



# Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024

*Evalueringsrapport I, 2022*

*Oslo Economics*

*Universitetet i Oslo – Institutt for helse og samfunn*

## 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; Allmenntmedisin, 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 /2022-31*

*© Oslo Economics, 11. mai 2022*

*Kontaktperson:*

*Prosjektleder: Erik Magnus Sæther, Oslo Economics*

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

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

# Innhold

<b>Forord</b>	<b>5</b>
<b>Sammendrag</b>	<b>6</b>
<b>1. Innledning</b>	<b>10</b>
1.1 Sentrale utfordringer og behov i allmennlegetjenesten	10
1.2 Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024	12
1.3 Evalueringsoppdraget	14
1.4 Om evalueringsrapport 1	14
<b>2. Status for tiltakene i handlingsplanen</b>	<b>16</b>
2.1 Målområde 1: En attraktiv og trygg karrierevei	16
2.2 Målområde 2: God kvalitet til alle	19
2.3 Målområde 3: Fremtiden er teambasert	21
<b>3. Utvikling i allmennlegetjenesten</b>	<b>25</b>
3.1 Nasjonale tall	25
3.2 Rekruttering, avgang og stabilitet	30
3.3 Kontinuitet og valgmuligheter for pasienter	36
3.4 Listelengden til den enkelte fastlege	39
<b>4. Betalingsmodeller og økonomiske vilkår</b>	<b>41</b>
4.1 Tre modeller for betaling av allmennleger	41
4.2 Vil flere leger ønske å bli fastlege hvis fastlegeyrket blir bedre betalt?	43
4.3 Vil flere fastleger føre til reduksjon i gjennomsnittlig listelengde?	44
4.4 Tilbud og etterspørsel etter listeansvar	45
4.5 Ulike driftsformer i fastlegeordningen	47
4.6 Utvikling i betaling av næringsdrivende fastleger	49
4.7 Konsekvenser av endret basistilskudd for listelengde	56
4.8 Vurderinger av takstsystemet	61
4.9 Preferanser for og betydning av driftsform	63
4.10 Betydningen av økonomiske vilkår for å sikre rekruttering og stabilitet	68
<b>5. Rapportert arbeidstid, opplevd arbeidsbelastning, arbeidsdeling og samhandling</b>	<b>71</b>
5.1 Fastlegenes rapporterte arbeidstid	71
5.2 Fastlegenes opplevelse av egen arbeidsbelastning	75
5.3 Innsikt i legevaktsarbeid og organisering av legevakt	81
5.4 Arbeidsdeling og samhandling	82
<b>6. Spesialistutdanning i allmennmedisin</b>	<b>85</b>
6.1 LIS1-stillinger	85
6.2 ALIS-avtaler	88
6.3 ALIS-kontor	93

<b>7. Preferanser og erfaringer blant medisinstudenter og LIS1</b>	<b>96</b>
7.1 Unge leger og studenters preferanser for karrierevei	96
7.2 Fastlegejobbens attraktivitet	102
7.3 Preferanser for driftsform som fastlege	103
7.4 Erfaringer fra tiden som LIS1 i kommunehelsetjenesten	105
<b>8. Kvalitetsbegrepet og arbeid med kvalitetsforbedring</b>	<b>107</b>
8.1 Fastlegers vurdering av kvalitetsbegrepet	108
8.2 Fastlegers vurdering av mulighet til å arbeide med kvalitetsforbedring	108
8.3 Fastlegers erfaringer med helsetjenestetilbudet til brukere med omfattende behov	110
<b>9. Teambaserte tjenester</b>	<b>112</b>
9.1 Organisering av fastlegekontorene	112
9.2 Erfaringer med samarbeid fra pilotprosjekt med primærhelseteam	114
9.3 Fastlegers preferanser for samarbeid	115
<b>10. Bruk av digitale verktøy for kommunikasjon og pasientoppfølging</b>	<b>120</b>
10.1 Utvikling i bruk av ulike digitale verktøy	120
10.2 Bruk av e-konsultasjoner	123
<b>11. Oppsummering og samlet vurdering</b>	<b>127</b>
11.1 Implementering av tiltakene i handlingsplanen	127
11.2 Foreløpig vurdering av effekter og måloppnåelse	129
11.3 Avslutning og samlet vurdering	133
<b>12. Referanser</b>	<b>136</b>

## Vedlegg

Vedlegg A: Beskrivelse av metode og datagrunnlag

Vedlegg B: Resultater fra spørreundersøkelse til fastleger og fastlegevikarer

Vedlegg C: Resultater fra spørreundersøkelse til medisinstudenter og LIS1

## 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, Hans David Rognlien, Johannes Bjørnstad Tyrihjøll og Susanne Gerda Værnø 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, LIS1 og medisinstudenter som har tatt seg tid til å svare på spørreundersøkelsene. I tillegg ønsker vi å takke Helsedirektoratet og deltakere i referansegruppen for innspill underveis. Vi ønsker også å rette en takk til organisasjonene som har hjulpet oss med distribusjon av og informasjon om spørreundersøkelsene, herunder Legeforeningen, Yngre legers forening, Norsk medisinstudentforening og ANSA.

Rapporten kan refereres til på følgende måte: Pedersen K, Godager G, Rognlien HD, Tyrihjøll JB, Værnø SG, Iversen T, Holte J, Abelsen B, Pahle A, Augestad L, Sæther EM (2022) Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024: Evalueringsrapport I.

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

Oslo, 29. april 2022

# Sammendrag

*Dette er første evalueringsrapport for følgeevalueringen av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. De samlede funnene i evalueringen, basert på analyser av registerdata, spørreskjemaundersøkelser og intervjuundersøkelser, tyder på at det fortsatt er betydelige rekrutteringsutfordringer og behov for å utvikle fastlegeordningen. Tiltakene i handlingsplanen synes å være relevante, og flere av tiltakene er fortsatt under utvikling. I det videre arbeidet med handlingsplanen og en bærekraftig og fremtidsrettet allmennlegetjeneste, er det behov for å tilrettelegge for bedre arbeidsvilkår for eksisterende fastleger, og få flere leger inn i fastlegeordningen.*

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 utgir både kvartals- og årsrapporter om utviklingen i tjenesten. Helse- direktoratet har videre gitt Oslo Economics og Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn (i samarbeid med tilknyttede fagekspert) 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, generelt og med utgangspunkt i ulike perspektiver og målgrupper. Evalueringen skal også vurdere hvordan Helse- direktoratet følger opp handlingsplanen. Som del av evalueringen vil vi innhente et bredt informasjonsgrunnlag basert på dokumentstudier og litteraturgjennomgang, spørreundersøkelser blant og intervjuer med representanter for ulike målgrupper, samt registerdata. Undersøkelsene vil 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 for handlingsplanen og tilknyttede temaer.

## Kapittel 1: Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten

Dette er første rapport for følgeevalueringen av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. I dette kapitlet beskriver vi bakgrunnen for og innholdet i handlingsplanen, rammene for evalueringoppdraget og innholdet i rapporten. I de videre kapitlene beskriver vi status for tiltakene i handlingsplanen, aktørenes vurderinger, samt utviklingen i allmennlegetjenesten.

## Kapittel 2: Status for tiltakene i handlingsplanen

Handlingsplanen inneholder 17 tiltak, innen tre målområder: Målområde 1 – en attraktiv og trygg karrierevei (ni tiltak), Målområde 2 – God kvalitet til alle (tre tiltak) og Målområde 3 – Fremtiden er teambasert (fem tiltak). Noen av tiltakene er kortsiktige, med mål om å rekruttere nye fastleger og beholde eksisterende fastleger. Andre tiltak er langsiktige, med mål om å utvikle gode allmennlegetjenester til alle innbyggere og legge til rette for mer teambasert arbeid. Per mai 2022, to år etter lanseringen av handlingsplanen, er ni tiltak iverksatt, mens syv er pågående og ett er satt på vent.

Statistikken over lønn, inntekt og arbeidstid i allmennlegetjenesten er mangelfull og det er nødvendig å styrke pågående initiativer for å bedre statistikkgrunnlaget.

## Kapittel 3: Overordnet utvikling i allmennlegetjenesten

Siden 2014 har antall fastleger økt mer enn befolkningsveksten. Likevel har kapasiteten i fastlegeordningen, i form av samlet listetak for landets fastlegelister, 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 medfører at antall listeplasser for første gang er lavere enn folkemengden. Innbyggernes mulighet til å velge fastlege er dermed redusert. Dette skyldes både at netto tilvekst av fastleger var lav, at fastleger som begynner i gjennomsnitt har listeansvar for færre innbyggere enn fastleger som slutter, og at eksisterende fastleger reduserer sitt listetak. I 2021 økte antallet fastleger med 31, en lavere vekst enn de siste årene. Samtidig

øker antall konsultasjoner raskere enn foregående år, og i 2021 ble det gjennomført nærmere 17,7 millioner konsultasjoner fra allmennleger. I spørreundersøkelsen svarte 83 prosent av fastlegene at kommunen i noen eller stor grad har utfordringer knyttet til bemanning i allmennlegetjenesten. Samtidig oppga 21 prosent at de vurderer det som svært usannsynlig at de fortsatt er i yrket om fem år. Tilsvarende andel blant fastleger yngre enn 55 år var 15 prosent.

#### **Kapittel 4: Finansiering og økonomiske vilkår**

Flere av tiltakene i handlingsplanen retter seg mot å styrke økonomiske vilkår for allmennlegetjenesten. Våre undersøkelser tyder på at 72 prosent av fastlegene har ren næringsdrift, mens 12 prosent har næringsdrift med 8.2-avtale. De resterende 16 prosent har fastlønn, hvorav omtrent halvparten har en bonusavtale med kommunen. De fleste fastleger (94 prosent) ønsker seg en form for aktivitetsbasert finansiering, enten næringsdrift eller kommunal ansettelse med fast lønn og bonus.

Flertallet av legene ønsker å redusere sin listelengde og det er tegn til en konvergering mot en listelengde på 1 000 pasienter etter økningen av basistilskuddet og innføringen av knekkpunkt. Blant fastleger som ikke har redusert listen sin, er de vanligste årsakene at det økonomiske tapet blir for stort og at det ikke er andre fastleger til å ta over pasientene. Både fastlegene og representantene fra kommunene vurderer tilstrekkelig basisfinansiering som avgjørende for rekruttering av nye leger og for å beholde eksisterende leger, men vurderer at økningen i basistilskuddet ikke er tilstrekkelig.

Kommunene ser behov for å gi økonomisk trygghet til unge leger, særlig knyttet til næringsdrift. Flere kommuner tar i bruk en rekke ulike tiltak for å rekruttere fastleger, herunder tilleggsfinansiering. Flere kommunerepresentanter gir uttrykk for at kommunale ansettelser av fastleger er kostbart for kommunen, men flere ser seg nødt til å benytte dette som rekrutteringstiltak.

#### **Kapittel 5: Arbeidstid, opplevd arbeidsbelastning og arbeidsdeling**

Tidligere undersøkelser viser at fastleger opplever for stor arbeidsbelastning, og flere av tiltakene i handlingsplanen retter seg mot å lette arbeidshverdagen for legene. I vår spørreundersøkelse oppga 4 av 5 fastleger at de har for stor arbeidsbelastning. Halvparten opplever at belastningen har økt betydelig det siste året. De fleste svarer at det er pasientrelatert administrativt arbeid som har økt betydelig det siste året, og flere opplever at den samlede arbeidsbelastningen per pasient har økt. Resultatene kan være følsomme for koronapandemiens påvirkning.

Fastlegenes anslag på tid brukt på ulike oppgaver per uke er samtidig på nivå eller noe høyere sammenlignet med tidligere undersøkelser. De fleste fastlegene (76 prosent) svarer at redusert arbeidsbelastning i stor grad vil bidra positivt til om de fortsetter i yrket. Redusert arbeidsbelastning virker derfor å være en av de viktigste faktorene for rekruttering og stabilitet, i tillegg til styrket basisfinansiering som mange fastleger er opptatt av. Våre undersøkelser tyder videre på at fastlegene har delte meninger om belastningen ved legevakt. Noen opplever legevakt som viktig for å opprettholde akuttkompetanse, mens andre opplever det belastende. For enkelte fastleger har fritak fra legevakt vært et viktig grep for å redusere arbeidsbelastningen.

#### **Kapittel 6: Spesialistutdanning**

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. Antall tilsatte i LIS1-stillinger har økt fra 924 i 2019 til 1 081 i 2021. Gitt planlagte, nye stillinger med oppstart høsten 2022 og våren 2023 vil Helsedirektoratet nå sitt eget mål om 1 150 LIS1-stillinger per år. Videre har antall tilskudd til ALIS-avtaler økt betydelig, fra 140 avtaler i 2019 til 564 avtaler i 2021. I tillegg kommer ALIS-avtaler gjennom prosjektene ALIS-Vest og ALIS-Nord. ALIS-ordningen oppleves som en god, men byråkratisk ordning. Ordningen krever administrative ressurser som kommunene ikke nødvendigvis er rigget for, særlig de minste kommunene. I 2022 har Helsedirektoratet opprettet en ny nasjonal tilskuddsordning for ALIS-avtaler og veiledning av ALIS, med søknadsfrist 1. oktober 2022.

Ordningen erstatter de tidligere tilskuddsordningene og skal bidra til å dekke kommunenes merkostnader ved inngåelse av ALIS-avtaler. I tillegg har bevilgede midler til ALIS-kontorene økt fra 10 millioner kroner i 2020 til 40 millioner kroner i 2022. Det har vært tidkrevende og utfordrende å etablere kontorene, dels på grunn av vertskommunemodellen, og at flere av kontorene fortsatt er i en utviklingsfase. ALIS-kontorene har aktivt informert om tilskuddsordningene for ALIS-avtaler, oppfordret og bistått kommunene med å søke tilskudd, og på denne måten vært en pådriver for utviklingen.

### **Kapittel 7: Preferanser og erfaringer blant medisinstudenter og LIS1**

Vi har gjennomført en spørreundersøkelse blant medisinstudenter og LIS1 for å få mer kunnskap om fastlegearbeidets attraktivitet og deres preferanser for karrierevei. Flertallet ønsker seg jobb som sykehuslege fremfor jobb som fastlege, både rett etter LIS1 og på lengre sikt (10-15 år). I vurderingen av forhold ved jobb som fastlege og sykehuslege, vurderer mer enn 48 prosent at det for begge disse jobbene verken er passende arbeidsmengde, mulighet til å balansere jobb og fritid/familieliv eller godt samsvar mellom lønn og arbeidsmengde. De vurderer at jobben som sykehuslege i større grad enn fastlegejobben gir gode muligheter for faglig utvikling, sosialt miljø og gode sosiale ordninger og rettigheter, og at jobben som sykehuslege i mindre grad innebærer mye administrativt arbeid. De oppfatter at sykehusjobben i større grad enn fastlegejobben har høy status, både blant andre leger og i samfunnet. Samtidig opplever de i større grad at fastlegejobben gir mulighet til å få jobb der man ønsker å bo.

65 prosent vurderer å jobbe som fastlege, og 3 prosent oppgir at de mest sannsynlig kommer til å jobbe som fastlege. Flesteparten (over 80 prosent) oppgir at forbedret sosiale ordninger og rettigheter, bedre lønnsforhold, lavere investering knyttet til å kjøpe 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 inntrykket deres av fastlegeyrket og ønsket om å bli fastlege. De fleste ønsker å være kommunalt ansatt med fast lønn og bonus dersom de skal jobbe som fastlege; om lag halvparten ønsker seg dette som nyutdannet og om lag en tredjedel ønsker seg dette som ferdig spesialist. Samtidig oppgir 67 prosent at det å få foretrukken driftsform er viktig for om de ønsker å bli fastlege. De som har vært LIS1 ved et legekantor oppgir stort sett at de har hatt positive opplevelser knyttet til perioden, og om lag halvparten er litt eller helt enige i at oppholdet har gjort det mer sannsynlig at de velger å bli fastlege i fremtiden.

### **Kapittel 8: Kvalitetsbegrepet og arbeid med kvalitetsforbedring**

Handlingsplanens tiltak knyttet til kvalitet innebærer både å styrke det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring i allmennlegetjenesten generelt og å bedre kvaliteten for brukere med omfattende behov, men arbeidet med disse tiltakene er fortsatt i startfasen. På spørsmål om hva som definerer god kvalitet i allmennlegetjenesten, trekker fastleger i intervjuundersøkelsen særlig frem kontinuitet i pasient-lege-forholdet, tid til og tilgjengelighet for pasientene, faglig oppdatering, og god kommunikasjon med andre helsetjenester. Likevel oppgir fastlegene, både i spørreundersøkelsen og i intervjuer, at de mangler tid til å arbeide med kontinuerlig kvalitetsforbedring. Fastleger forteller også i intervjuer at de opplever en økende arbeidsmengde knyttet til brukere med omfattende behov, som for eksempel personer med rus- og psykiske lidelser, beboere på sykehjem, og beboere på heldøgns omsorgsbolig, og peker på behovet for å styrke helsetjenestetilbudet til disse pasientgruppene.

### **Kapittel 9: Teambaserte tjenester**

Handlingsplanen trekker frem at teambaserte tjenester vil være viktig for å ruste helsetjenesten for økende kompleksitet i helseutfordringene og økte krav til oppfølging fra helsetjenestene, og at utviklingen av teambaserte tjenester blant annet skal bygge på erfaringer fra pilotprosjekt med primærhelseteam. Evalueringen av pilotprosjekt med primærhelseteam viser blant annet at fastlegene opplever å få mer tid til kvalitetsarbeid og at primærhelseteam påvirker arbeidsmiljøet positivt.



Våre undersøkelser tyder på at graden av teambasert arbeid varierer, mellom både kommuner og mellom legekontor i samme kommune, og at fastlegene har ulik oppfatning av hva en teambasert fastlegetjeneste innebærer. Spørreundersøkelsen til fastleger viser at tilnærmet alle fastlegene er kollega med en helsesekretær, mens om lag en tredjedel er kollega med en sykepleier. Over halvparten kunne tenke seg å jobbe i team på legekontoret med psykolog og/eller sykepleier. Intervjuundersøkelsen tyder på at fastlegene har delte meninger om å skape en mer teambasert fastlegeordning enn i dag. Økt bruk av både gruppepraksis og tverrfaglige team, som er utbredt i andre land og yrkesgrupper, kan bidra til økt faglig fellesskap og å avlaste fastlegene for administrativt arbeid. Våre funn tyder imidlertid på at fastleger i dag ikke ser verdien av denne måten å jobbe på, noe som kan henge sammen med manglende kunnskap om mulige innretninger av gruppepraksiser.

### **Kapittel 10: Bruk av digitale verktøy for kommunikasjon og pasientoppfølging**

Digitalisering muliggjør nye måter å jobbe på, og kan bidra til bedret kvalitet og pasientsikkerhet. Handlingsplanen inkluderer tiltak som innebærer å legge til rette for bruk av nye arbeidsverktøy og øke bruken av e-konsultasjoner der dette er en hensiktsmessig konsultasjonsform. Bruken av digitale verktøy som kjernejournal, elektronisk meldingsutveksling, hels norge.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 har andelen økt videre til 22 prosent. Det er delte meninger blant fastlegene om bruken av e-konsultasjon. Noen opplever det som avlastende, effektivt og hensiktsmessig for visse typer konsultasjoner. Andre opplever at det er tidkrevende, en uhensiktsmessig kommunikasjonsform, og at det øker pasientenes tilgjengelighet til fastlegen på bekostning av fastlegenes arbeidsbelastning. For tiden pågår det et pilotprosjekt for å prøve ut et triageringsverktøy for e-konsultasjon som har som formål å heve kvaliteten og sikre målrettet bruk av disse konsultasjonene.

### **Kapittel 11: Oppsummering og samlet vurdering**

De samlede funnene i evalueringen, basert på analyser av registerdata, spørreskjemaundersøkelser og intervjuundersøkelser, tyder på at det fortsatt er betydelige rekrutteringsutfordringer og behov for å utvikle fastlegeordningen. Tiltakene i handlingsplanen synes å være relevante, og flere av tiltakene er fortsatt under utvikling. I det videre arbeidet med handlingsplanen og en bærekraftig og fremtidsrettet allmennlegetjeneste, er det behov for å tilrettelegge for bedre arbeidsvilkår for eksisterende fastleger, og få flere leger inn i fastlegeordningen.

# 1. Innledning

*Dette er første evalueringsrapport for følgeevalueringen av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. I dette kapitlet beskriver vi bakgrunnen for og innholdet i handlingsplanen, rammene for evalueringsoppdraget og oppbyggingen av evalueringsrapporten.*

## 1.1 Sentrale utfordringer og behov i allmennlegetjenesten

Allmennlegetjenesten er bygget på idealene om en kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende tjeneste, ofte omtalt som KOPF-idealet (Sosial- og helsedepartementet, 1997). Innføringen av fastlegeordningen i 2001 skulle understøtte dette idealet og blant annet sikre bedre kontinuitet i lege-pasient-forholdet (Sosial- og helsedepartementet, 1999).

Fastlegeordningen skulle også sikre at «alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til».<sup>1</sup> Bakgrunnen for fastlegeordningen var blant annet behovet for en helhetsforståelse for pasienten i en helsetjeneste med økende medisinsk spesialisering, samtidig som allmennlegetjenesten over tid hadde utviklet seg til et uoversiktlig system hvor flere innbyggere var usikre på hvem de egentlig skulle gå til (Sosial- og helsedepartementet, 1997).

