betydelig arbeidserfaring, bør det åpnes opp for at arbeidsgiver ved ansettelse egne opprettede LIS1-stillinger, kan gjøre en vurdering av om rekkefølgekravet skal opprettholdes eller ikke (46)
  - Søkere som trekker seg fra kommunedelen av en koblet LIS1-stilling, bør ikke kunne ta en LIS1-stilling i en ny kommune før ved neste ordinære utlysning (47)
  - Sykehus og kommuner bør i fellesskap gis ansvar for å vurdere behovet for og opprettelsen av knyttede LIS1-stillinger til videre spesialiseringssløp i allmennmedisin (48)
  - Kravene knyttet til at veileder må være spesialist i allmennmedisin, og til gjennomføring av institusjonstjeneste, bør mykes opp (49)
  - Kravet til stillingsprosent ved gjennomføring av to års åpen uselektert allmennpraksis bør fjernes (50)
  - Veiledning av medisinstudenter, LIS1 og ALIS bør sidestilles med fastlegens deltakelse i andre allmennlegeoppgaver (52)
  - Det kan legges til rette for økonomisk kompensasjon for faglig oppdatering. Dagens krav om sentral godkjenning av detaljerte etterutdanningsaktiviteter for å kunne opprettholde spesialisttakst kan vurderes avvirket (53)
  - Det bør legges til rette for at kommunene kan ivareta sitt ansvar som utdanningsvirksomhet, på tvers av kommunegrenser (54)

---

### Målområde 2: God kvalitet til alle

- Utvalgets flertall mener at det bør innføres en kvalitetsjustering av basistilskuddet. At fastlegen er spesialist i allmennmedisin, vil være et sentralt element i en kvalitetsjustering (12)
- Gjennomført LIS1 eller tilsvarende bør være tilstrekkelig for å jobbe selvstendig i legevakt. Dette medfører at de særlige kompetansekravene og kravet om bakvakt for disse legene bortfaller (31)
- Det bør tilrettelegges for bruk av videokonsultasjon ved alle legevaktssentraler og legevakter (32)
- Det bør stilles krav til veiledet praksis (LIS1) etter grunnutdanningen, for å praktisere selvstendig som lege i alle daler av helsetjenesten (42)
- Krav om spesialisering i allmennmedisin bør begrenses til fastleger og leger i faste stillinger i kommunen (43)
- Det bør opprettes utdanningsstillinger der ALIS er ansatt og jobber på andre legers liste (51)

---

### Målområde 3: Fremtiden er teambasert

- Avtaleverket knyttet til dagens ordning for gruppepraksis bør gjennomgås, for å tydeliggjøre hvilke elementer i dagens avtale mellom fastlege og kommune som i stedet kan inngå i en gruppepraksisavtale (6)
  - Kveldstakst for e-konsultasjon i fastlegepraksis bør fjernes, og det bør innføres forhåndsbetaling av egenandelen før innsending av tekstlig kommunikasjon (9)
  - Det bør legges til rette for at flere helsepersonellgrupper kan jobbe på fastlegekontoret, og at fastlegetjenesten i større grad deler oppgavene med annet helsepersonell i øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste (17)
  - Takstsystemet bør legge til rette for økt grad av delegering innenfor fastlegekontor (18)
  - Profesjonsnøytrale takster bør innføres og forbeholdes fastlegeselskap og kommunale fastlegekontor med en definert ledelse (19)
  - Det bør utarbeides en nasjonal veileder for oppgavedeling innenfor fastlegetjenesten (20)
-

- 
- Med utvidet mulighet for delegering på fastlegekontoret og innføring av profesjonsnøytrale takster, vil det være nødvendig at det samtidig innføres tiltak for kostnadskontroll (21)
  - Det bør følges med på utviklingen for å kartlegge tilsiktede og utilsiktede virkninger av økt delegering og profesjonsnøytrale takster, for å kunne vurdere justeringen i innretningen på finansieringsordningen (22)
  - Staten bør ha en førende og tydelig rolle i digitalisering av helsetjenester, i kompaniskap med KS / kommunene og private leverandører (55)
  - For at fastlegene lettere skal kunne prioritere sin kapasitet i tråd med pasientens medisinske behov, anbefales innføring av et digitalt triageringsverktøy for alle fastlegekontor (56)
  - Det bør utvikles en statlig nettside, inspirert av den som eksisterer i Nederland, som kan gi helseråd til befolkningen. Det kan vurderes om et slikt lavterskeltilbud bør bygges ut med en døgnåpen allmenmedisinsk tjeneste med chat, telefon- eller videokonsultasjonstjeneste (57)
  - Datagrunnlaget for allmennlegetjenesten bør forbedres, både for å styrke planlegging og beredskap, og for raskere å kunne vurdere situasjoner knyttet til mangler ved fastlegeordningen og iverksette treffende tiltak (58)
  - Staten bør bidra med stabile, tilstrekkelige og uavhengige finansieringskilder for forskning på allmennlegetjenestene og i allmenmedisin (59)
-

oslo**economics**

*[www.osloeconomics.no](http://www.osloeconomics.no)*

E-post og telefon:  
[post@osloeconomics.no](mailto:post@osloeconomics.no)  
+47 21 99 28 00

Besøksadresse:  
Klingenberggata 7  
0161 Oslo

Postadresse:  
Postboks 1562 Vika  
0118 Oslo