I henhold til helse- og omsorgstjenesteloven, skal kommunene sørge for nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle som bor, eller oppholder seg i, kommunen. Fastlegeordningen inngår som en del av dette sørge-for-ansvaret. Det inngås individuelle fastlegeavtaler mellom kommunen og den enkelte fastlege, og hver fastlege får ansvar for sin egen liste med navngitte innbyggere. Alle innbyggere har rett til selv å velge en fastlege. I tillegg til ansvaret for å dekke alle allmennlegeoppgaver for pasientene på sin liste, har fastlegene plikt til å delta i legevakt som en del av kommunens øyeblikkelig hjelp-ordning. Fastlegen kan også pålegges å delta i andre allmennlegeoppgaver i kommunen på sykehjem, helsestasjon og skolehelsetjeneste.<sup>2</sup>

1. mars 2017 og 1. mars 2019 trådte endringer i spesialistforskriften i kraft. Endringene innførte krav om å være spesialist i allmennmedisin eller under spesialisering for å være allmennlege. Omleggingen av spesialistutdanningen som følge av forskriftsendringen har gitt kommunen en ny rolle, ved at den tilskriver kommunen ansvar for å legge til rette for at fastleger og andre leger i kommunale kliniske stillinger under spesialisering i allmennmedisin, kan oppnå læringsmålene og gjennomføre utdanningsløpet.

Fastlegeordningen har vært en vellykket ordning som har fått gode tilbakemeldinger i innbyggerundersøkelser. Ordningen har over flere år vært en av de mest populære samfunnstjenestene i Norge (Difi, 2017). I 2019 ble det gjennomført en evaluering av fastlegeordningen, samt en undersøkelse av pasienterfaringer med fastlegen. Disse undersøkelsene viste blant annet at legedekningen er god og at befolkningen generelt er fornøyd med fastlegeordningen (EY og Vista Analyse, 2019; FHI, 2019). Blant annet svarte 85 prosent at de i stor eller svært stor grad er fornøyd med fastlegen sin. Studier har også vist at kontinuiteten fastlegen gir i lege-pasient-forholdet er en viktig faktor i bedret folkehelse og reduserte utgifter i spesialisthelsetjenesten (Hansen, et al., 2013; Sandvik, et al., 2022). Den ferske norske, register-baserte studien av Sandvik og kollegaer tyder på at pasienter som har hatt den samme fastlegen i mer enn 15 år, har 25 prosent lavere risiko for å dø og 28 lavere sannsynlighet for å bli innlagt på sykehus enn pasienter som bare har hatt samme fastlege i ett år eller mindre.

Samtidig viste både evalueringen av fastlegeordningen og Folkehelseinstituttets pasientundersøkelse at fastlegeordningen har flere utfordringer (EY og Vista Analyse, 2019; FHI, 2019). Arbeidsbelastningen for fastlegene er stor, og oppunder 20 prosent av legene opplever

<sup>1</sup> Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 1.

<sup>2</sup> Forskrift om fastlegeordning i kommunene § 12 og § 13.

arbeidsbelastningen som u håndterbar. En tidsbruksundersøkelse blant fastleger fra 2018 viste at fastleger i gjennomsnitt jobber over 55 timer i uken (selvrapportert arbeidstid), og at samlet arbeidstid har økt samtidig som gjennomsnittlig listelengde har gått ned (Rebnord, et al., 2018). Evalueringen av fastlegeordningen (EY og Vista Analyse, 2019) fant videre at fastlegene var middels fornøyde med inntekt i seg selv, men misfornøyd med inntekten sett opp mot arbeidsmengden. Evalueringen pekte også på rekrutteringsutfordringer, og i tilhørende spørreundersøkelse til administrative ledere i kommuner svarte 18 prosent at det tok mer enn seks måneder å besette den sist utlyste fastlegehjemmelen. Videre viste pasientundersøkelsen at selv om befolkningen overordnet er fornøyde med fastlegeordningen, er flere misfornøyd med tilgjengeligheten og at ventetiden for å få time er for lang (FHI, 2019). Respondentene var mindre fornøyde jo dårligere helsetilstand de hadde, noe som kan tyde på et behov for å bedre tilgjengeligheten for de som trenger fastlegeordningen mest.

### **Flere pasienter med store og sammensatte behov behandles i primærhelsetjenesten**

Primærhelsetjenestens oppgaver og ansvar har endret seg i løpet av de siste ti årene. Dette skyldes delvis oppgaveoverføringer, ved at flere oppgaver som tidligere ble utført i spesialisthelsetjenesten nå håndteres i primærhelsetjenesten. Samhandlingsreformen, som trådte i kraft i 2012, åpnet blant annet opp for at en økende andel syke pasienter raskere ble utskrevet fra sykehus for å følges opp i primærhelsetjenesten. En økende andel eldre i befolkningen kan også ha ført til at flere har sammensatte helseutfordringer og mange lever lengre med sykdom.

I evalueringen av fastlegeordningen (EY og Vista Analyse, 2019) rapporterte mange fastleger at tilbudet innen rus og psykiatri ikke er godt nok, noe som blant annet kan skyldes at kommunenes behandlingstilbud innen dette området ikke har blitt styrket i takt med nedbyggingen av døgnplasser i spesialisthelsetjenesten. At det er utfordringer knyttet til å sikre et godt tilbud til personer med kroniske lidelser, sammensatte behov eller problemer knyttet til rus og psykiatri, gjenspeiles også i at pasientene med de største behovene er de som er minst fornøyde med fastlegjetjenesten (FHI, 2019). En generell utfordring er samtidig at det mangler kunnskap om kvaliteten på tjenestene til pasienter med sammensatte behov og andre sårbare grupper.

Utfordringer knyttet til behandling av pasienter med store og sammensatte behov, henger også sammen med at tjenestene er fragmenterte og at det har vært lite koordinert samhandling, både mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og internt i primærhelsetjenesten Helse- og omsorgsdepartementet, 2016). Tilstedeværelsen av annet helsepersonell på fastlegekontorene er lav sammenlignet med andre land, og finansieringssystemet for fastlegjetjenesten er i liten grad tilrettelagt for samhandling.

### **Krevende å rekruttere og beholde fastlegene**

Fastleger utfører den klart største delen av legenes arbeidsinnsats i kommunale helse- og omsorgstjenester. Evalueringen av fastlegeordningen viste at flere kommuner opplever at rekruttering av fastleger har blitt vanskeligere (EY og Vista Analyse, 2019). I evalueringen oppga kun ni prosent av medisinstudenter og LIS1-leger at de mest sannsynlig kommer til å jobbe som fastlege. Tidligere undersøkelser har dessuten vist at økningen i nye fastlegepraksiser øker mer enn befolkningen, slik at gjennomsnittlig listelengde fortsetter slakt nedover (Helsedirektoratet, 2021). Samtidig har antall lister uten fast lege økt, noe som betyr økt vikarbruk og svekket kontinuitet.

Videre viser evalueringen av fastlegeordningen at det ifølge legene selv ikke er arbeidsoppgavene, men lønn sammenlignet med andre spesialiteter og rammebetingelsene, som gjør rekruttering vanskelig. Høy arbeidsbelastning, mye administrativt arbeid og mangel på gode sosiale ordninger og rettigheter er blant årsakene til at få medisinstudenter og LIS1 ønsker å jobbe som fastlege. I tillegg kan det å starte opp som næringsdrivende fastlege være krevende knyttet til drift- og personalansvar, og innebære økonomisk risiko. Flere opplever for eksempel at det er vanskelig å få til fravær fra praksis ved egen sykdom eller barns sykdom. På samme måte gjør den økonomiske risikoen at kompetanseheving bli mer utfordrende for den enkelte lege ettersom dette går utover inntjeningen, for eksempel ved deltakelse på kurs. Å jobbe som fastlege

innebærer også begrensede faglige nettverk. Fastleger jobber mer alene enn for eksempel sykehusleger.

### Flere tiltak er iverksatt for å møte utfordringene

Mange av fastlegeordningens utfordringer er ikke nye, og behovet for tiltak har vært diskutert i mange år. De siste årene har det blitt innført flere tiltak for å imøtekomme utfordringene. Trepertssamarbeidet er reetablert, og KS, Legeforeningen og Helse- og omsorgsdepartementet, samt eventuelle enkeltkommuner, møtes jevnlig for å diskutere utfordringer og tiltak.

I 2017 ble pilotprosjektet ALIS-Vest igangsatt med støtte av Helsedirektoratet. Formålet med prosjektet er å sette deltakende kommuner i stand til å tilby leger godt strukturerte fastlønnede utdanningsstillinger for spesialisering i allmenntilleggsmedisin, samt sikre rekruttering og stabilisering av leger til fastlegearbeid og andre allmenntilleggsmedisinske oppgaver i kommunene. Dette innebærer ulike ALIS-avtaler for femårige stillinger, kommunal ansettelse, og etablering av et fellesskap og en kollektiv informasjonsutveksling og læringsprosess. Fra 2020 har nye kommuner i ALIS-Vest (i Rogaland og Møre og Romsdal) fått anledning til å velge mellom kommunal ansettelse og næringsdrift for ALIS-ene, noe som også gjelder kommuner som deltar i ALIS-Nord (fra 2019) (Gaski, et al., 2021; Holte, 2020). Helsedirektoratet har også etablert regionale ALIS-kontor, som skal bistå og gi råd til kommunene i arbeidet med å ivareta det ansvaret kommunene nå har for legenes spesialistutdanning.

For å redusere belastningen ved legevaksarbeid er det igangsatt prosjekt med utprøving av ny modell for organisering av det akuttmedisinske tilbudet i kommunene. Det er også innført forskriftsendringer som gjør det enklere å benytte legevikarer i legevakt.

Helsedirektoratet har de siste par årene iverksatt flere utprøvningsprosjekter i primærhelsetjenesten i utvalgte kommuner, der nye arbeidsmåter prøves ut for blant annet å legge til rette for økt samhandling og bedre oppfølging av personer med særlige behov. I forsøket med primærhelseteam arbeider fastlege, sykepleier og helsesekretær sammen i team for å følge opp dårlige etterspørre og pasienter med store og sammensatte behov. Formålet er bedre psykisk og fysisk helse, redusert behov for omfattende helsetjenester, og bedre samlet ressursbruk i helsetjenesten. Videre har utprøving av digital hjemmeoppfølging (tidligere omtalt som medisinsk avstandsoppfølging) vært gjennomført i seks kommuner. Utprøvingen var en del av et nasjonalt prosjekt hvor brukere med store og sammensatte behov, for eksempel personer med diabetes og KOLS, mottar medisinsk-teknologisk utstyr som kan registrere fysiologiske målinger og følges opp av sykepleier. Formålet med digital hjemmeoppfølging er blant annet at pasientene skal oppnå en mer stabil helsetilstand og mestre sykdommen sin bedre, for på den måten å redusere behovet for mer spesialiserte og kostnadskrevenne helsetjenester. Sluttevalueringen av utprøvingen viste blant annet at digital hjemmeoppfølging bidrar til økt trygghet og mestring av egen sykdom blant brukerne (Abelsen, et al., 2022). Det pågår også utprøving av strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam, bestående av fagpersoner den enkelte bruker/pasient til enhver tid har behov for tjenester fra. Formålet med oppfølgingsteam er koordinering, og å yte tilrettelagte og tverrfaglige tjenester ut ifra brukerens/pasientens individuelle behov. Målet er blant annet å forebygge og/eller utsette behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester, samt å redusere antall sykehusinnleggelses som kunne vært unngått.

## 1.2 Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024

For å imøtekomme utfordringene allmennlegetjenesten står overfor og følge opp resultatene fra evalueringen av fastlegeordningen, la regjeringen i mai 2020 fram Handlingsplan for allmennlegetjenesten for perioden 2020-2024. Handlingsplanen er en forpliktende opptrappingsplan, som skal bidra til å realisere de overordnede politiske målene for helse- og omsorgstjenesten, som beskrevet blant annet 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. Handlingsplanen har tre overordnede målområder:

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

For å nå målene, inneholder handlingsplanen 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 (Figur 1-1).

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

Målområde	Tiltak	Effektmål
<p><b>Målområde 1:</b> En attraktiv og trygg karrierevei</p> <p><i>Tiltakene skal sammen bidra til at allmennlegeyrket betraktes som en trygg og attraktiv karrierevei</i></p>	<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>
<p><b>Målområde 2:</b> God kvalitet til alle</p> <p><i>Tiltakene skal bidra til at allmennlegetjenesten leverer helsetjenester av god kvalitet til alle</i></p>	<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>
<p><b>Målområde 3:</b> Fremtiden er teambasert</p> <p><i>Tiltakene skal bidra til at allmennlegetjenesten blir mer teambasert</i></p>	<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.

Enkelte av tiltakene i handlingsplanen er kortsiktige, med hovedformål om 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 kvartals- og

årsrapporter som beskriver utviklingen i allmennlegetjenesten som en del av oppfølgingen av handlingsplanen.

## 1.3 Evalueringsoppdraget

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

- Måloppnåelse, 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 og litteraturgjennomgang, spørreundersøkelser blant og intervjuer med representanter for ulike målgrupper, samt registerdata. Undersøkelsene vil 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 for handlingsplanen og tilknyttede temaer. Evalueringsarbeidet vil dokumenteres i årlige rapporter i perioden 2022-2025. Dette er den første av de fire evalueringsrapportene.

## 1.4 Om evalueringsrapport 1

### 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 betalingsmodeller og økonomiske vilkår for fastlegetjenesten. **Kapittel 5** handler om fastlegenes rapporterte arbeidstid og opplevde arbeidsbelastning, samt arbeidsdeling og samhandling med øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten. I **kapittel 6** belyser vi utviklingen i spesialistutdanningen i allmennmedisin, herunder LIS1-stillinger, ALIS-avtaler og ALIS-kontor. I **kapittel 7** presenterer vi medisinstudenters og LIS1 sine preferanse for karrierevei og vurderinger av fastlegeyrkets attraktivitet. I **kapittel 8** presenterer vi fastlegenes vurderinger av kvalitetsbegrepet, mulighet for å arbeide med kvalitetsforbedring, samt deres erfaringer med helsetjenestetilbudet til brukere med omfattende behov. I **kapittel 9** drøfter vi utviklingen i teambaserte tjenester, der vi først beskriver organisering av fastlegekontorene før vi belyser fastlegers preferanser for samarbeid med utgangspunkt i intervju- og spørreundersøkelse. **Kapittel 10** handler om bruk av digitale verktøy for kommunikasjon og pasientoppfølging, med særlig vekt på bruken av e-konsultasjoner. I **kapittel 11** 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 prosjekt, 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. I Tabell 1-1 gir vi en oversikt over datakildene i evalueringsrapport I. En nærmere beskrivelse er inkludert i Vedlegg A.

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

<b>Datakilde</b>	<b>Kortfattet beskrivelse</b>
KUHR	Kontaktdata og tjenester levert fra fastlege og PHT-sykepleier registrert ved takster
FLO	Kjennetegn ved fastleger og vikarer: Kjønn, alder, spesialitet, fastlønnnet/privat praksis, praksiskommune, gruppepraksis og maksimal listelengde.
SSB	Folkemengde i kommunene
Spørreundersøkelse blant fastleger og fastlegevikarer	Gjennomført i januar 2022. 1 120 fastleger svarte på undersøkelsen, tilsvarende 22,5 prosent av landets fastleger.
Spørreundersøkelse blant LIS1 og medisinstudenter	Gjennomført i mars 2022. Totalt samtykket 1 346 LIS1 og medisinstudenter til å delta i spørreundersøkelsen, hvorav 83 prosent av respondentene er medisinstudenter og 17 prosent er LIS1.
Intervjuer med ulike aktører	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fastleger (N=18)</li> <li>• Kommuneoverleger, etatsdirektører og kommunalsjefer eller tilsvarende (N=18)</li> <li>• Seksjons- og virksomhetsledere i kommunene (N=9)</li> <li>• Representanter fra spesialisthelsetjenesten (N=8)</li> </ul> <p>I tillegg har vi snakket med representanter fra Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmenntmedisin, KS 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 Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus, Folkehelseinstituttet, Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM), Nasjonalt senter for e-helseforskning, Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmenntmedisin, 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 og mer teambasert arbeid. I dette kapitlet gir vi en beskrivelse av hvert tiltak i handlingsplanen, og status for tiltaket per mai 2022.*

*Statistikken over lønn, inntekt og arbeidstid i allmennlegetjenesten er mangelfull og det er nødvendig å styrke pågående initiativer for å bedre statistikkgrunnlaget.*

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

Det første målområdet i Handlingsplan for allmennlegetjenesten handler om at fastlegeyrket skal oppleves som en attraktiv og trygg karrierevei. De siste årene har flere fastleger sluttet i jobben sin, og den årlige turnoverandelen har vært høyere i distriktene (Abelsen, et al., 2015; Nasjonal senter for distriktsmedisin, 2018). Handlingsplanens målområde 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 forsøke å bøte på noen av hovedårsakene til at nyutdannede leger ikke ønsker å gå inn i fastlegeordningen. Dette inkluderer styrking av finansieringsordningen for fastlegepraksis, å redusere arbeidsbelastningen, og sikre at fastlegenes tid og kompetanse utnyttes best mulig. 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.** Dette inkluderer styrket basistilskudd, og innføring av knekkpunkt i basistilskuddet, samt innføring av tidsbegrenset grunntilskudd (inntil to år).

Fastleger opplever høy arbeidsbelastning, og ifølge handlingsplanen mener mange fastleger at de må ha lange lister av økonomiske hensyn. Fra 1. mai 2020 ble derfor basistilskuddet per listeinnbygger styrket fra 499 kroner til 577 kroner, for de første 1 000 pasientene på listen. Fra 1.1.2022 utgjør basistilskuddet 653 kroner per listeinnbygger.

I tillegg ble det innført et knekkpunkt i basistilskuddet, der basistilskuddet i 2022 utgjør 526 kroner per listeinnbygger fra listeinnbygger 1 001 til 2 500 på liste. Innføringen av knekkpunktet er ment å legge til rette for at fastleger kan redusere listelengden uten et like stort tap i basistilskudd, og gjøre det mer attraktivt for yngre leger å gå inn i fastlegeordningen.

Ved å gå inn i fastlegevirksomhet påløper det driftskostnader fra dag én, mens inntekter kan la vente på seg ved at det tar tid å bygge opp et tilstrekkelig pasientgrunnlag. Dette utgjør et etableringshinder, ifølge handlingsplanen. Med handlingsplanen ble det derfor også innført et tidsbegrenset grunntilskudd. Dette tilsvarer basistilskuddet ved 500 innbyggere på listen. Fastleger med under 500 pasienter på liste og et listetak på 500 pasienter eller høyere, har krav på grunntilskuddet i inntil to år fra de inngår fastlegeavtale. Tidsbegrenset grunntilskudd er ment å bidra til økt rekruttering gjennom å senke terskelen for å gå inn i en fastlegevirksomhet.

**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. Ifølge handlingsplanen er det viktig at takstsystemet understøtter god faglig praksis, er faglig oppdatert, enkelt og forståelig, og at det i



størst mulig grad er sted- og teknologinøytralt. Helsedirektoratet utredet tre alternativer for takstendringer som et forarbeid til handlingsplan for allmennlegetjenesten (levert januar 2020). Høsten 2020 fikk Helsedirektoratet et nytt oppdrag om gjennomgang av takster i fastlegeordningen, og leverte denne i februar 2021 (Helsedirektoratet, 2021). I 2021 har Helse- og omsorgsdepartementet sammen med KS og Legeforeningen påbegynt arbeidet med å gjennomgå takstsystemet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). I mars 2021 leverte Helsedirektoratet forslag til ytterligere forenklinger i regelverket, herunder forslag om å sammenslå eller flytte prosedyretakster, fjerne lite brukte takster, ny gruppering av laboratorietakstene og sammenslåing av radiologitakstene. Enkelte av forenklingene har hatt virkning fra 1. juli 2021 i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, mens andre forenklingsforslag er enda ikke iverksatt.

**Tiltak 3 innebærer å øke antallet avtaler for allmennleger i spesialisering (ALIS-avtaler) i kommuner med rekrutteringsutfordringer.** ALIS-avtaler er avtaler mellom kommuner og leger i spesialisering i allmenntilleggsmedisin om særskilte tiltak som bidrar til økt trygghet under spesialistutdanningen, gjennom bedre tilrettelegging og oppfølging i spesialiseringsløpet (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. En ALIS kan være ansatt i kommunen eller drive privat næringsdrift. Kommuner kan søke tilskudd fra Helsedirektoratet til ALIS-avtaler for fastleger og fastlegevikarer ansatt i kommunen eller i næringsdrift utover et års varighet. Antall tilskudd til ALIS-avtaler har økt betydelig fra 2019 til 2021 (Helsedirektoratet, 2021; Helsedirektoratet, 2022).

Fra 2022 foreslår regjeringen å innføre en nasjonal ALIS-avtaleordning, der alle avtaler inneholder et sett med standardelementer og kommuner med størst rekrutteringsutfordringer kan tilby tilleggselementer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). I 2022 har Helsedirektoratet opprettet en ny nasjonal tilskuddsordning for ALIS-avtaler og veiledning av ALIS, med søknadsfrist 1. oktober 2022. Total tilskuddsramme er 224,6 millioner kroner. Tilskuddsordningen skal bidra til å dekke kommunenes merkostnader ved inngåelse av ALIS-avtale. Ordningen dekker også kommunenes utgifter til forskriftsfestet veiledning til leger som er under spesialisering i allmenntilleggsmedisin, og som ikke velger å inngå en ALIS-avtale.<sup>3</sup> Den nye tilskuddsordningen vil erstatte de tidligere tilskuddsordningene. Det er ifølge Helsedirektoratet gjort en rekke forenklinger for å lette søknadsprosessen. Kommunenes egenandel er også fjernet.

**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 5 ALIS-kontor, i Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Hamar. Kontorene skal gi råd til kommunene i sine regioner om rekrutteringstiltak som kan inngå i ALIS-avtaler, bistå med maler for ALIS-avtaler, innhente og formidle erfaringer med de ulike tiltakene, og bistå for øvrig i spesialistutdanningen i allmenntilleggsmedisin. Målet er gode og enhetlige utdanningsløp. Alle kommuner med ALIS-kandidater skal kunne tilby forutsigbare utdanningsløp med veiledning, supervisjon og læringsaktiviteter. Bevilgede midler til ALIS-kontorer har økt fra 10 millioner kroner i 2020 til 40 millioner kroner i 2022 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Helse- og omsorgsdepartementet, 2021).

I forbindelse med nasjonal ALIS-ordning foreslås det at ALIS-kontorene tillegges nye oppgaver, for eksempel økt bistand ved inngåelse av ALIS-avtale, organisering av nettverkssamlinger, organisering og gjennomføring av veilederkurs og bistand til overgang fra gammel til ny ordning for spesialistutdanning i allmenntilleggsmedisin (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021).

<sup>3</sup> Informasjonen er hentet fra Helsedirektoratets nettsider 18.03.2022: <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/nasjonal-alis-og-veiledning>

**Tiltak 5 handler om å tilrettelegge for en bedre arbeidsdeling og samhandling med spesialisthelsetjenesten.** Tiltaket med å legge til rette for en bedre arbeidsdeling og samhandling med spesialisthelsetjenesten inneholder flere deler:

- Samhandlingstakst ble innført fra andre halvår 2019. Taksten skal 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 bruker fastlegene til administrativt arbeid som naturlig 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, 2021).
- Ved utgangen av 2021 var de fleste av de 19 planlagte helsefelleskapene formelt etablert. Ifølge Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan for 2021 (Helsedirektoratet, 2021) var formell etablering av Helsefelleskap Helse Bergen planlagt til januar 2022, og for Helsefelleskap Finnmark ble første partnerskapsmøte planlagt avholdt i januar/februar 2022. I noen områder har arbeidet kommet kort, og noen helsefelleskap har ennå ikke avholdt partnerskapsmøte (Helsedirektoratet, 2021). Helsefelleskap skal legge til rette for bedre samhandling og skape partnerskap på tvers av nivåene. Helsefelleskap inkluderer representanter fra sykehus, kommuner, fastleger, pasienter og brukere, som skal planlegge og utvikle tjenester sammen og finne gode lokale løsninger. Det er flere eksempler på omfattende og godt samarbeid mellom kommuner og helseforetak, men samtidig stor variasjon mellom regionene, og arbeidet har kommet kort i flere områder.
- En del av tiltaket 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.** Tiltaket handler om å redusere arbeidsmengden til legene gjennom å forenkle administrative prosesser, finne gode måter å samarbeide på og dele oppgavene med andre når det er hensiktsmessig:

- Arbeids- og velferdsdirektoratet har i samråd med Helsedirektoratet utarbeidet en rapport med gjennomgang av attester og erklæringer som fastleger utsteder for Arbeids- og velferdsdirektoratet (Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, 2021). Formålet er å forenkle eller ta bort oppgaver, og forenkle legenes arbeid innenfor sykmeldingsfeltet.
- Regjeringen vil regulere i en egen bestemmelse i fastlegeforskriften hvilke attester og erklæringer fastlegene skal være forpliktet til å utstede. Øvrige attester og erklæringer skal fastlegene fortsatt kunne utstede, men listeinnbyggerne eller andre kan ikke kreve slike attester eller erklæringer.
- Regjeringen vil redusere omfanget av fraværsattester fastleger utsteder. Fastleger skal fortsatt utstede fraværsattest for elever i videregående skole som har behov for dette. Kunnskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet vil utrede om andre personellgrupper eventuelt kan avlaste fastlegene med fraværsattester som ikke er begrunnet med medisinsk faglig diagnostikk og behandling. Departementene vil blant annet vurdere om helsesykepleier kan ha en slik attesteringsrolle. Departementene vil i utredningen sørge for dialog med de yrkes-/faggruppene som eventuelt skal avlaste fastlegene.
- Pasientreiser HF har på oppdrag fra departementet gjennomgått fastlegenes arbeid med pasientreiser. Blant annet skal rekvisisjonspraksis endres, IKT-systemet tilrettelegges og en informasjonskampanje for å tydeliggjøre ansvar og roller vil gjennomføres. I tillegg ser Pasientreiser HF på hvordan pasientene kan gjøre mer selv og pasientreisekontorene utføre mer av arbeidet.

**Tiltak 7 er å skaffe økt innsikt om legevaktsarbeid og prøve ut nye måter å organisere legevakt på.** Legevaktsarbeidet utgjør en stor del av arbeidsbelastningen for mange fastleger, særlig i mindre kommuner. For å sikre et bedre kunnskapsgrunnlag om legevaktsarbeid og nye måter å organisere legevakt på har en ekspertgruppe levert sin rapport med kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning i november 2021. Ekspertgruppen ble nedsatt av Helse- og

omsorgsdepartementet sammen med partene. I tillegg har prosjekt Pilot legevakt blitt forlenget frem til 30.06.2022. Pilotprosjektet er 3-årig prosjekt som startet i 2018, og som i utgangspunktet skulle gå frem til 31.8.2021.

**Tiltak 8 innebar at regjeringen ville styrke Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) og Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i 2020.** 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 (Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger, 2021).

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. Én million kroner av midlene skulle benyttes til utvikling av nettbasert ledelsesutdanning (Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger, 2021). Legeforeningen og Kvalitetsforbedringsfondet er i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet om bruk av midlene. For avtaleåret 2021/2022 ble SOP tilført 20 millioner kroner og Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 40 millioner kroner.<sup>4</sup>

**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 økte fra 924 i 2019 til 1 081 i 2021. Det er opprettet 31 nye LIS1-stillinger med oppstart 1. september 2022 og det kommer 31 nye stillinger 1. mars 2023. Det vil da være 1 150 LIS1-stillinger per år, et fastsatt mål fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2022).

## 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 tjenestene til brukere med omfattende behov. Dette gjelder særlig tilbudet til personer på sykehjem og heldøgns omsorgsbolig, hvor det kan være krevende for kommunene å sikre god legedekning og hvor det er behov for mer kunnskap om hvorvidt behovene til brukerne dekkes. Et annet tiltak er å innføre introduksjonsavtaler som legger til rette for spesialisering i allmennmedisin for leger ansatt på legevakt og sykehjem. I tillegg vil det gjennomføres en samlet satsing på kvalitetsarbeid i allmennlegetjenesten. Fastlegene oppgir at de bruker lite tid på systematisk kvalitetsarbeid, samtidig som bruk av kunnskap og erfaringer fra tjenesten er essensielt for kontinuerlig evaluering og forbedring av allmennlegetjenesten.

**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.

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

- Kommunene vil bli oppfordret til å utarbeide en lokal norm for legebemanningen i sykehjem. 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

<sup>4</sup> Kilde: Helsedirektoratet: Hentet 23.03.2022 fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/finansiering/andre-finansieringsordninger/takstendringer-for-leger-psykologer-og-fysioterapeuter#endringerilegetaksterfrajuli>

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 rapporteringer av udekkede behov.

- 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. Senter for omsorgsforskning har i 2021 levert rapporten «Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i heldøgns omsorgsboliger» til Helsedirektoratet. Dette skal gi et grunnlag for å vurdere om det er behov for ytterligere tiltak for å bedre den medisinskfaglige oppfølgingen av disse brukerne.

**Tiltak 11 er å innføre introduksjonsavtaler, som skal gjøre det lettere å bli spesialist i allmennmedisin.** For leger ansatt i annet allmennlegearbeid enn fastlegeordningen er det utfordringer knyttet til å få gjennomført den delen av spesialiseringen i allmennmedisin som foregår i åpen uselektert allmennpraksis. Introduksjonsavtaler er avtaler som gir leger under spesialisering i allmennmedisin rett til trygdeforfusjon under visse vilkår, når de jobber på andre fastlegers lister, selv om fastlegen(e) som har ansvar for listen(e) er til stede på legekantoret samtidig. Introduksjonsavtaler vil kunne gi leger erfaringer med fastlegearbeid, uten at de må investere i egen praksis som næringsdrivende. I tillegg vil slike avtaler avlaste de etablerte fastlegene ved legekantoret som har en lege med introduksjonsavtale hos seg. Formålet er å øke stabiliteten i og styrke rekruttering til stillinger i sykehjem, i legevakt og annet allmennlegearbeid utenfor fastlegeordningen, og bidra til bedre rekruttering inn i fastlegeordningen ved å senke terskelen for å prøve seg som fastlege og starte spesialisering i allmennmedisin.

For 2022 er det bevilget 32,7 millioner kroner til totalt 65 introduksjonsavtaler. Nødvendige endringer i trygdeforskriften trådte i kraft 1. januar 2022 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). Kommunene kan søke Helsedirektoratet om rett til å inngå introduksjonsavtale med sine leger med frist 15. mars 2022, og kan søke om tilskudd til ALIS-avtale for introduksjonslege gjennom det nye Nasjonal ALIS-tilskuddet som ble lyst ut i mars 2022 med frist 1. oktober 2022.

**Tiltak 12 er å bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten og det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.** Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utrede hvordan man kan utforme et nasjonalt system for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste i kommunen. Systemet skal bygge på eksisterende aktører og systemer, og legge grunnlaget for mer systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Helsedirektoratet har ferdigstilt og levert utredningen til Helse- og omsorgsdepartementet. I utredningen ligger det en beskrivelse av hva som er viktig å få på plass for å få et nasjonalt system som i større grad legger forholdene til rette for kvalitetsforbedring i allmennlegetjenesten. Helsedirektoratet avventer eventuelle videre oppdrag som følge av utredningen.

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. Dette skal gi mer kunnskap om kvaliteten på allmennlegetjenestene, sammen med pågående arbeid med å utvikle KPR og tilgjengeliggjøre data via påloggingsløsninger, og er viktig inn i et nasjonalt system som støtter opp under arbeid med kvalitetsforbedring.
- Utarbeide en veileder for hvordan kommunene kan utarbeide planer for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, med særlig fokus på legetjenesten. Status per mai 2022 er at oppdraget er mottatt, men utsatt da det må sees i sammenheng med behov og anbefalinger løftet i utredning av et nasjonalt system for kvalitetsforbedring. Arbeidet er planlagt startet opp i løpet av 2022-2023.

- Integrere kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i etterutdanning for spesialister i allmennmedisin og i spesialistutdanningen i allmennmedisin. Helsedirektoratet opplyser at det jobbes med dette fortløpende.

Når det gjelder arbeidet med å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer, ble det i 2021 publisert tre nye kvalitetsindikatorer:

- Andel fastleger med spesialitet i allmennmedisin
- Varighet på kommunenes avtaler med fastleger
- Varighet på fastlege-innbygger-relasjon

Helsedirektoratet opplyser at det dessuten har blitt utredet en del andre kvalitetsindikatorer, som ikke er innført på grunn av manglende data, svak datakvalitet, at de ikke var gode nok indikatorer på kvalitet, eller av andre årsaker. Tre indikatorer om legemidler brukt av eldre er utredet i 2021, men må avvente publisering til nytt Legemiddelregister er på plass i 2022. Helsedirektoratet (2021) har skissert at det skal utvikles indikatorer innen kvalitetsdimensjonene «trygge og sikre» og «samordnet og preget av kontinuitet» i løpet av 2021 og første halvdel av 2022.

### 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.

**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 teamarbeid 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.

**Tiltak 13 innebærer å skape en teambasert fastlegeordning.** En teambasert fastlegeordning innebærer at fastlegene skal lede det kliniske arbeidet i legekantor med flere personellgrupper, arbeidsdele med disse 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. Det skal utvikles en teambasert fastlegeordning med utgangspunkt i evalueringen av piloten med primærhelseteam og internasjonale erfaringer med lignende ordninger. Det skal bygges videre på det som fungerer godt i fastlegeordningen.

**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. En gruppeavtale innebærer at et legekantor har én felles avtale med kommunen som gir kontoret et samlet og overordnet ansvar. Ansvaret må ivaretas av en leder. Bare fastleger, dvs. en eller flere fastleger sammen, skal kunne inngå gruppeavtaler. Å inngå gruppeavtale skal være frivillig både for kommuner og fastleger. Innbyggerne skal fortsatt stå på en enkelt fastleges liste. Fastlegekontor med gruppeavtale skal kunne ansette og inngå avtale med annet helsepersonell etter behov. Utredning av gruppeavtaler for fastlegekontor innebærer også å utrede en finansieringsmodell som understøtter løsningen. Dette arbeidet er foreløpig ikke påbegynt.

**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:

- EPJ-løftet har vært et viktig samarbeid om videreutvikling av fastlegenes pasientjournalssystemer. Flere digitaliseringstiltak pågår for å bedre arbeidsverktøyene og samhandlingen for fastlegene. Nedenfor beskrives EPJ-løftet nærmere.
- Bruk av elektronisk meldingsutveksling, dvs. utveksling av krypterte og standardiserte skriftlige meldinger, vil være en viktig kommunikasjonsform også fremover.
- Norsk helsenett og de nasjonale e-helseløsningene kjernejournal, e-resept og helsenorge.no har gitt bedre samhandling og pasientinvolvering. Disse skal videreutvikles og innføres i helse- og omsorgstjenesten. De nasjonale e-helseløsningene og Akson er også viktige forberedelser for å kunne realisere de langsiktige målene om én innbygger – én journal.
- Kjernejournal skal videreutvikles med ny funksjonalitet for å imøtekomme økt informasjonsbehov. Det pågår et arbeid med å gjøre journaldokumenter som epikriser, henvisninger, radiologi- og prøvesvar og annen klinisk informasjon tilgjengelig gjennom dokumentdeling i kjernejournal. Kjernejournal er i dag innført på alle sykehus, legevakter og ved 90 prosent av fastlegekontorene.
- Det pågående arbeidet med å få på plass en felles nasjonal oversikt over pasientens legemiddelbruk (pasientens legemiddelliste) er viktig for å styrke samhandlingen om legemidler på tvers av nivåer, og redusere risikoen for feil. Pasientens legemiddelliste vil bli et viktig verktøy for dem som gir nødvendig helsehjelp og for pasienten selv. Dette vil også styrke fastlegenes mulighet til å utøve sitt medisinskfaglige koordineringsansvar for listeinnbyggeren.
- Digital hjemmeoppfølging vil være viktig fremover for å sørge for en hensiktsmessig behandling og oppfølging av pasienter, også når det gjelder spesialisthelsetjenester. Dette fordrer ofte tett og god samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og omsorgstjenester. Bruk av teknologi vil være en integrert del av pasientforløpet. Avklaringer om felles problemstillinger knyttet til digital hjemmeoppfølging bør inngå i helsefellesskapenes planlegging og utvikling.

Nærmere om status for EPJ-løftet:

EPJ-løftet består av flere delprosjekter som handler om kvalitetsheving av dagens elektroniske pasientjournaler (EPJ). Dette skal bidra til kvalitetsheving av EPJ-systemet til fastleger, avtalespesialister og fysio- og manuellterapeuter. EPJ-løftet skal bidra til utvikling av IKT-verktøy for å sikre kvalitet i pasientbehandlingen, understøtte samhandling og informasjonsformidling mellom aktører i helsesektoren og mer effektiv ressursbruk. EPJ-løftet er i en gjennomføringsfase. Delprosjektene er igangsatt for fastleger (høst 2014) og manuellterapeuter (høst 2016).<sup>5</sup> EPJ-løftet for fastleger og manuellterapeuter er senere evaluert (Direktoratet for e-helse, 2018).

Protokoll for EPJ-utvikling viser at det er flere igangsatte prosjekter i 2019-2020 (Direktoratet for e-helse, 2019) som berører kjernejournal:

- Sammenstilling av utvalgt informasjon fra EPJ som kan deles via Kjernejournal: Pasientoppsummering er varig informasjon som gir et raskt oversiktsbilde over pasientens historikk i helsetjenesten. Informasjonen vil kunne bestå av blant annet diagnoser, operasjoner, besøk i helsetjenesten (konsultasjonsdato), kritisk informasjon og plan for behandling og oppfølging av pasienten. Informasjonselementene finnes allerede strukturert i EPJ, og kan deles strukturert via grensesnitt eller som et dokument som kan lastes ned og indekseres i kjernejournal. Dette prosjektet skal stå for utvikling av EPJ-komponenter hvis et slikt prosjekt igangsettes. EPJ-løftet utarbeider grunnlag som beskriver hvilken informasjon fra EPJ som kan deles.
- Tilgang til strukturerte lab-data via Kjernejournal: Ved et eventuelt nasjonalt prosjekt som vil muliggjøre deling av utvalgte dokumenter fra spesialisthelsetjenesten som f.eks. bildesvar,

<sup>5</sup> Informasjonen er hentet fra <https://www.ehelse.no/prosjekt/epj-loftet-program-for-epj-utvikling>. Oppdatert 03.02.2022

mikrobiologisvar og laboratoriesvar i strukturert form, vil det være aktuelt for EPJ-løftet å utvikle grensesnitt i EPJ for å nyttiggjøre seg slik informasjon. EPJ-løftets deltagelse vil avhenge av at det er avklart hjemmelsgrunnlag, arkitektur og valg av teknologi (eks. et felles XDS-arkiv) og standarder.

- Tilgang til journaldokumenter fra fastlege- og avtalespesialist-EPJ via Kjernejournal: Et prosjekt som vil utvikle støtte i EPJ for å tilgjengeliggjøre utvalgte journaldokumenter fra fastlegejournalene gjennom åpne standarder. Prosjektet fordrer endret hjemmelsgrunnlag for Kjernejournal.

For perioden 2020-2021 inngår følgende prosjekter i EPJ-løftet (Direktoratet for e-helse, 2020):

- Legemidler: Pasientens legemiddelliste (PLL) skal utprøves og innføres stegvis basert på både eksisterende og ny teknologi. Det settes av ressurser til å videreutvikle EPJ-enes legemiddelfunksjonalitet.
- Identifikasjon av risikopopulasjon for vaksinerings mot SARS-CoV-2: Det var identifisert et behov for å lage uttrekk av risikopopulasjon for prioritert vaksinerings mot SARS-CoV-2, basert på variabler som finnes i EPJ.
- Integrasjon mot elektronisk MSIS-melding: Meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) har etablert en webløsning for elektronisk innmelding. Dette erstatter et papirskjema. Det er behov for integrasjon i EPJ for færre klikk og raskere bruk. Det skal være støtte for elektronisk sending til alle aktører som definert av MSIS.
- Timebok for booking av tjenester utført av annet personell: I forbindelse med pandemien er det behov for at pasienter kan bestille tid i en egen vaksinasjonstimebok. Flere av dagens systemer for selvbooking støtter kun at pasient kan booke time hos fastlegen som eneste ressurs. EPJ skal gjøres i stand til å kommunisere med pasientportaler og andre timebøker som ikke representerer fastlegen alene. Utvikling av spesifikk portalfunksjonalitet på helsenorge.no dekkes ikke av dette prosjektet. Prosjektet støtter timebok for å booke time hos annet personell, slik som ved vaksinasjon mot covid-19 og influensa.
- Integrasjon mot Helsedirektoratets Edit-prosjekt: Helsedirektoratet har etablert en webløsning for elektronisk søknad om individuell refusjon over blåresept-ordningen. Webløsningen erstatter M2-meldingen i e-resept-arkitekturen og med det et elektronisk søknadsskjema og kvitteringsfunksjoner. Det er behov for integrasjon i EPJ for færre klikk og raskere bruk. Det skal være støtte for elektronisk sending til Helfo og automatisk mottak av kvittering og vedtak.

#### **Tiltak 16 er å øke bruken av e-konsultasjoner, der dette er en hensiktsmessig**

**konsultasjonsform.** Koronapandemien aktualiserte bruken av e-konsultasjoner. Andelen e-konsultasjoner har økt fra 2 prosent i første kvartal 2019 til 29 prosent i fjerde kvartal 2021 (Helsedirektoratet, 2022). 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. Det pågår utprøving av pilot med triageringsystem for e-konsultasjoner hos fastlegene fra mai 2021. Piloten omfatter 18 fastleger, fordelt på 3-5 fastlegekontor.

**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. Nasjonal lederutdanning for primærhelse-tjenesten er et samarbeid mellom KS og Helsedirektoratet, og gjennomføres av BI. Utdanningen går ut på å utdanne mellomledere innen de ulike kommunale og fylkeskommunale helsetjenestene innen primærhelseområdene, inkludert fastlege og tannlegekontor. Antall deltakere på kurset økte fra 105 deltakere på første kull til 211 deltakere på femte kull (Rambøll Management Consulting, 2021). Ifølge Helsedirektoratet har over 1 000 ledere gjennomført lederutdanningen per november 2021.<sup>6</sup> Antall plasser på utdanningen har blitt utvidet. For 2022 er det økt bevilgning

<sup>6</sup> Kilde: Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/kompetanseloft-2025/nasjonal-lederutdanning>

for å utvide antall plasser øremerket for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021).

På oppdrag fra Helsedirektoratet startet BI i januar 2022 å tilby en ny, tilrettelagt utdanning rettet mot ledere av primærhelseteam og gruppepraksiser. Kurset tar kun opp allmennleger (fastleger og leger som jobber på kommunal legevakt). Utdanningen er normert til 5 studiepoeng, og vil være en kombinasjon av nettbaserte studier og samlinger.<sup>7</sup> Første kull avlegger eksamen i mai 2022, og består kun av fastleger. Det var totalt 42 søkere til første kull, hvorav 38 ble tatt opp og hvor det har vært ett frafall (per mars 2022). Søkere må dokumentere at de kvalifiserer til masternivå (vitnemål), har 4 års arbeidserfaring (signert arbeidsattest) og legge ved CV. Basert på hvor mange søkerne leder og geografisk spredning tar BI en avgjørelse på hvem som får studieplass. Søkere som leder teambaserte praksiser er prioritert for opptak. Av 37 deltakere på første kull er 70 prosent menn og 30 prosent kvinner, mens 62 prosent er i alderen 36-45 år, 27 prosent i alderen 46-55 år og 11 prosent i alderen 25-35 år. Per mars 2022 er status at det andre kullet mest sannsynlig vil bestå av to klasser med 40 studenter i hver klasse, med oppstart i september 2022 og eksamensavvikling i desember 2022.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Kilde: Helsedirektoratet. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/om-oss/forsoksordninger-og-prosjekter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-2020-2024/utredninger-prosjekter-og-piloter>

<sup>8</sup> Informasjonen er hentet fra epostutveksling med BI



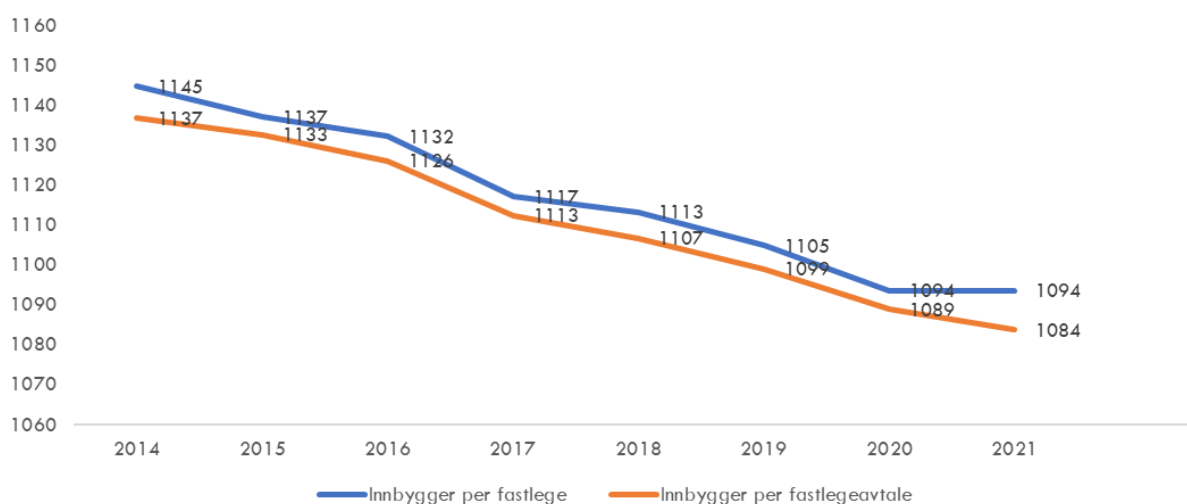
### 3. Utvikling i allmennlegetjenesten

Siden 2014 har antall fastleger økt mer enn befolkningsveksten. Likevel har kapasiteten i fastlegeordningen, i form av samlet listetak for landets fastlegelister, 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 medfører at antall listeplasser for første gang er lavere enn folkemengden. Innbyggernes mulighet til å velge fastlege er dermed redusert. Dette skyldes både at netto tilvekst av fastleger var lav, at fastleger som begynner i gjennomsnitt har listeansvar for færre innbyggere enn fastleger som slutter, og at eksisterende fastleger reduserer sitt listetak. I 2021 økte antallet fastleger med 31, en lavere vekst enn de siste årene. Samtidig øker antall konsultasjoner raskere enn foregående år, og i 2021 ble det gjennomført nærmere 17,7 millioner konsultasjoner fra allmennleger. I spørreundersøkelsen svarte 83 prosent av fastlegene at kommunen i noen eller stor grad har utfordringer knyttet til bemanning i allmennlegetjenesten. Samtidig oppga 21 prosent at de vurderer det som svært usannsynlig at de fortsatt er i yrket om fem år. Tilsvarende andel blant fastleger yngre enn 55 år var 15 prosent.

#### 3.1 Nasjonale tall

Ved utgangen av 2021 var det 4 961 fastleger i Norge,<sup>9</sup> etter en netto økning på 31 fastleger i løpet av året (Tabell 3-1). Siden 2014 har både antall fastlegeavtaler og antall fastleger økt mer enn befolkningsveksten (Figur 3-2).

**Figur 3-1 Antall innbyggere per fastlege og fastlegeavtale**



Kilder: SSB og FLO.

<sup>9</sup> Tallet på fastleger blir 4 968 i fjerde kvartal 2021 om en inkluderer 7 leger med nylig etablerte kontrakter uten listeinnbyggere.

I en fastlegeavtale mellom en allmennlege og en kommune avtales det maksimale antallet pasienter allmennlegen har ansvar for, det såkalte listetaket. Samlet listetak er summen av listetak avtalt mellom allmennleger og kommuner, og har tolkning som antallet personer allmennleger har tilbudt å ta listeansvar for.

Det var vekst i samlet listetak i 2014, 2016 og 2017. I løpet av 2018 ble samlet listetak redusert med 15 177 personer. Samlet listetak ble videre redusert med 12 873 i 2019 og 13 588 i 2020. I 2021 ble samlet listetak redusert med 88 636 listeplasser, en betydelig reduksjon sammenlignet med tidligere år (Tabell 3-1 og Figur 3-2).<sup>10</sup>

**Tabell 3-1: Sentrale tall for Fastlegeordningen. Nasjonale nivåtall per 31. des. 2014-2021**

År		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Fastleger	Nivå	4 512	4 585	4 644	4 740	4 786	4 858	4 930	4 961
	Endring	125	73	59	96	46	72	72	31
Fastlegeavtaler	Nivå	4 544	4 603	4 669	4 760	4 814	4 884	4 951	5 006
	Endring	137	59	66	91	54	70	67	55
Samlet listetak*	Nivå	5 422 652	5 419 948	5 473 137	5 502 731	5 487 554	5 474 681	5 461 093	5 372 457
	Endring	98 625	-2 704	53 189	29 594	-15 177	-12 873	-13 588	-88 636
Innbyggere med fastlege	Nivå	5 143 370	5 188 343	5 229 087	5 263 199	5 281 147	5 294 725	5 289 341	5 290 048
	Endring	75 217	44 973	40 744	34 112	17 948	13 578	-5 384	707
Folkemengde	Nivå	5 165 802	5 213 985	5 258 317	5 295 619	5 328 212	5 367 580	5 391 369	5 425 270
	Endring	56 746	48 183	44 332	37 302	32 593	39 368	23 789	33 901
Innbyggere på liste uten fast lege	Nivå	41 295	30 978	45 151	36 219	54 098	75 539	107 595	138 453
	Endring	719	-10 317	14 173	-8 932	17 879	21 441	32 056	30 858

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

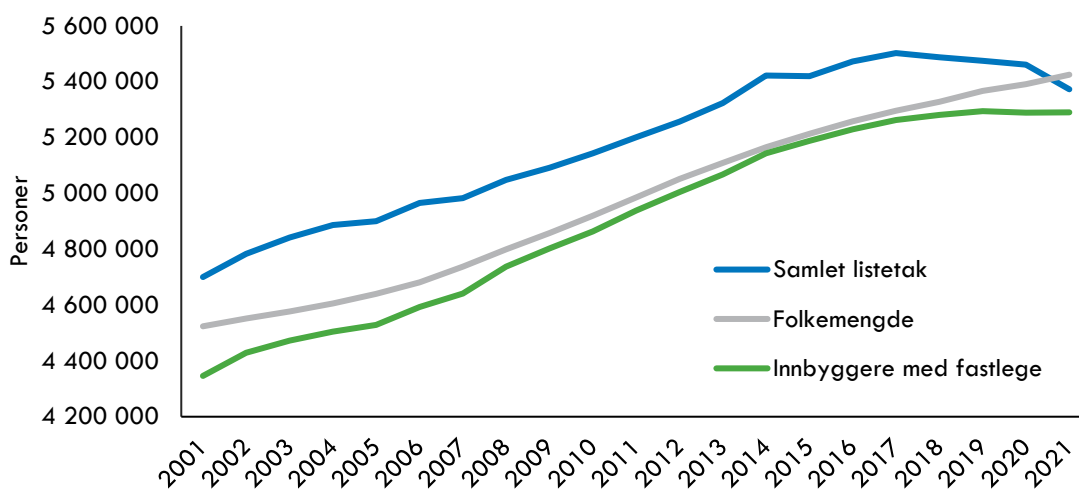
Oppslutningen om fastlegeordningen er høy blant innbyggerne. Det er få innbyggere som har meldt seg ut av fastlegeordningen.<sup>11</sup> Derfor er folkemengden et godt mål på antallet listeplasser som etterspørres. På nasjonalt nivå er antallet listeplasser som etterspørres nå større enn antall listeplasser som allmennleger tilbyr. Samtidig som folkemengden har økt med 57 690 innbyggere i løpet av 2020 og 2021, er det færre innbyggere som har fastlege ved utgangen av 2021 (5 290 048 personer) enn ved utgangen av 2019 (5 294 725 personer) (Figur 3-2).

Ved utgangen av 2021 er det samlede listetaket i fastlegeordningen 5 372 457 personer. Det samlede listetaket har falt siden 2017 (5 502 731 personer) og er nå på et nivå som innebærer at **den avtalte kapasiteten i fastlegeordningen ved utgangen av 2021 er lavere enn folkemengden. Ved utgangen av 2021 var det totalt 138 453 innbyggere på fastlegelister uten tilknyttet lege.** Antallet innbyggere på lister uten fastlege økte med 30 858 i 2021. Veksten er noe lavere enn i 2020 (32 056), men høyere enn i 2019 (21 441).

<sup>10</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>11</sup> Ved utgangen av 2021 var 5 183 innbyggere utmeldt av fastlegeordningen (FLO).

**Figur 3-2 Folkemengde, innbyggere med fastlege, og samlet listetak 2001-2021. Nivå tall per 4. kvartal**



Kilder: SSB og FLO.

**Innbyggere i norske kommuner mottok 17,675 millioner allmennterapeutiske konsultasjoner i løpet av 2021**, en økning på i underkant av 1 million fra året før (Tabell 3-2).<sup>12</sup> I løpet av 2021 utløste 8 198 allmennleger takstinntekter fra allmennlegetjenester (eksklusiv legevakt), mens 6 291 allmennleger utløste takstinntekter fra legevakt. Takstinntekter fra allmennlegetjenester utgjorde til sammen 10 721 millioner kroner i 2021. Av dette var 1 440 millioner kroner takstinntekter fra legevakt, mens 9 281 millioner kroner var allmennlegetjenester eksklusive legevakt.

**Tabell 3-2: Antall allmennterapeutiske konsultasjoner, antall leger med allmennterapeutiske konsultasjoner og takstinntekter\* fra allmennterapeutiske tjenester i løpet av året (mill. kr.)**

År		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Konsultasjoner m/ Allmennterapeutisk (mill.)	Nivå	15,064	15,171	15,417	15,663	15,719	15,995	16,703	17,675
	Endring	0,276	0,106	0,246	0,246	0,057	0,276	0,708	0,972
Antall leger m/ allmennterapeutisk- konsultasjon eks. legevakt	Nivå	7 030	7 218	7 389	7 601	7 697	7 875	8 063	8 198
	Endring	-17	188	171	212	96	178	188	135
Antall leger m/ legevakt- konsultasjon	Nivå	4 957	5 055	5 576	5 676	5 784	5 775	6 265	6 291
	Endring	-113	98	521	100	108	-9	490	26
Takstinntekter allmennterapeutisk alt i alt (mill. kr.)	Nivå	7 066	7 296	7 811	8 065	8 277	8 699	9 489	10 721
	Endring	287	230	515	254	212	422	790	1 232
Takstinntekter allmennterapeutisk eks. legevakt (mill. kr.)	Nivå	6 410	6 689	7 026	7 220	7 394	7 765	8 398	9 281
	Endring	330	279	337	194	174	371	633	883
Takstinntekter allmennterapeutisk legevakt (mill. kr.)	Nivå	656	607	785	845	883	934	1 091	1 440
	Endring	-43	-49	178	60	38	51	157	349
Inntekter fra per capita- tilskudd <sup>13</sup> (mill. kr.)	Nivå	2 144	2 206	2 280	2 361	2 492	2 633	2 930	3 227
	Endring		62	74	81	131	141	297	297

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

<sup>12</sup> Allmennterapeutiske konsultasjoner er her definert ved bruk av Normaltariffens takster 2ad, 2ae, 2af, 2aek eller 2ak.

<sup>13</sup> Per capita-inntekter før 2017 er anslått utfra middelfolkemengden og per capita-sats da nøyaktige tall ikke foreligger.

Vi har benyttet den registrerte informasjonen i FLO til å kategorisere aktivitetene etter legenes kontrakttype. Mange leger har flere typer av kontrakter i løpet av et år. For eksempel kan en lege være vikarlege første halvår og begynne som fastlege andre halvår. En del leger har flere typer av kontrakter i ulike kommuner på samme tid. Vi skiller mellom fire ulike kategorier av leger:

- Aktivitet fra leger som kun er registrert med en fastlegekontrakt i FLO uten å ha vikaravtaler er vist i linjen «Fastlege».
- Aktivitet fra leger som har både vikaravtale og fastlegekontrakt i løpet av året finner vi i linjen «Fastlege eller vikar».
- Aktivitet fra leger som kun er registrert med vikaravtale i FLO uten å ha fastlegekontrakt er vist i linjen «Vikar».
- Aktivitet fra leger med helsepersonellnummer som ikke er registrert i FLO er vist i linjen «HPR ikke i FLO».

Av de 8 198 legene som utløste takster i 2021 var 4 736 i kategorien *fastlege*, og deres aktivitet sto for totalt 7 623 millioner kroner. 427 leger som hadde takstinntekter fra allmennlegetjenester i KUHR i 2021 var registrert med både vikaravtale og fastlegeavtale samme år, og at deres takstinntekter utgjorde totalt 536 millioner kroner. **I 2021 var 1 710 allmennleger registrert med vikarkontrakter uten å være registrert med fastlegeavtale. Takstinntektene til disse vikarlegene utgjorde 903 millioner kroner, hvilket utgjør nær 10 prosent av de samlede takstinntektene fra allmennlegetjenester i 2021.** Det var videre 1 325 leger som ikke var registrert i FLO som hadde takstinntekter på til sammen 219 millioner kroner. Utviklingen viser en sterk vekst i antall allmennlegevikarer over tid. Antall leger i kategorien *vikar* registrert i FLO har økt, fra 1 157 i 2017 til 1 710 i 2021, en økning på 48 prosent.<sup>14</sup> Samtidig har aktiviteten levert av i vikarer, målt i takstinntekter, økt med 15 prosent siste to år, fra 785 millioner kroner i 2019 til 903 millioner i 2021 (Tabell 3-3).

**Tabell 3-3: Takstinntekter fra allmennlegetjenester (eks. legevakt) fordelt på type kontrakt (millioner kroner) [Antall leger]**

År	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Fastlege	5 531 [4 463]	5 787 [4 585]	6 016 [4 642]	6 036 [4 631]	6 105 [4 625]	6 382 [4 676]	6 949 [4 731]	7 623 [4 736]
Fastlege eller vikar	148 [133]	127 [111]	186 [165]	310 [300]	404 [404]	415 [401]	442 [402]	536 [427]
Vikar	168 [271]	229 [327]	429 [708]	645 [1 157]	699 [1 402]	785 [1 547]	830 [1 658]	903 [1 710]
HPR ikke i FLO	564 [2 163]	546 [2 195]	395 [1 874]	229 [1 513]	186 [1 266]	183 [1 251]	178 [1 272]	219 [1 325]
<b>Totalt</b>	<b>6 410</b> [7 030]	<b>6 689</b> [7 218]	<b>7 026</b> [7 389]	<b>7 220</b> [7 601]	<b>7 394</b> [7 697]	<b>7 765</b> [7 875]	<b>8 398</b> [8 063]	<b>9 281</b> [8 198]

Kilde: KUHR og FLO.

I 2021 utgjorde samlede takstinntekter fra legevakt 1 440 millioner kroner, og aktiviteten var utløst av 6 291 leger. I samme år leverte 2 698 leger med fastlegekontrakt legevaktstjenester med takstinntekter tilsvarende 566 millioner kroner. 308 leger med både fastlegekontrakt og vikarlegekontrakt hadde legevaktaktivitet i 2021, med takstinntekter tilsvarende 68 millioner kroner (Tabell 3-4).

<sup>14</sup> Økningen i antallet vikarleger mellom 2014 og 2016 er betydelig påvirket av endret vikarregistrering i FLO i 2016.

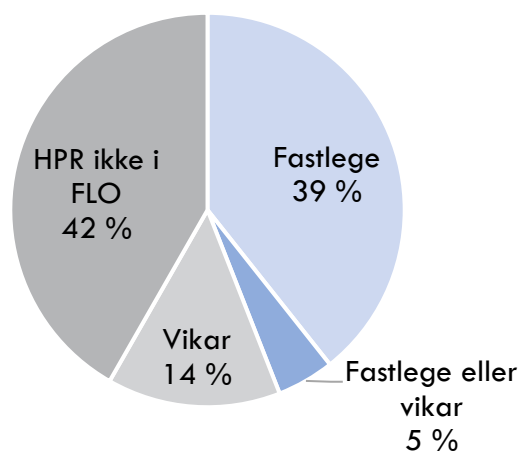
**Tabell 3-4: Takstinntekter fra legevakt i løpet av året fordelt på type kontrakt (millioner kroner)**  
**[Antall leger]**

År	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Fastlege	293	300	344	347	370	382	444	566
	[2 254]	[2 418]	[2 578]	[2 552]	[2 558]	[2 542]	[2 769]	[2 698]
Fastlege eller vikar	11	8	15	40	51	52	53	68
	[76]	[61]	[103]	[215]	[291]	[277]	[279]	[308]
Vikar	35	32	93	135	158	175	181	205
	[172]	[233]	[514]	[840]	[987]	[1 019]	[1 063]	[1 079]
HPR ikke i FLO	316	267	333	323	303	325	412	601
	[2 455]	[2 343]	[2 381]	[2 069]	[1 948]	[1 937]	[2 154]	[2 206]
<b>Totalt</b>	<b>656</b>	<b>607</b>	<b>785</b>	<b>845</b>	<b>883</b>	<b>934</b>	<b>1 091</b>	<b>1 440</b>
	[4 957]	[5 055]	[5 576]	[5 676]	[5 784]	[5 775]	[6 265]	[6 291]

Kilde: KUHR og FLO.

Den samlede takstinntekten til de to kategoriene *Fastlege* og *Fastlege eller vikar* utgjorde totalt 634 millioner, tilsvarende 44 prosent av legevaktaktiviteten i 2021 (Figur 3-3). Leger uten fastlegeavtale sto for 56 prosent av legevaktaktiviteten. 1 079 leger med vikarlegeavtale hadde takstinntekter fra legevakt i 2021 på totalt 205 millioner kroner. Leger som ikke hadde informasjon registrert i FLO hadde totalt 601 millioner kroner i takstinntekter i 2021.

**Figur 3-3: Takstinntekter legevakt fordelt på type kontrakt i 2021 (prosent)**



Kilde: KUHR og FLO

I kommuner med færre enn 2 000 innbyggere står allmennleger med fastlegeavtale eller fastlegeavtale i kombinasjon med vikaravtale for 50 prosent av de samlede takstinntektene fra legevakt. Som forventet ser vi at fastlegenes andel av legevaktaktiviteten er lavest i kommuner med over 100 000 innbyggere. I kommuner med mer enn 100 000 innbyggere står allmennleger med fastlegeavtale eller fastlegeavtale i kombinasjon med vikaravtale for 34 prosent av takstinntektene fra legevakt. I kommuner med over 100 000 innbyggere står leger som ikke hadde informasjon registrert i FLO for 55 prosent av takstinntektene sammenlignet med 11 prosent i kommuner med færre enn 2 000 innbyggere. **Med andre ord er det fastlegene og deres vikarer som står for størsteparten av legevaktarbeidet i de mindre folkerike kommunene, mens det er andre leger som står for store deler av legevaktarbeidet i de folkerike kommunene** (Tabell 3-5).

**Tabell 3-5: Takstinntekter fra legevakt i 2021 fordelt på type kontrakt og kommunestørrelse (prosent)**

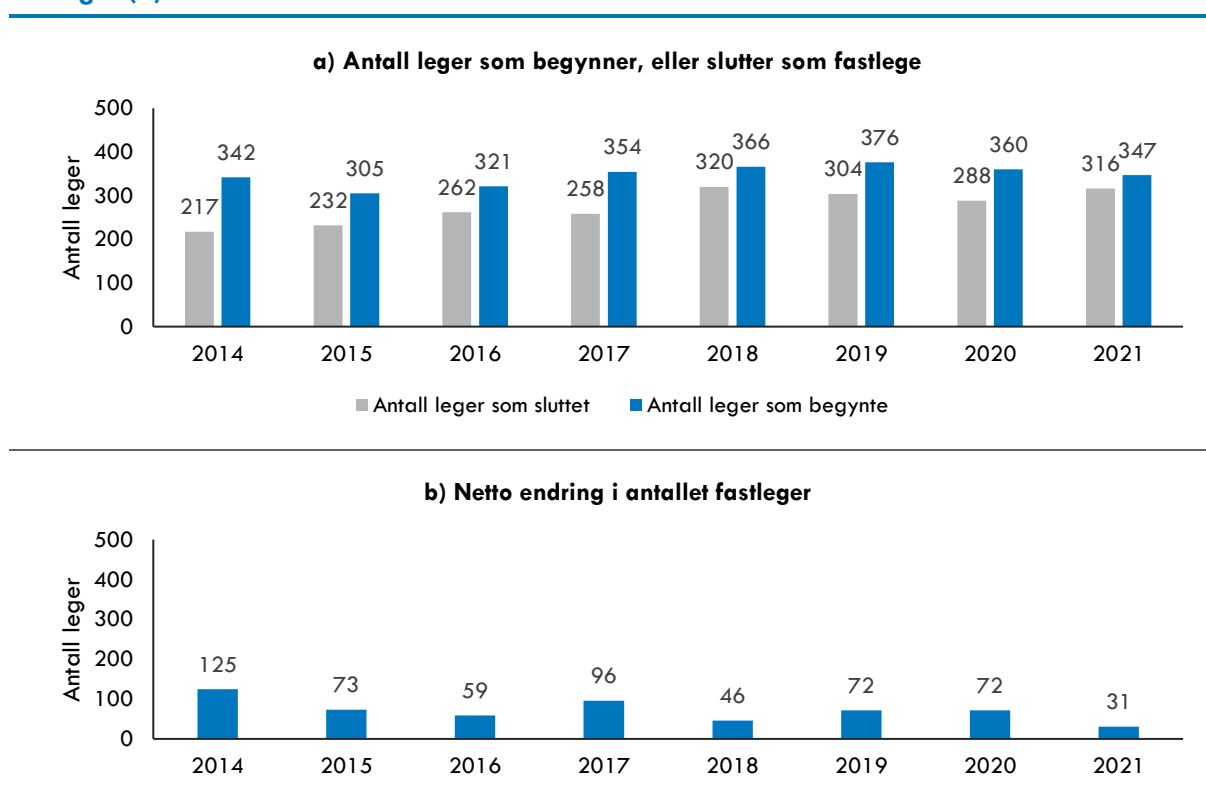
	Antall innbyggere i kommunen							I alt
	Færre enn 2 000	2 000 - 4 999	5 000 - 9 999	10 000 - 19 999	20 000 - 49 999	50 000 - 99 999	Mer enn 100 000	
Fastlege	43 %	46 %	44 %	48 %	37 %	49 %	31 %	39 %
Fastlege eller vikar	7 %	8 %	7 %	6 %	5 %	4 %	3 %	5 %
Vikar	38 %	27 %	23 %	15 %	14 %	12 %	11 %	14 %
HPR ikke i FLO	11 %	20 %	26 %	32 %	44 %	36 %	55 %	42 %
<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

### 3.2 Rekruttering, avgang og stabilitet

I løpet av 2021 ble det rekruttert 354 nye fastleger, mens 316 sluttet som fastlege, noe som utgjør en netto tilvekst på 31 fastleger i løpet av 2021. Netto tilvekst av fastleger har sunket i perioden 2014-2021 og nådde sitt laveste nivå i 2021 (Figur 3-4).

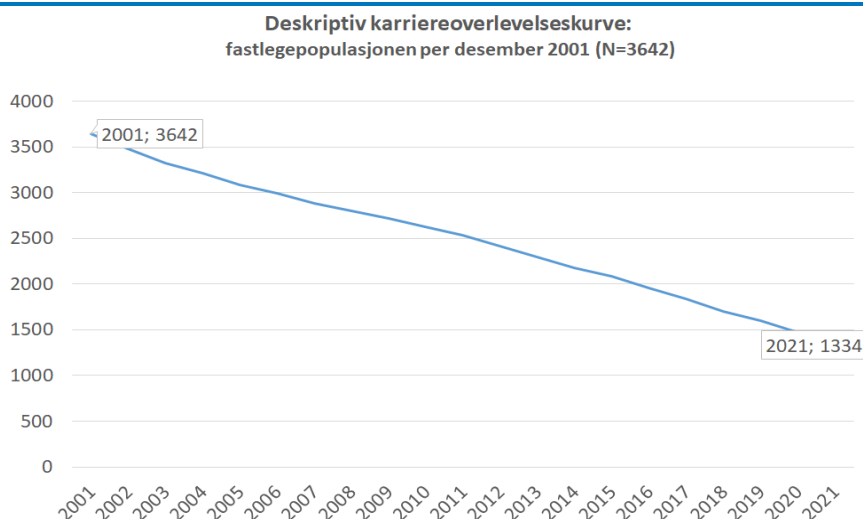
**Figur 3-4: Antall leger som begynner, eller slutter som fastlege (a) og netto endring i antallet fastleger (b)**



Kilde: FLO

Ved utgangen av 2001 var det totalt 3 642 leger med fastlegeavtale i Norge. I Figur 3-5 beskrives utviklingen i størrelsen på akkurat denne populasjonen av leger. Ved utgangen av 2021 er 1 334 (37 prosent) av disse legene fremdeles fastleger. Det årlige frafallet er ganske jevnt i antall og holder seg mellom 79 og 165 per år.

**Figur 3-5: Frafallet blant de som var fastleger ved utgangen av 2001**



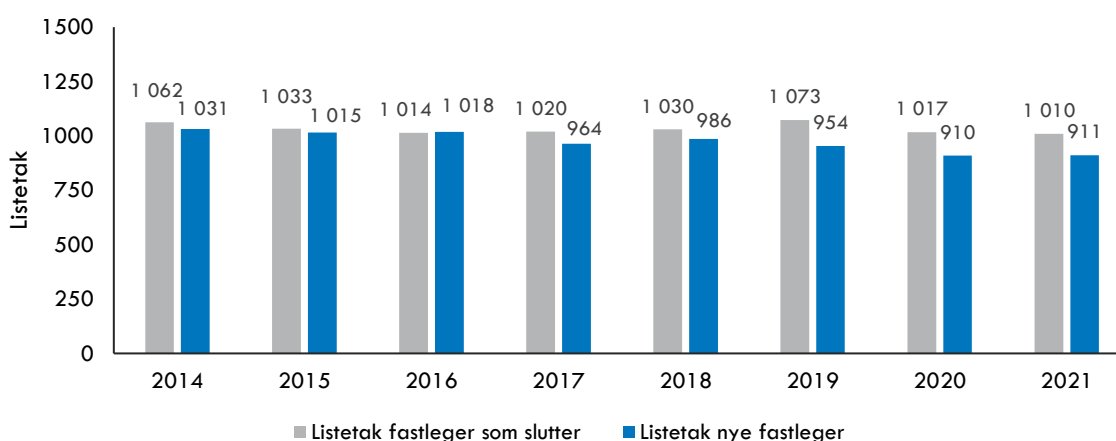
Kilde: FLO

Informasjon om antallet leger som påbegynner spesialisering i allmenntjenestemedisin er ikke strukturert på en måte som gjør det mulig å beskrive om antall leger som begynner på spesialisering har økt eller avtatt.

### 3.2.1 Rekruttering i landsdeler og kommuner

De avtalte listetakene blant nyrekrutterte allmennleger har avtatt over tid, og listetakene til fastlegene som slutter har om lag 100 flere listeinnbyggere sammenlignet med listetakene til nyrekrutterte fastleger (tilsvarende 11 prosent høyere listetak blant de som slutter) (Figur 3-6). At nye fastleger har kortere liste enn de som slutter, betyr at det trengs mer enn én ny fastlege per fastlege som slutter dersom kapasiteten skal opprettholdes, beregnet til i gjennomsnitt 1,11 nye fastleger per fastlege som slutter. Selv om det begynte flere fastleger enn det sluttet i 2021 innebærer det lavere listetak blant nye fastleger at antallet tilbudte listeplasser faller. De 347 nye fastlegene tilbyr til sammen færre listeplasser enn de 316 fastlegene som sluttet.<sup>15</sup>

**Figur 3-6: Gjennomsnittlig listetak blant leger som begynner, eller slutter som fastlege**



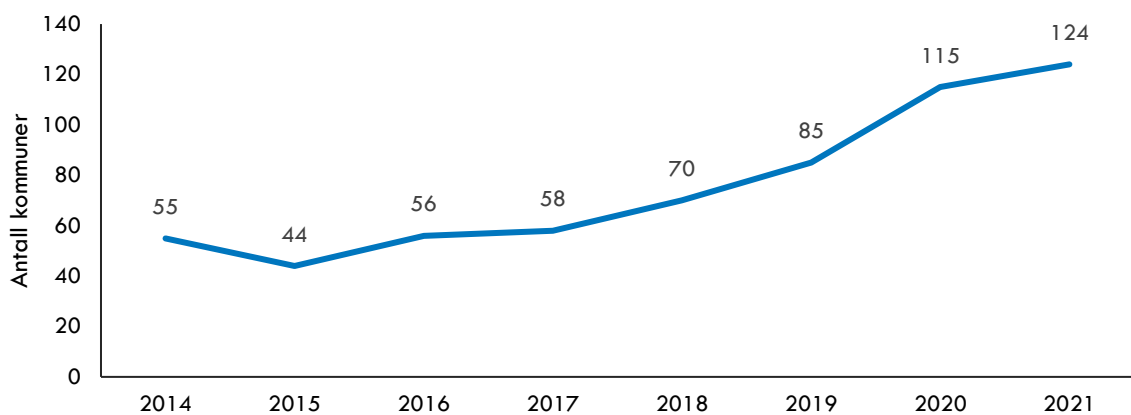
Kilde: FLO

Antall kommuner der enkelte pasientlister mangler lege har økt de senere årene. Vi benytter begrepet liste uten fast lege om fastlegelister som ikke betjenes av en lege med inngått

<sup>15</sup> For å erstatte listeplassene til de 316 legene som sluttet i 2021 ville det vært behov for  $316 \cdot 1,11 = 351$  nye leger.

fastlegeavtale. I løpet av 2021 økte antallet kommuner med en eller flere lister uten fast lege fra 115 til 124 (Figur 3-7).

**Figur 3-7: Utviklingen i antall kommuner med innbyggere på liste uten fast lege. Kommunestruktur per 2020 er benyttet for hele perioden.**

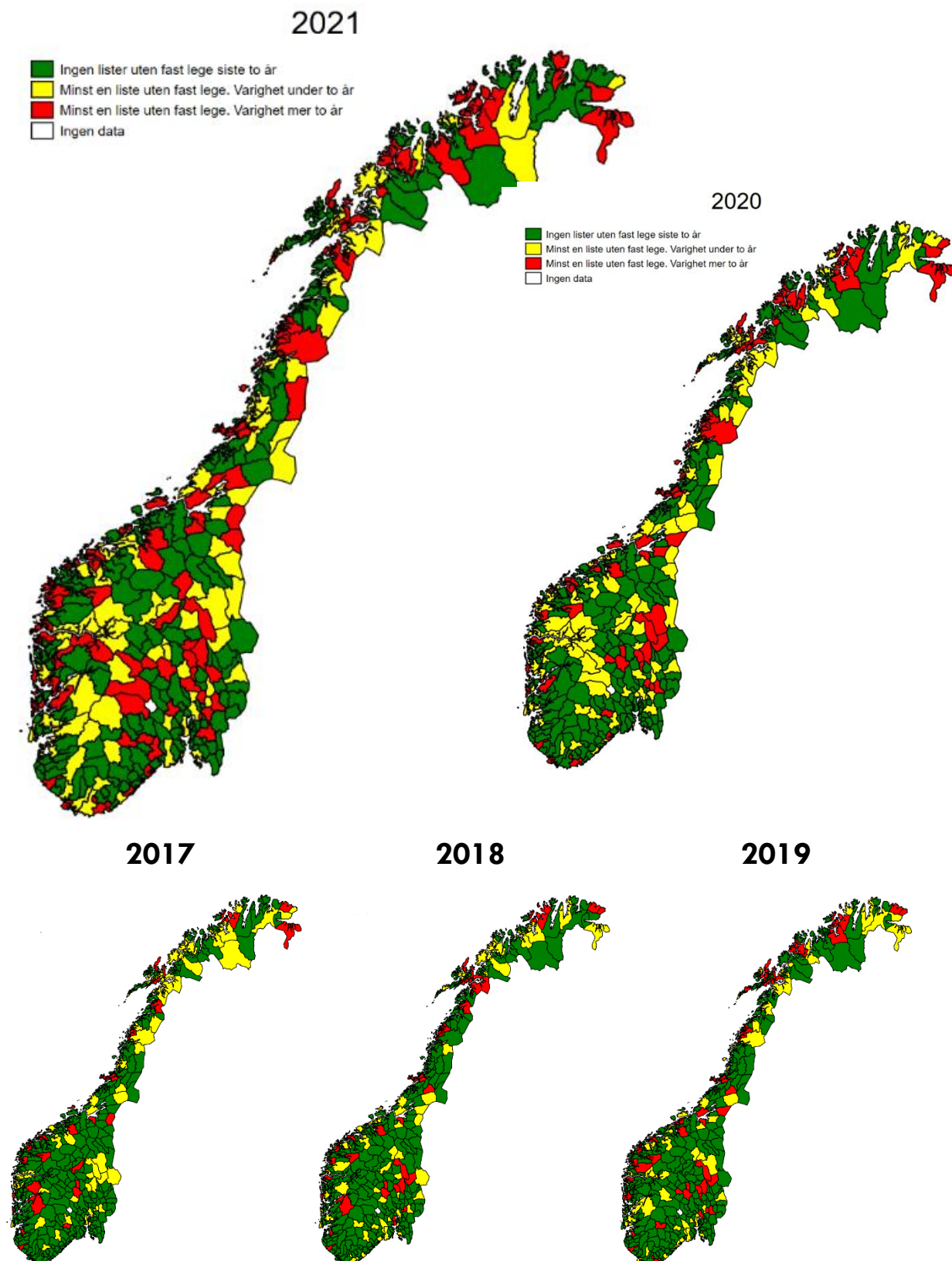


Kilde: FLO

Lister uten fast lege har blitt vanligere over tid, og lister uten fast lege er ved utgangen av 2021 vanlig i alle landsdeler. I 2017 var det et fåtall kommuner som hadde lister uten fast lege minst to år på rad, mens antall kommuner med lister uten fast lege har økt jevnt fram til 2021 (Figur 3-8).



**Figur 3-8: Lister uten fast lege i kommunene (2017-2021). Rød farge betyr at kommunen siste to årene har hatt lister uten fast lege, gul betyr at kommunen har hatt liste uten fast lege ett av de to siste år, mens grønn betyr at ingen lister mangler fast lege de siste to årene.**



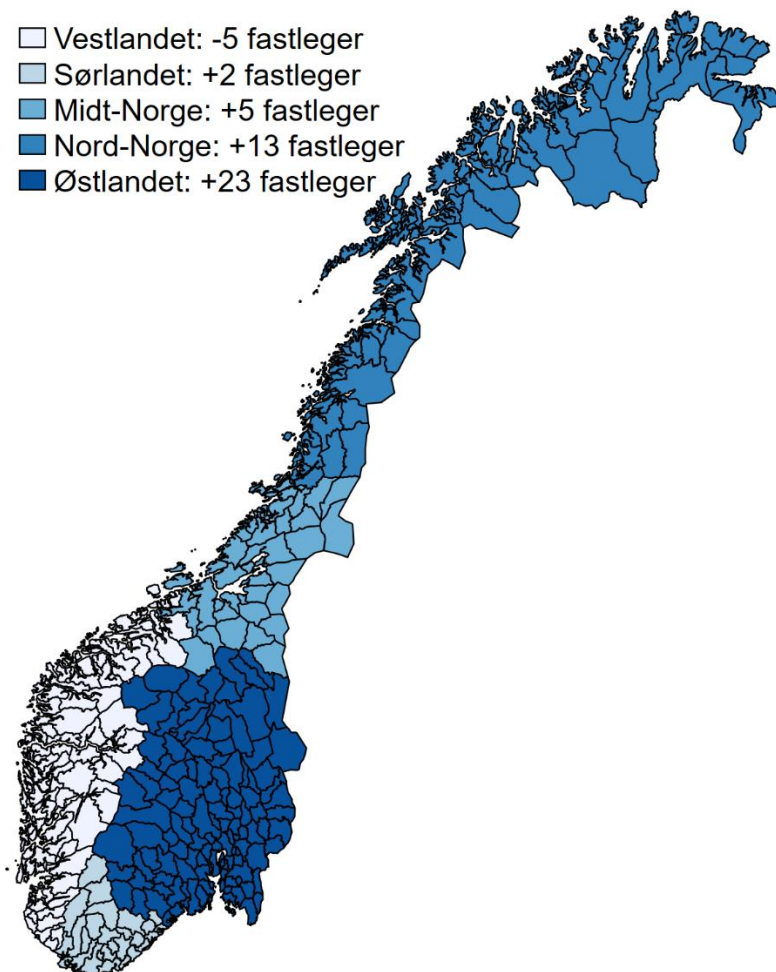
Kilde: FLO.

De fleste nye fastleger i 2021 er rekruttert til praksiser på Østlandet, der antallet fastleger økte med 23. På Sørlandet økte antallet fastleger med 2 leger, mens det ble 4 færre fastleger på Vestlandet. Antall fastleger økte med 5 leger i Midt-Norge og 13 leger i Nord-Norge (Figur 3-9).

**Figur 3-9: Kapasitetsendringer i kommunene i løpet av 2021**

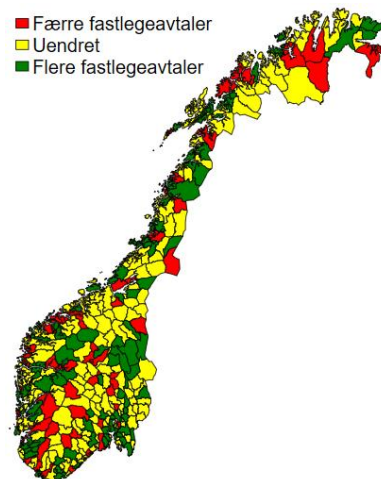
**a) Endring i antall fastleger i hver av de fem landsdelene i kommunene i 2021**

- Vestlandet: -5 fastleger
- Sørlandet: +2 fastleger
- Midt-Norge: +5 fastleger
- Nord-Norge: +13 fastleger
- Østlandet: +23 fastleger



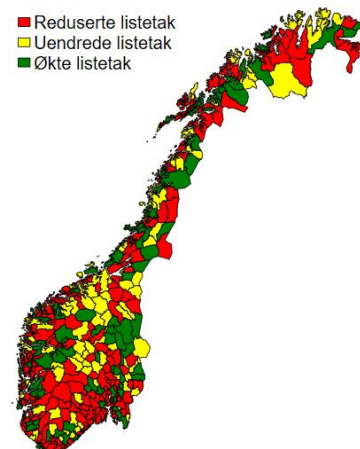
**b) Endring i antall fastlegeavtaler i kommunene i 2021**

- Færre fastlegeavtaler
- Uendret
- Flere fastlegeavtaler



**c) Endring i samlet listetak i kommunene i 2021**

- Reduserte listetak
- Uendrede listetak
- Økte listetak

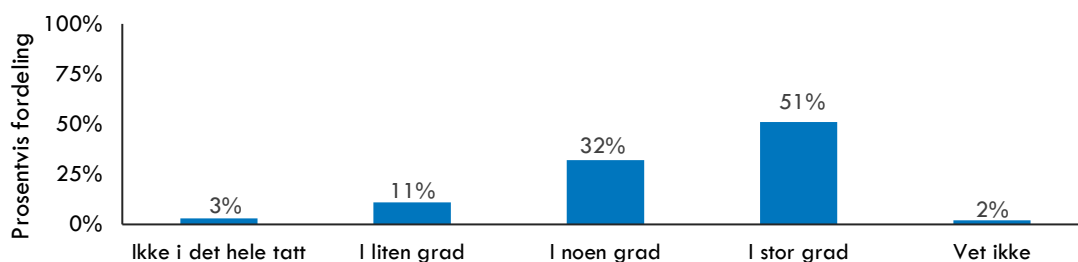


Kilde: FLO. Note: a) Det ble 23 flere fastleger på Østlandet i 2021. På Sørlandet økte antallet fastleger med 2. Det ble fire færre fastleger på Vestlandet. I Midt-Norge og Nord-Norge økte antall fastleger med henholdsvis 5 og 13. b) For de fleste kommuner forble antallet fastlegeavtaler uendret i løpet av 2021. Vi finner kommuner der antall fastlegeavtaler ble redusert i alle landsdeler. c) Kapasiteten målt ved avtalte listetak ble redusert i mange kommuner i løpet av 2021 og kapasitetsreduksjon skjer i kommuner i alle fem landsdeler. Tallene inkluderer 7 fastleger med ny kontrakt, som ved utgangen av 2021 ikke hadde fått tilført listeinnbyggere.

### 3.2.2 Aktørenes vurdering av fastlegeordningens attraktivitet og stabilitet

Et av hovedfunnene i undersøkelsene vi har gjennomført er at de ulike aktørene opplever store utfordringer med å rekruttere fastleger. Rekrutteringsutfordringene bekreftes i både intervjuer og spørreundersøkelser, blant fastleger, kommuneoverleger og kommuneadministrasjonen. I spørreundersøkelsen svarte 83 prosent av fastlegene at kommunen i noen eller stor grad har utfordringer knyttet til bemanning i allmennlegetjenesten (Figur 3-10).

**Figur 3-10: I hvilken grad har din kommune utfordringer knyttet til allmennlegetjenesten når det gjelder bemanning?**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger i januar 2022, utført av Oslo Economics og Universitet i Oslo. N=1106.

I frittekstsvar i spørreundersøkelsen oppgir flere fastleger at de opplever store rekrutteringsutfordringer til fastlegestillinger i kommunen, og at det er vanskelig å få tak i vikarer. Dette gjør at mange fastleger må dekke opp for kolleger ved fravær, noe som oppleves svært belastende over tid. **En rekke fastleger skriver rett ut at de har sluttet eller kommer til å slutte hvis ikke rekrutteringsutfordringene (snart) løses, på grunn av arbeidsbelastningen og uvissheten for fremtidsutsiktene det medfører.** En fastlege beskriver det slik:

*«Det er rekrutteringskrisen som er verst i min situasjon, da vi har to ledige hjemler. Kommunen får bare tak i LIS1-ventere til kortvarige vikariater og dette krever enormt med veiledning, dette må vi gjøre på fritiden, all den tid LIS1-ventere ikke har forskriftsfestet krav til veiledning. Det psykiske presset ved å aldri vite hva som skjer om 6 måneder er også ødeleggende. Situasjonen har ødelagt all min glede og motivasjon til å fortsette som fastlege.»*

#### Sitat fra en fastlege, oppgitt i spørreundersøkelse

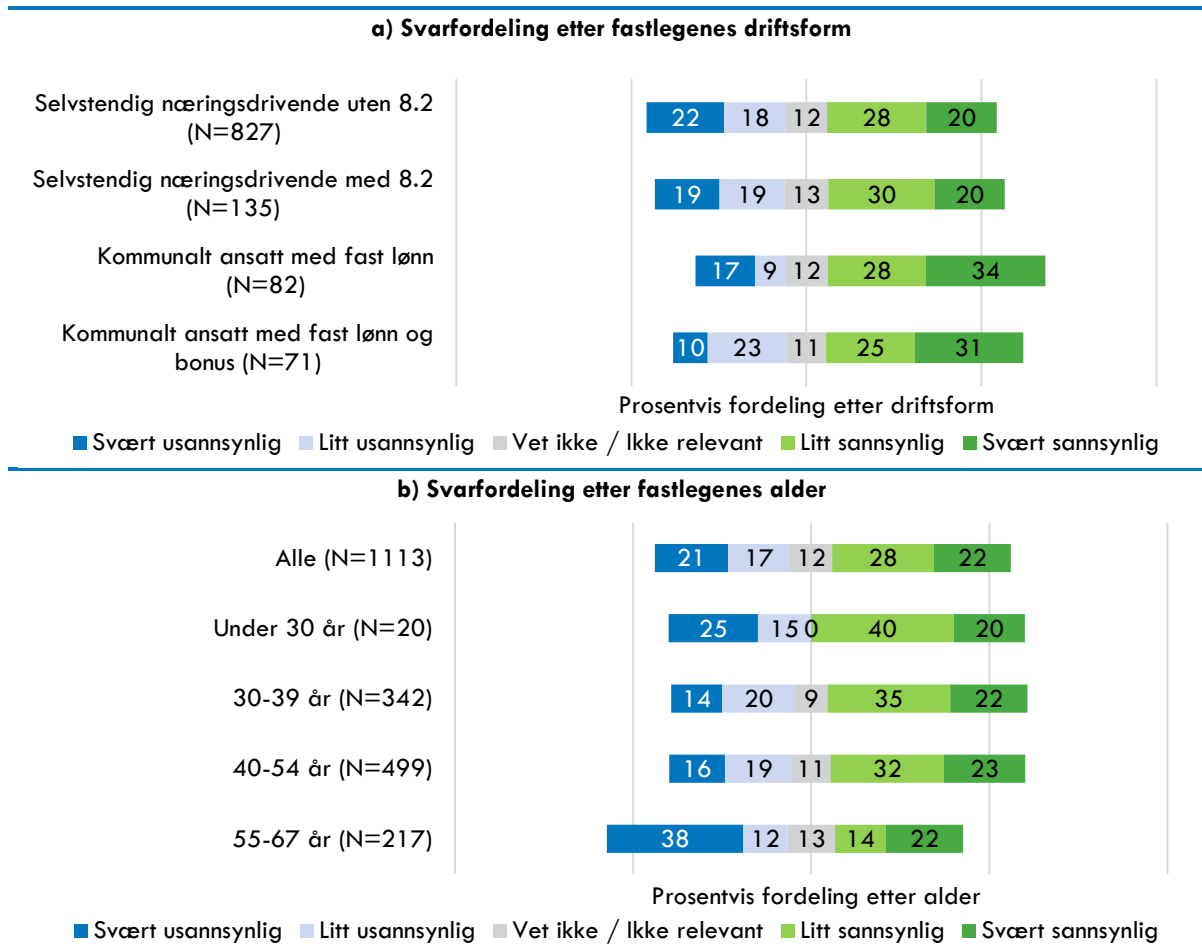
I spørreundersøkelsen til fastleger spurte vi hvor sannsynlig det er at de er fastlege om fem år, som en indikator på stabiliteten i tjenesten. Fastlegene hadde mulighet til å svare «ikke relevant», der vi oppga «skal gå av med pensjon» som et eksempel på årsak. Blant alle fastleger var det **21 prosent som vurderer det som svært usannsynlig at de fortsatt er i yrket om fem år.** Blant fastleger yngre enn 55 år var andelen 15 prosent. Andelen som vurderer det som usannsynlig at de fortsetter i yrket er høyest blant næringsdrivende fastleger (Figur 3-11). Resultatene viser ingen vesentlige forskjeller etter kommunestørrelse.

Flere fastleger forklarer i spørreundersøkelsen at dersom frafallet av fastleger fortsetter, vil de selv slutte som fastlege. På denne måten kan utfordringer knyttet til stabilitet bli selvforsterkende.

*«Om ikke rekrutteringsvanskene nasjonalt snur innen 2 år vurderer jeg å søke annet arbeid, fordi jeg tenker at om fastlegeordningen er et "synkende skip" bør man ikke være den siste som hopper av, men en av de første, fordi det kommer da å bli rift om andre mulige jobber (samfunnsmedisin, private legetjenester, bedriftshelse osv.)»*

#### Sitat fra en fastlege, oppgitt i spørreundersøkelsen

**Figur 3-11: Hvor sannsynlig er det at du er fastlege om 5 år? Etter a) driftsform og b) alder**



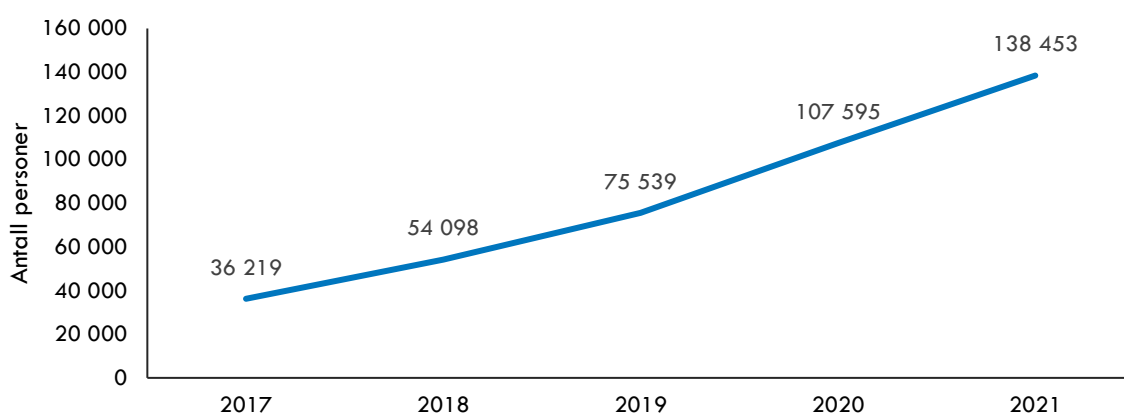
Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger i januar 2022, utført av Oslo Economics og Universitet i Oslo. Respondenter som har svart «Over 67 år» (N=31) og «Ønsker ikke å oppgi alder» (N=4) er tatt ut av figuren.

### 3.3 Kontinuitet og valgmuligheter for pasienter

Antall innbyggere på liste uten lege har økt fra 36 219 innbyggere i 2017 til 138 453 innbyggere i 2021 (Figur 3-12). Samtidig har andelen innbyggere bosatt i kommuner uten «åpne lister» økt fra 4 prosent ved første kvartal 2020 til 28 prosent ved fjerde kvartal 2021 (Figur 3-13). Når en fastlege har «åpen liste» betyr det at innbyggere har mulighet til å velge denne legen som sin fastlege. Dersom en fastlegeliste har status som «lukket» kan innbyggere sette seg på venteliste for å få legen som sin fastlege.<sup>16</sup> Andelen innbyggere bosatt i kommuner der både menn og kvinner kan velge fastlege av samme kjønn er redusert fra 76 prosent ved første kvartal 2020 til 41 prosent ved fjerde kvartal 2021.

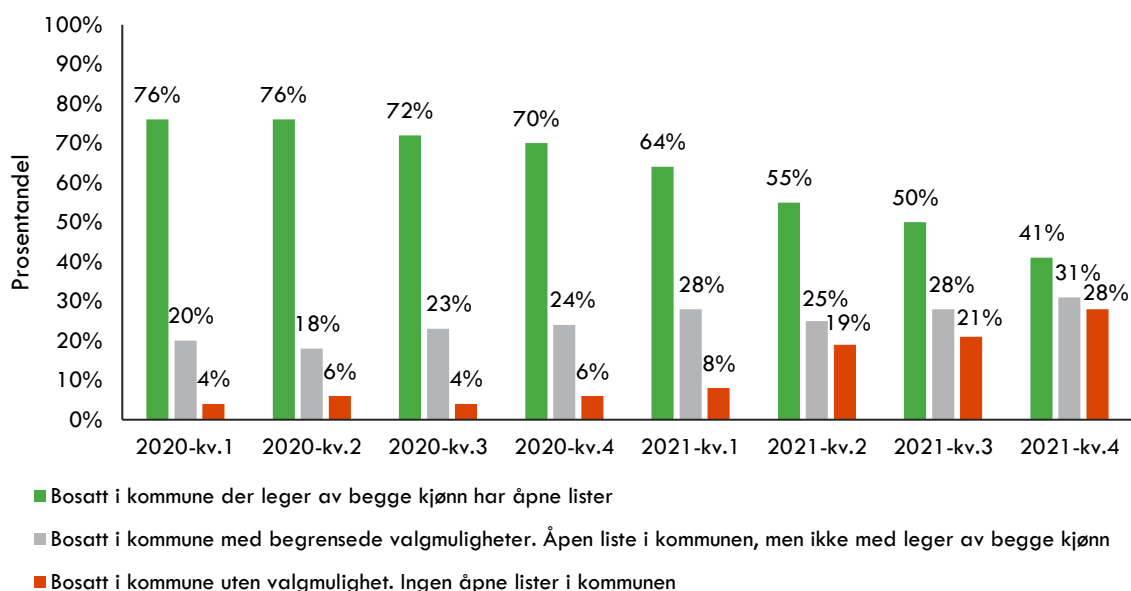
<sup>16</sup> For detaljert informasjon om åpning og lukking av fastlegelister se, for eksempel, <https://www.helfo.no/fastlegeordninga/opprette-og-endre-opplysningar-om-fastlegeheimel#opne,lukkeoglaasefastlegeliste>

**Figur 3-12: Innbyggere på liste uten fast lege 4. kvartal 2001-2021**



Kilde: FLO.

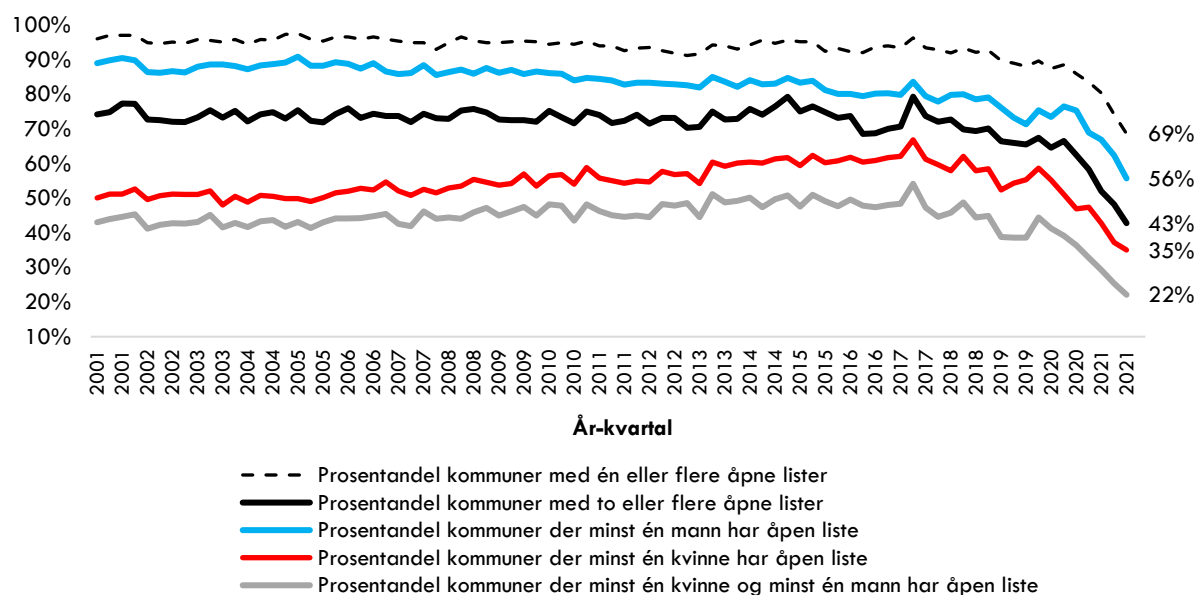
**Figur 3-13: Andelen innbyggere bosatt i en kommune med valgalternativer ved bytte av fastlege**



Kilde: FLO.

Andelen kommuner med valgalternativer ved legebytte for innbyggerne er betydelig redusert de siste årene. Det er kjent fra litteraturen at mange ønsker allmennlege med samme kjønn som en selv (Godager, 2012). Dersom innbyggerne skal få mulighet til å velge fastlege av samme kjønn, er det nødvendig at det i kommunen finnes åpne lister blant leger av begge kjønn. Ved utgangen av 2021 kunne innbyggerne velge leger av begge kjønn i kun 22 prosent av kommunene, mens denne andelen tidligere har ligget på mellom 40 og 50 prosent. Videre var det ved utgangen av 2021 69 prosent av kommunene som hadde én eller flere åpne lister, mens denne andelen lå på over 90 prosent fra fastlegeordningen ble innført i 2001 og fram til 2018.

**Figur 3-14: Valgalternativer ved legebytte. Utvikling på kommunenivå. 2. kvartal 2001-4. kvartal 2021\***

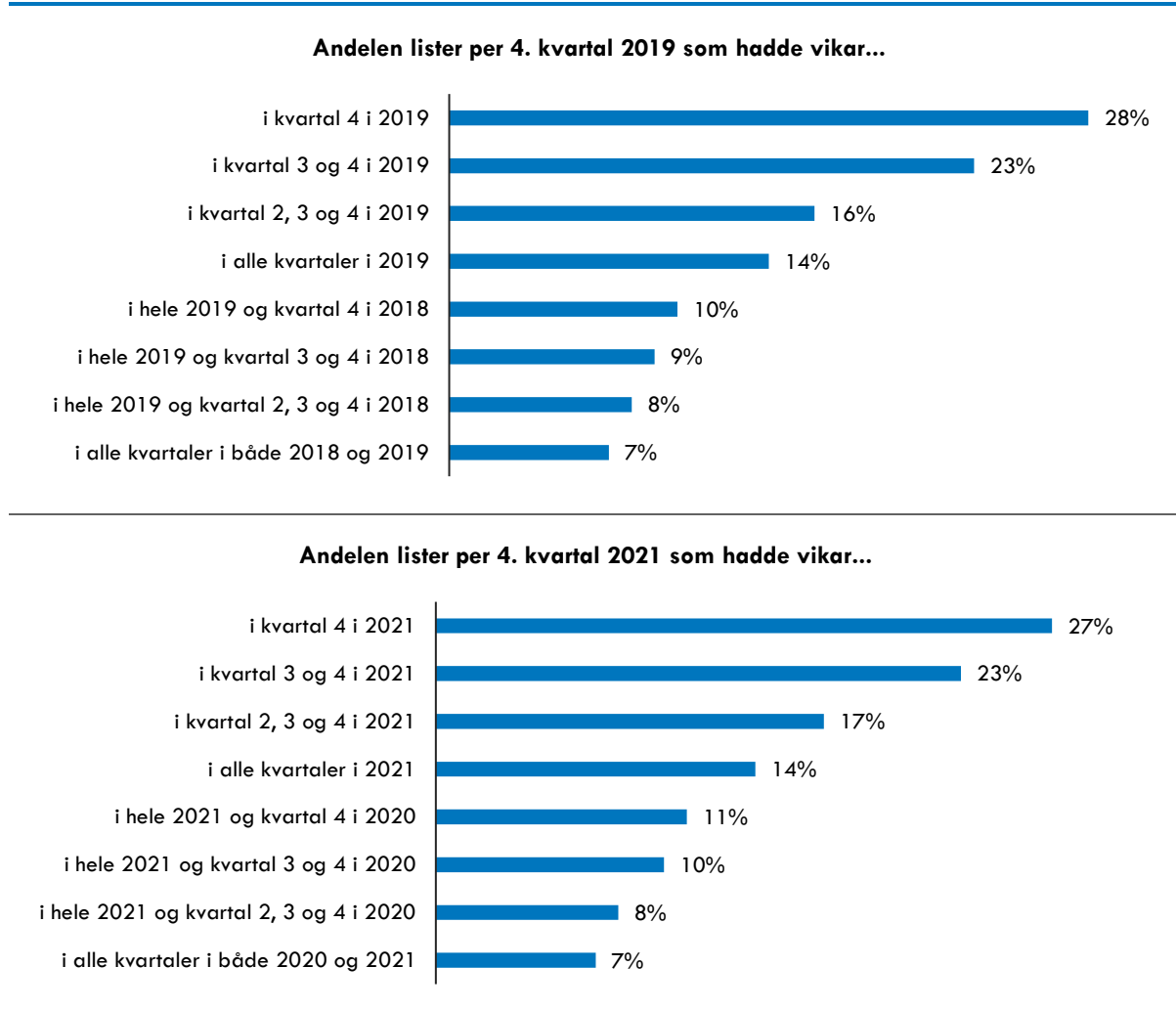


Kilde: FLO. \* For hvert år vises 2. og 4. kvartal.

Det er en betydelig andel av fastlegelistene som bemannes helt eller delvis av vikar. For hvert kvartal registreres det hvorvidt listen har vært bemannet av vikar i løpet av kvartalet. Vi har undersøkt hvor ofte det forekommer at vikarbruken vedvarer over tid. I Figur 3-15 tar vi utgangspunkt i samtlige fastlegeavtaler ved utgangen av 2021 og beskriver hvor stor andel av disse fastlegeavtalene som hadde vikarbruk siste kvartal, de to siste kvartalene, de tre siste kvartalene, også videre helt tilbake til begynnelsen av 2020. **27 prosent av fastlegelistene benyttet vikarbemannning i løpet av fjerde kvartal 2021, og 23 prosent av fastlegelistene benyttet vikarbemannning i både i tredje og fjerde kvartal 2021.** 14 prosent av fastlegelistene benyttet vikarbemannning i samtlige kvartaler i 2021, og 7 prosent av fastlegelistene benyttet vikarbemannning i samtlige kvartaler i fra første kvartal 2020.

Dersom det i stedet tas utgangspunkt i fastlegelister ved utgangen av 2019 og beskriver vikarbruken tilbake til begynnelsen av 2018 gir det omtrent det samme bildet. Dette tyder på at vikarbruken ikke har økt siden begynnelsen av 2020, men heller at vikarbruken i perioden 2020-2021 var lik som i perioden 2018-2019 (Figur 3-15). Vi har derimot ikke detaljert informasjon om årsaker til at en fastlegeliste betjenes av en vikar. Analysene skiller ikke mellom bruk av vikar på deltid og vikar på heltid, og økt stillingsbrøk for vikarer vil dermed ikke fanges opp i denne beskrivelsen.

**Figur 3-15: Andelen lister med vedvarende vikarbruk, per 4. kvartal i 2019 og 4. kvartal 2021**



Kilde: FLO.

### 3.4 Listelengden til den enkelte fastlege

Gjennomsnittlig og median listelengde har blitt gradvis redusert i perioden 2014 til 2021 (Tabell 3-6)<sup>17</sup>. Samtidig har andelen fastleger med åpen liste blitt redusert fra om lag 55 prosent ved innføringen av fastlegeordningen i 2001 til 17 prosent ved utgangen av 2021 (Figur 3-16).

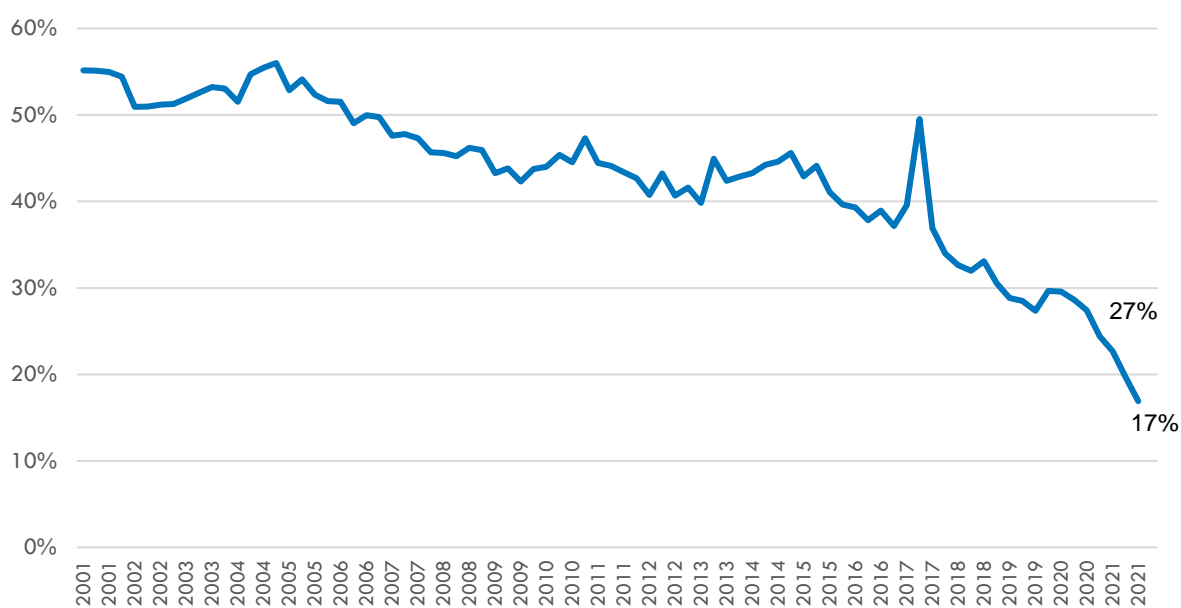
**Tabell 3-6: Utviklingen i fastlegers listelengde\*. Nivå tall per fjerde kvartal 2014-2021**

		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Gjennomsnitt	Nivå	1 140	1 132	1 126	1 110	1 103	1 090	1 073	1 065
	Endring	-15	-8	-6	-16	-7	-14	-17	-8
Median	Nivå	1 157	1 138	1 131	1 100	1 097	1 093	1 080	1 049
	Endring	-23	-19	-8	-31	-3	-4	-13	-31

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

<sup>17</sup> Se nærmere diskusjon av utvikling i listelengde i kapittel 4.7.

**Figur 3-16: Utvikling i andel fastleger med åpen liste 2. kvartal 2001-4. kvartal 2021**



**Kilde: FLO. \* For hvert år vises 2. og 4. kvartal.**



## 4. Betalingsmodeller og økonomiske vilkår

*Flere av tiltakene i handlingsplanen retter seg mot å styrke økonomiske vilkår for allmennlegetjenesten. Våre undersøkelser tyder på at 72 prosent av fastlegene har ren næringsdrift, mens 12 prosent har næringsdrift med 8.2-avtale. De resterende 16 prosent har fastlønn, hvorav omtrent halvparten har en bonusavtale med kommunen. De fleste fastleger (94 prosent) ønsker seg en form for aktivitetsbasert finansiering, enten næringsdrift eller kommunal ansettelse med fast lønn og bonus.*

*Listelengden er redusert over tid. Flertallet av legene ønsker å redusere sin listelengde og det er tegn til en konvergering mot en listelengde på 1 000 pasienter etter økningen av basistilskuddet og innføringen av knekkpunkt. Blant fastleger som ikke har redusert listen sin, er de vanligste årsakene at det økonomiske tapet blir for stort og at det ikke er andre fastleger til å ta over pasientene. Både fastlegene og representantene fra kommunene vurderer tilstrekkelig basisfinansiering som avgjørende for rekruttering av nye leger og for å beholde eksisterende leger, men vurderer at økningen i basistilskuddet ikke er tilstrekkelig.*

*Kommunene ser behov for å gi økonomisk trygghet til unge leger, særlig knyttet til næringsdrift. Flere kommuner tar i bruk en rekke ulike tiltak for å rekruttere fastleger, herunder tilleggsfinansiering. Flere kommunerepresentanter gir uttrykk for at kommunale ansettelser av fastleger er kostbart for kommunen, men flere ser seg nødt til å benytte dette som rekrutteringstiltak.*

Flere av tiltakene i handlingsplanen retter seg mot å styrke økonomiske vilkår for allmennlegetjenesten. I dette kapitlet beskriver vi ulike problemstillinger knyttet til betalingsmodeller og økonomiske vilkår for allmennlegetjenesten.

Avsnitt 4.1 beskriver fordeler og ulemper ved tre ulike måter å betale allmennleger. I avsnitt 4.2 redegjør vi for internasjonal forskning som gir belegg for å hevde at bedre betaling av fastleger vil føre til at flere blir fastleger. I avsnitt 4.3 viser vi at gjennomsnittlig listelengde på nasjonalt nivå avhenger av antallet fastleger. I avsnitt 4.4 anvendes resultatene fra internasjonal litteratur til å illustrere hvordan økt per capita-sats forventes å bidra til at økt kapasitet i fastlegeordningen, og at flere innbyggere får fastlege. Avsnitt 4.5 beskriver ulike driftsformer. Deretter beskriver vi utviklingen i betalingen av næringsdrivende fastleger (delkapittel 4.6), herunder dagens inntektsnivå, utvikling i basistilskudd, utvikling i stykkprisbetaling, og økonomisk kompensasjon ved sykefravær. I delkapittel 4.7 går vi nærmere inn på hvordan endringer i per capita-satsen kan påvirke listelengde. Deretter presenterer vi funn fra intervju- og spørreundersøkelsen blant fastleger, med deres vurderinger av dagens takstsystem (delkapittel 4.8) og preferanser for driftsform (delkapittel 4.9). I det siste delkapitlet (4.10) drøfter vi betydningen av ulike økonomiske vilkår for å sikre rekruttering og stabilitet, i lys av de ulike delkapitlene og ytterligere innspill fra fastleger og andre aktører.

### 4.1 Tre modeller for betaling av allmennleger

Før fastlegereformen ble allmennleger betalt med et fast driftstilskudd fra kommunen i kombinasjon med takster i normaltariffen betalt av pasienter og/eller Rikstrygdeverket (senere Helfo). Da fastlegeordningen ble innført, ble fast driftstilskudd erstattet av per capita-basert basistilskudd. Mens driftstilskuddets størrelse avhenger av ressurser i form av personell, lokaler og

utstyr, avhenger basistilskuddet av antall personer en fastlege har på sin liste. Med fastlegeordningen ble de tidligere tre klassene av driftstilskudd erstattet av per capita-betaling, som ved innføringen av fastlegeordningen utgjorde 278 kroner per person per år med denne hovedmodellen. **To viktige egenskaper ved fastlegeordningens hovedmodell, som skiller den fra nittitallets ordning med fast driftstilskudd, er at den oppmuntret legene til å ta ansvar for mange pasienter og at hovedmodellen gjorde at det ikke lenger var mulig for kommunene å redusere utgiftene til allmennlegetjenesten ved å begrense antallet allmennlegehjemler.** I kombinasjon førte disse to egenskapene til at nittitallets legemangel forsvant da fastlegeordningen ble innført. Inntekten fra per capita-betalingen var ment å utgjøre om lag 30 prosent av fastlegenes inntekt (Godager & Lurås (2005), Godager, et al., (2005), Godager & Iversen (2016), Sandvik (2006)), mens den resterende andelen dekkes av takstrefsjoner og pasientenes egenandeler. Resultatene fra den forskningsbaserte evalueringen av fastlegeordningen tyder på at de endrede insentivene for legene og kommunene medvirket til at fastlegereformen ga en stor økning i kapasiteten i allmennlegetjenesten (Sandvik, 2006), og forbedret tilgjengelighet ved at ventetid for konsultasjon ble redusert (Godager & Iversen, 2016).

I Tabell 4-1 illustreres insentivforskjeller mellom de tre måtene å betale allmennleger på. Med «knekkpunkt» menes ordningen med to nivåer på per capita-satsen som ble innført i 2020. Fra 2020 er per capita-satsen størst for de første 1 000 personene på lista. Med per capita + stykkpris blir betalingen større av å inkludere en ekstra listeinnbygger på lista og gi listeinnbyggeren tre ekstra konsultasjoner (gir 1 146 kroner i økt inntekt) enn å gi tre ekstra konsultasjoner til de listeinnbyggerne en har fra før (gir 504 kroner i økt inntekt).

**Tabell 4-1: Økonomiske insentiver ved tre måter å betale allmennleger: Stykkprisbetaling, i kombinasjon med enten per capita-betaling eller driftstilskudd, og fastlønn.**

	Marginalinntekt ved å ta inn 1 ny pasient som får 3 stykk 2ad	Marginalinntekt ved å levere 3 ekstra 2ad til eksisterende pasienter
<b>Per capita + stykkpris</b>		
Under knekkpunkt	$642+3*168 = 1\ 146$	$3*168 = 504$
Over knekkpunkt	$526+3*168 = 1\ 030$	$3*168 = 504$
<b>Driftstilskudd + stykkpris</b>	$3*168 = 504$	$3*168 = 504$
<b>Fastlønn</b>	<u>0</u>	<u>0</u>

Med driftstilskudd + stykkpris er inntektsøkningen like stor enten legen velger å inkludere en ekstra listeinnbygger som får tre konsultasjoner, eller om lege velger å levere tre konsultasjoner til de pasientene legen har fra før. I begge tilfeller øker inntekten med 504 kroner. Vi ser at med fastlønn blir allmennlegens inntekt uavhengig av aktiviteten. Vi ser også at for en lege med flere enn 1 000 personer på lista, fører ordningen med knekkpunkt til at inntektsøkningen ved å øke aktiviteten blir lavere enn for en lege som har færre enn 1 000 personer på sin liste. Med knekkpunkt vil en lege med lang liste motta 1 030 kroner for å inkludere en ekstra listeinnbygger på lista og gi listeinnbyggeren tre konsultasjoner. Legen med kort liste får dermed 116 kroner mer enn legen med lang liste for å utføre den samme arbeidsoppgaven. Ordningen med knekkpunkt i basistilskuddet er altså motsatt av de overtidsordninger en finner ellers i arbeidslivet (Godager, et al., 2020). Insentivegenskapene til per capita + stykkpris, driftstilskudd + stykkpris og fastlønn beskrives i Iversen (2016), Godager, et al., (2012) og Godager, et al., (2021). Egenskapene som gjengis her og illustreres i Tabell 4-2 har teoretisk forankring og støtte i nasjonal og internasjonal empirisk litteratur.

Enhver måte å betale leger på vil være forbundet med fordeler og ulemper. Særtrekket ved betalingsmodeller som inkluderer per capita-betaling er at denne måten å betale på oppmuntrer til god tilgjengelighet for nye pasienter. Dette skyldes at per capita-betaling gjør at det blir større inntekt av å tilby få tjenester til mange pasienter sammenlignet med om legen tilbyr mange

tjenester til få pasienter. **Per capita-betaling er også den eneste betalingsmodellen som kan bli utgifts-nøytral for kommunene. En ulempe med betalingsmodeller som bruker fast lønn og fast driftstilskudd er at kommuner må veie fordelene ved å rekruttere flere allmennleger mot kutt i andre kommunale tjenester.**

Modeller med stykkprisbetaling oppmuntrer til en annen type av tjenestetilgjengelighet, ved at allmennlegene kompenseres med større takstinntekter for å yte flere tjenester til pasientene. Her skiller begge ordningene som bruker stykkprisbetaling som en del av betalingen seg fra betalingsmodeller som bruker fastlønn.

Et annet aspekt som betalingsmodellene per capita + stykkprisbetaling og driftstilskudd + stykkprisbetaling har til felles, er at det blir noen grad av usikkerhet for legene vedrørende inntekter og kostnader. Som vi ser i Tabell 4-2 er det betaling med fastlønn som gir minst usikkerhet for den enkelte lege.

**Tabell 4-2: Sammenligninger av egenskaper ved tre betalingsmåter slik betalingsmåtene beskrives i internasjonal litteratur om ulike metoder for betaling av allmennleger**

	Fastlønn	Driftstilskudd + stykkpris	Per capita + stykkpris
Oppmuntrer til å yte mange tjenester per pasient	✗	✓	✗
Oppmuntrer til stort samlet tjenestevolum	✗	✓	✓
Oppmuntrer til tilgjengelighet i form av åpningstider	✗	✓	✓
Oppmuntrer til tilgjengelighet for nye pasienter i form av åpen liste	✗	✗	✓
Liten grad av usikkerhet for legen knyttet til arbeidstid og inntekt	✓	✗	✗
Oppmuntrer ikke til pasientseleksjon. Ikke mer kostbart å behandle pasienter med stort behov	✓	✗	✗
Utgiftsnøytral for kommunene	✗	✗	✓

## 4.2 Vil flere leger ønske å bli fastlege hvis fastlegeyrket blir bedre betalt?

Fra forskningen vet vi at hvor mye man betaler allmennleger påvirker:

- 1) arbeidstid blant de som er allmennleger
- 2) hvor mange leger som ønsker å være allmennlege

Den såkalte «konsum og fritid-modellen» kan brukes for å analysere virkninger av betaling på valg av arbeidstid for en som allerede er allmennlege (punkt 1). Denne teorien illustrerer at større betaling har en inntektsvirkning og en substitusjonsvirkning som motvirker hverandre og fører til at man vanligvis forventer at økt betaling gir små endringer i arbeidstiden.<sup>18</sup>

Studier av legers arbeidstilbud tyder på at økt inntekt på marginen har begrenset innvirkning på legers valg av samlet arbeidstid, særlig for fastlønnede, men det påvirker valg av sektor og hvor mye som jobbes i hoved- og bierverv.

<sup>18</sup> Inntektsvirkningen refererer til individets ønske om mer fritid som følge av inntektsøkning. Substitusjonsvirkningen refererer til individets ønske om mindre fritid fordi lønnsøkning gjør det mer kostbart å ta fri.

Resultater fra internasjonal empirisk forskning tyder på at 1 prosent økning i timebetalingen øker legers tilbudte arbeidstid med 0,3 prosent (se for eksempel Nicholson og Propper (2011), Godager og Lurås (2009) og Baltagi, et al., (2005)).<sup>19</sup> Sæther (2003) viser i en studie av alle norske leger at endret lønn ga en begrenset endring for samlet arbeidstid (sum arbeidstid for hoved- og bierverv), men at det påvirket valg av sektor og om «overtiden» ble jobbet i offentlig eller privat sektor. Showalter og Thurston (1997) fant i en amerikansk analyse at leger i næringsdrift ble påvirket av endret marginalsatt, med en tilbudselasticitet på hele 0,33, mens effekten var liten eller ubetydelig for ansatte leger.

I analyser av punkt 2 brukes gjerne såkalt fra prinsippal-agent-teori. Lærebokresultatene gir entydige svar på sentrale spørsmål:

- A) **Økt betaling for å være fastlege (alt annet likt) fører til at fastlegevirksomhet blir relativt mer attraktivt enn andre legeoppgaver og flere ønsker derfor bli fastlege.**
- B) **Endrede krav og vilkår som gjør det mer kostbart å etablere seg i allmennpraksis, eller som gjør allmennpraksis mindre attraktivt, (alt annet likt) fører til at færre ønsker bli fastlege.**

Resultatet i A gjelder uavhengig av om økt betaling skjer ved økning i per capita-sats, økning i fast driftstilskudd, økning i stykkprisbetaling eller økning i fast lønn. En gjennomgang av litteraturen om legers valg av spesialisering og arbeidssted finnes i Nicholson og Propper (2011). Nicholson (2002) er en anerkjent fagartikkel på feltet som finner at dersom at forventet livstidsinntekt for en karrierevei innen allmennpraksis<sup>20</sup> øker med én prosent, så vil en kunne forvente at antallet leger som velger denne karriereveien øker med 1,03 prosent. Omregnet til norske forhold er tolkningen av resultatene i Nicholson (2002) at 10 prosent langsiktig inntektsøkning for allmennleger hadde gitt om lag 10,3 prosent flere allmennleger i en ny langsiktig likevekt. Om vi anslår at Norge har om lag 5 000 leger som arbeider innen allmenmedisin finner vi at dersom denne likevekten ble permanent endret slik at andelen leger som velger allmenmedisin økte med 10,3 prosent ville antall leger i allmenmedisin øke fra 5 000 til 5 515 leger.

Økonomisk teori og empiri tilsier at inntekt er viktig for valg av yrke, og for å bli værende i jobben. Nicholson (2002) gjengir også beskrivende statistikk som viser at forventet livstidsinntekt i amerikansk allmenmedisin økte med 5,5 prosent relativt til andre spesialiteter i perioden 1991 til 1997, og at andelen studenter som valgte å spesialisere seg i allmenmedisin økte fra 22,1 prosent i 1992 til 32,7 prosent i 1998. I diskret-valg-eksperimenter finner Scott, et al., (2020) sterkere effekter enn Nicholson (2002), mens Sivey, et al., (2012) finner en litt svakere effekt enn Nicholson. **Det er altså god evidens for å hevde at økt betaling vil føre til at flere velger bli fastlege.<sup>21</sup> Samtidig har en også andre virkemidler i form av endrede arbeidsvilkår som også kan bidra til å rekruttere flere leger til å bli fastlege.** For eksempel presenterer Sivey, et al., (2012) funn som tyder på at muligheten for få arbeidsoppgaver av akademisk art kan påvirke valg av karrierevei i betydelig grad.

### 4.3 Vil flere fastleger føre til reduksjon i gjennomsnittlig listelengde?

På nasjonalt nivå avhenger den gjennomsnittlige listelengden av forholdet mellom antall listeinnbyggere og antall fastleger. Ettersom antall listeinnbyggere er tilnærmet lik som folkemengden (og nivået på folkemengden kan tas for gitt) kan vi være sikre på at flere fastleger vil føre til kortere gjennomsnittlig listelengde på nasjonalt nivå, og **det finnes ikke andre virkemidler for å redusere gjennomsnittlig listelengde enn å øke antall fastleger.** Dette er viktig ettersom det innebærer at beslutninger fastleger gjør for å endre på egen arbeidstid, eget listetak og egen listelengde ikke kan påvirke gjennomsnittlig listelengde på nasjonalt nivå.

<sup>19</sup> Publiseringsskjevhet i forskning, at studier uten statistisk signifikante effekter får mindre oppmerksomhet, kan ha favorisert studiere med større effekter og ført til at arbeidstidsresponser rapportert i internasjonal forskningslitteratur er overdrevet (Chetty, et al., 2011).

<sup>20</sup> Begrepet som benyttes av Nicholson er «Family practice».

<sup>21</sup> Forskningen referert til her tar for seg beslutningen om å spesialisere seg i et fagområde. Virkningen av økonomiske insentiver er altså langvarige.

**Om tallet på fastleger står på stedet hvil, kan gjennomsnittlig listelengde blant de eksisterende fastleger bare reduseres ved at antall personer på liste uten fast lege øker.** Dette er ikke ønskelig ettersom det medfører at flere listeinnbyggere havner uten fast lege. Generelt er det ønskelig å holde antall personer uten fast lege så lavt som mulig.

#### 4.4 Tilbud og etterspørsel etter listeansvar

I avsnitt 4.2 viste vi at det er faglig grunnlag for å hevde at bedre betaling av fastleger vil føre til at flere blir fastleger, og dette resultatet vil gjelde for alle tre betalingsmodellene fra avsnitt 4.1. Økning i per capita-satsen, økning i stykkprisbetalingen, eller økning i fastlønn, vil være virkemidler som er egnet til å øke motivasjonen til å bli fastlege. I avsnitt 4.1 så vi at **et fordelaktig særtrekk ved modeller som inkluderer per capita-betaling er at denne type betaling oppmuntrer til god tilgjengelighet ved at leger belønnes for å ha åpen liste som kan velges av nye pasienter. Økt per capita-betaling gir inntektsøkning kun for leger som mottar per capita-betaling, mens økt stykkprisbetaling vil øke inntekten for alle allmennleger som mottar stykkprisbetaling uavhengig av om de mottar per capita-betaling eller ei.**

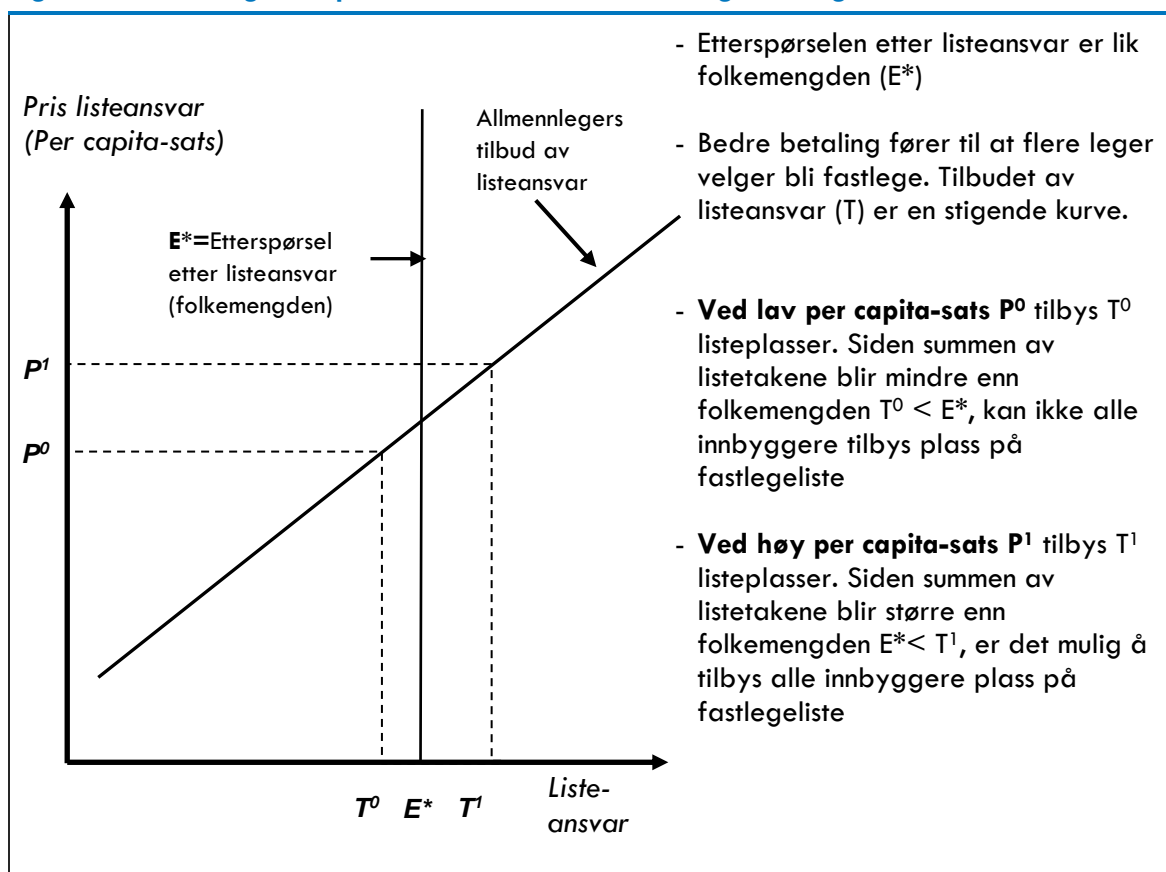
Til forskjell fra økninger i stykkprisbetalingen oppmuntrer per capita-betaling til listeansvar, mens økt stykkprisbetaling vil kunne oppmuntre til økt aktivitetsnivå. Aktivitetsnivået i allmennlegetjenesten er høyt, i sterk vekst (noe av veksten skyldes trolig pandemien), og en stor del av konsultasjonene leveres av vikarleger. Samtidig så vi i Figur 3-2 at tilbudet av listeansvar målt ved summen av listetakene nå har blitt mindre enn etterspørselen etter listeplasser. Derfor er det faglig belegg for å anbefale at økninger i betalingen til fastleger skjer ved at per capita-satsen økes.<sup>22</sup>

Virkingen av økt basistilskudd på fastlegeordningen er illustrert i Figur 4-1. Den horisontale aksene i diagrammet representerer omfanget av listeansvar i form av summen av listetak, hvor omfanget av listeansvar øker mot høyre. Den vertikale aksene i diagrammet representerer basistilskuddet som er prisen på listeansvar i fastlegeordningens hovedmodell, hvor å bevege seg oppover innebærer en økning i basistilskuddet. Den stigende tilbudskurven viser allmennlegers samlede listetak for ulike satser av basistilskudd. Tilbudskurven er stigende som følge av at bedre betalt fastlegevirksomhet fører til at flere ønsker å bli fastlege og signerer avtaler om listetak med kommuner. Om endringer i andre forhold enn basistilskuddet gjør fastlegevirksomhet mer attraktivt vil dette medføre at tilbudskurven skifter mot høyre, og motsatt ved endringer som gjør fastlegevirksomhet mindre attraktivt.

Etterspørsel etter listeansvar er gitt ved folkemengden,  $E^*$  og er en loddrett kurve. Kurven er loddrett fordi folkemengden ikke påvirkes av hvordan fastleger betales. Ved lav per capita sats  $P^0$  tilbys  $T^0$  listeplasser. Siden summen av listetakene blir mindre enn folkemengden  $T^0 < E^*$ , kan ikke alle innbyggere tilbys plass på fastlegeliste og noen innbyggere blir dermed stående på liste uten fast lege. Dersom basistilskuddet økes fra  $P^0$  til  $P^1$  vil antallet listeplasser som tilbys av allmennleger øke fra  $T^0$  til  $T^1$ . Siden summen av listetakene ( $T^1$ ) med dette blir større enn folkemengden ( $E^*$ ), blir det i den nye situasjonen med høyere basistilskudd mulig å tilby alle innbyggere plass på fastlegeliste.

<sup>22</sup> Léger (2008) gir en enkel og leservennlig introduksjon til modeller som illustrerer fordelene med å benytte betalingsmodeller som er satt sammen av flere betalingskomponenter, og Gosden, et al., (2001), Iversen og Lurås (2012) og Iversen (2016) gir detaljerte gjennomganger av litteraturen om betalingssystemer for allmennleger.

Figur 4-1: Tilbud og etterspørsel etter listeansvar i fastlegeordningen



Resultatene fra internasjonal litteratur eksemplifisert med bruk av økninger i per capita-sats og illustrert i Figur 4-1, gir faglig belegg for å hevde at økt per capita-betaling vil føre til at flere blir fastlege, at tilbudet av listeansvar går opp, at gjennomsnittlig listelengde går ned og at flere innbyggere får listeplass og mulighet til å velge lege. Samtidig vil en vesentlig økt per capita-sats (for eksempel tilsvarende den kommunale tiltakspakken i Tromsø, der per capita-satsen er økt med 60 prosent under knekkpunktet) medføre betydelige budsjettkonsekvenser. **Siden det også finnes en rekke andre virkemidler som kan bidra til å gjøre fastlegevirksomhet mer attraktiv, kan det være nødvendig å sammenligne fordeler og ulemper ved alternative kombinasjoner av virkemidler.** Dette kan for eksempel skje i en kombinasjon med økte takster (som stimulerer til økt aktivitet), gitt at veksten i basistilskudd er prosentvis høyere. Eksempler på andre virkemidler er tidsbegrensede etableringstilskudd for å redusere risikoen for leger som ønsker å arbeide som fastlege. For å gi mer treffende økonomisk kompensasjon for eksisterende arbeidsbelastning kan risikojustert basistilskudd, altså differensiering av basistilskuddet utfra kjennetegn ved listeinnbyggerne, være aktuelt. Avhengig av hvordan risikojusteringen innrettes kan dette gi økt inntekt for lister med flere eldre og pasienter med særlige behov, og i gjennomsnitt øke basistilskuddet for leger i mindre kommuner. Leger med særlig belastende liste kan slik også redusere sin listelengde noe mer, uten å gå ned i inntekt, mens virkningen blir motsatt for leger med mindre belastende lister. Et risikojustert basistilskudd kan gjøre at fastlegene opplever en større grad av samsvar mellom finansieringsordning og arbeidsbelastning.

Som vist i kapittel 4.3, vil økt basistilskudd gi legene et insentiv for å ha mange pasienter på listen, og det vil kunne bidra til at det kommer flere leger inn i ordningen. Hvordan fastlegene faktisk vil reagere på økt basisfinansiering bestemmes av deres preferanser for inntekt og ulike ikke-økonomiske jobbkarakteristikker. I et valgkspesiment viser Holte m. fl. (2015b) at fastlegens preferanser for inntekt er referanseavhengige, det vil si at de har en sterk aversjon mot å gå ned i lønn og er relativt lite opptatt av å gå opp i lønn. Nærmere bestemt viser studien at fastlegene verdsetter tap fra deres nåværende inntektsnivå rundt tre ganger høyere enn tilsvarende gevinst.

Eksperimentet viser samtidig at legene verdsetter ikke-økonomiske sider av jobben høyt, for eksempel mulighet for å kontrollere egen arbeidstid og faglig utvikling. I sum betyr det at fastlegene vil kreve betydelig høy økonomisk kompensasjon, i form av inntektsøkning på toppen av sin nåværende inntekt, for å godta at de ikke-økonomiske forholdene forverres.

Resultatene fra valgekspperimentet med norske fastleger gir støtte til teorien om referanseavhengig nytte, der Kahneman og Tversky foreslår at individer danner preferanser i forhold til 'referansetilstander', hvor tap tillegges større vekt enn gevinster («losses loom larger than gains») (Kahneman & Tversky, 1979; Tversky & Kahneman, 1991). I tilfellet med norske fastleger, er det ikke gitt at 'referansetilstanden' behøver å være deres nåværende inntekt, men resultatet fra eksperimentet indikerer at de fleste legene orienterer seg ut fra dette nivået og at de i stor grad har nådd sin «målinntekt» (Holte, et al., 2015a). Et liknende eksperiment med norske medisinstudenter indikerer at de unge legene former preferanser ut fra inntektsnivået for unge sykehusleger (Holte, et al., 2015b). Det finnes også internasjonale (ikke-eksperimentelle) studier som indikerer at legenes preferanser er referanseavhengige (Rizzo & Blumenthal, 1996; Rizzo & Zeckhauser, 2003).

Basert på resultatene fra valgekspperimentet med norske fastleger (Holte m. fl., 2015a), vil vi forvente at mange av de etablerte legene kommer til å redusere listelengden, omtrent ned til det antallet som sikrer at deres nåværende inntektsnivå holdes konstant, hvis basistilskuddet økes. Likevel er det stor usikkerhet knyttet til om resultatene fra hypotetiske valgekspperimentet lar seg overføre til virkeligheten. Det er også usikkerhet knyttet til hvor stor effekt økt basistilskudd vil ha på rekruttering og på å beholde fastleger over tid.

#### 4.5 Ulike driftsformer i fastlegeordningen

Hovedmodellen for betaling i fastlegeordningen er privat næringsdrift, men det finnes også andre typer driftsformer som benyttes i varierende omfang og med ulik sammensetning av fast og aktivitetsbasert inntekt. Ved privat næringsdrift har fastlegen 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 ut fra takstene i normaltariffen.

Selv om hovedmodellen er privat næringsdrift, åpner avtaleverket imidlertid 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.

Ved utgangen av 2021 var det totalt 4 961 fastleger i Norge.<sup>23</sup> Av disse var 772 fastlønnet (tilsvarende 16 prosent), mens 4 189 var næringsdrivende.<sup>24</sup> Legene håndterte til sammen 4 997 fastlegelister, i tillegg til at det var 233 lister uten fast lege og 9 nyopprettede lister (med fastlege) uten noen pasienter på listen. I tillegg kommer en stor andel leger med andre tilknytningsformer. Vi har beregnet fordelingen av fastleger på de ulike driftsformene basert på tall fra FLO for antall næringsdrivende og fastlønnede fastleger, kombinert med funn fra spørreundersøkelsen for antallet med 8.2-avtale og bonusordning. **Blant de fire hovedkategoriene av driftsformer, tyder våre estimat på at 72 prosent av fastlegene har ren næringsdrift, mens 12 prosent har næringsdrift med 8.2-avtale. De resterende 16 prosent har fastlønn, hvorav omtrent halvparten har en bonusavtale med kommunen.**

Utbredelsen av ulike driftsformer og avtaletyper varierer mellom kommuner (Tabell 4-3). For eksempel er fastlønn betydelig mer utbredt i små kommuner enn i store kommuner målt etter innbyggertall. Våre estimat tilsier at over halvparten av alle fastlønnede fastleger jobber i kommuner med under 10 000 innbyggere. Resultatene fra Oslo Economics' spørreundersøkelse til

<sup>23</sup> Tallene inkluderer ikke leger registrert uten registrerte listepasienter på talletidspunktet.

<sup>24</sup> 13 leger jobbet i 2021 både på en liste med fastlønn og en liste med næringsdrift. Disse er talt som fastlønn.

fastleger i januar 2022 viser at blant næringsdrivende fastleger er 8.2-avtale utbredt i mindre folkerike kommuner, mens det er få fastleger med 8.2-avtale i folkerike kommuner.

- I kommuner med under 5 000 innbyggere er flertallet av fastlegene fastlønnnet, 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 fastlønnnet.
- 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 4-3: Estimert andel av fastleger med ulike typer driftsform fordelt på kommunestørrelse, ved utgangen av 2021**

Kommune- størrelse	Næringsdrift etter hovedmodellen	Næringsdrift med 8.2 avtale	Fastlønnnet	Fastlønnnet med bonusavtale	Antall fastleger
Under 5 000 innbyggere	6 %	36 %	25 %	32 %	505
5 000 til 10 000 innbyggere	35 %	38 %	17 %	10 %	498
10 000 til 50 000 innbyggere	74 %	12 %	8 %	6 %	1 854
50 000 til 100 000 innbyggere	92 %	2 %	4 %	2 %	734
Over 100 000 innbyggere	97 %	0 %	2 %	1 %	1 406
<b>Totalt</b>	<b>3 608 (72,2 %)</b>	<b>611 (12,2 %)</b>	<b>413 (8,3 %)</b>	<b>365 (7,3 %)</b>	<b>4 997*</b>

Kilde: FLO og Oslo Economics' spørreundersøkelse til fastleger januar 2022. \*36 fastleger har liste i to kommuner med ulik størrelse og telles dermed to ganger.

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, såkalte 8.2-avtaler.<sup>25</sup> En **8.2-avtale innebærer som regel at kommunen beholder hele eller deler av basistilskuddet i bytte mot at kommunen dekker faste driftsutgifter ved legekantoret og/eller tar ansvar for administrasjon og ansettelse av annet personell på legekantoret.**

Det finnes lite systematisk informasjon om omfanget av og innholdet av ulike typer 8.2-avtaler. Funn fra spørreundersøkelsen til fastleger og funn fra intervjuer med fastleger og representanter fra kommunene tyder på at det er stor variasjon i hvordan de ulike avtalene er utformet og hva de omfatter. Den vanligste typen 8.2-avtale virker å være at kommunen beholder fastlegens basistilskudd mot at kommunen dekker legekantorets faste driftsutgifter knyttet til lokaler, hjelpepersonell og utstyr (ofte omtalt som nullavtale). Det finnes imidlertid en rekke ulike variasjoner, for eksempel at kommunen kun beholder deler av basistilskuddet, eller får en fast sum eller en fast sum per listepasient per måned.

Representanter fra kommuner som benytter 8.2-avtaler forklarer i intervjuer at de anser avtalene som lukrative for fastlegene. Sett fra kommunens ståsted er bruken av avtalene et verktøy for å sikre rekruttering, samt stabilitet og kontinuitet i fastlegekorpsset. Både representanter for

<sup>25</sup> Punkt 8.2 i ASA 4310 Rameavtale mellom KS og legeforeningen: Avtale om at kommunen stiller med kontor, utstyr, hjelpepersonell mv.



kommunen og fastleger oppgir at kommuner benytter mange ulike tiltak for å rekruttere nye fastleger, som for eksempel 8.2-avtaler, tilbakekjøpsgarantier i form av en viss prosentandel av listens opprinnelige verdi, tilskudd til nye fastleger for kjøp av liste, og overgangsfase på et par år med fastlønn før selvstendig næringsdrift. Etableringstilskudd for kjøp av liste kan for eksempel være viktig både for å hjelpe legen som skal rekrutteres, og for å hjelpe legen som skal selge sin liste. Det har også vært eksempel på at kommunen har hjulpet med bolig, tomt og barnehageplass for å gjøre en avtale om næringsdrift mer attraktiv.

Blant fastleger ansatt i kommunen, har noen fast inntekt som ikke avhenger av aktiviteten, mens andre har bonusordninger i tillegg, som gjør at en viss andel av inntektene er aktivitetsbaserte. Blant fastlegene med bonusavtale i vår spørreundersøkelse var det vanligste å motta mellom 20 og 30 prosent av egenandeler og refusjon i bonus.

## 4.6 Utvikling i betaling av næringsdrivende fastleger

I det følgende ser vi nærmere på hvordan de ulike delene i betalingen av næringsdrivende fastleger, som utgjør i underkant av 85 prosent av dagens fastleger, har utviklet seg over tid. Som beskrevet i delkapittel 4.1 vil betalingen av fastlønnede fastleger ikke påvirkes av endringer i basistilskudd og takster på samme måte som for næringsdrivende fastleger.

### 4.6.1 Dagens inntektsnivå blant fastleger og sammenligning med inntektsnivå blant sykehusleger

For å anslå fastlegers inntektsnivå har vi innhentet statistikk fra SSB, KS' PAI-register og rapporter der inntekt og lønn er omtalt. Inntekt og lønn er anslått for tre grupper; nye LIS3/ALIS, alle LIS3/ALIS og spesialister i allmennmedisin. Der det kun foreligger statistikk for et større utvalg av leger, er det etablert anslag for undergruppen basert på vektet inntekt og lønn etter gruppenes størrelse og kjente forskjeller.

Næringsdrivende fastleger mottar lønn og næringsinntekt, mens fast ansatte fastleger i hovedsak mottar lønn, men kan også ha næringsinntekt i legevakt i enkelte kommuner. SSB har i ulike analyser kartlagt inntekt og lønn for fastleger, som vi benytter som analysegrunnlag. Inntekt og lønn er ikke direkte sammenlignbare størrelser, men SSB har så langt som mulig korrigert for forhold som andre inntektsforhold og sosiale kostnader. Lønnsstatistikken viser legenes samlede lønn, inkludert tillegg og overtid. Vi har også i tillegg forsøkt å estimere tillegg for andre oppgaver som legevakt, enten dette godtgjøres som lønn eller inntekt. Det er forskjeller mellom spesialiteter, geografi med videre, både for fastleger og sykehusleger, men vi har basert oss på nasjonale gjennomsnittstall.

Statistikken er fra ulike år og alle tall er derfor prisjustert til 2021-kroner. Hvordan inntekten og lønnen til fastlegene har utviklet seg i perioden 2018-2021 er usikkert. På den ene siden har samlet inntjening per liste (i form av basistilskudd og takstinntekter) økt med om lag 18 prosent i perioden 2018-2021 (ikke prisjustert). Samtidig er det mange som peker på at utgiftene til fastlegene har økt i samme periode, slik at nettoøkningen er usikker. Gitt usikkerheten rundt utviklingen i inntekter og kostnader har vi som et konservativt estimat valgt å benytte SSBs konsumprisindeks for å justere lønnsstatistikken til 2021-kroner. For perioden 2018-2021 tilsvarer for eksempel prisveksten 9,8 prosent.

**Tabell 4-4: Statistikk om inntekt og lønn for fastleger: fast ansatte og næringsdrivende (2021-kroner).**

	Informasjonskilde	Nye LIS3/ALIS	Alle LIS3/ALIS	Spesialister
Næring	SSB 2020/14 (tabell 4.1) Øvre kvartil			1 985 634
Næring	SSB 2020/14 (tabell 3.3) Gjennomsnitt		1 601 145	1 601 145
Næring	SSB 2020/14 (tabell 4.1) Nedre kvartil	1 284 129	1 284 129	
Næring	SSB 2020/14 (tabell 3.3), vektet for nye LIS3/ALIS, alle LIS3/ALIS og spesialister, basert på KS PAI	1 163 262 (vekt = 0,73)	1 526 987 (vekt = 0,95)	1 734 642 (vekt = 1,08)
Fast	SSB 2020/14 (tabell 4.1), vektet for nye LIS3/ALIS, alle LIS3/ALIS og spesialister, basert på KS PAI	1 238 738 (vekt = 0,73)	1 626 062 (vekt = 0,95)	1 847 191 (vekt = 1,08)
Fast	ALIS-evaluering <sup>26</sup>	785 102		
Fast	KS PAI (ett lønnsforhold)		1 030 585	1 170 734
Fast	Vektet gjennomsnitt ALIS og KS PAI	907 843		
Fast	Vektet gjennomsnitt ALIS og KS PAI inkl. anslag annen inntekt	1 069 736		
Fast	SSB 2020/14 (tabell 3.3), vektet for nye LIS3/ALIS, alle LIS3/ALIS og spesialister, basert på KS PAI	1 031 763	1 354 371	1 538 552
Fast	SSB 2020/14 (tabell 3.3)		1 420 146	1 420 146

**Kilde: KS PAI, SSB (2020) og Gaski, et al. (2021). Analyse Oslo Economics og UiO. Note: Sosiale kostnader er ikke inkludert. Prisindeks: SSB, KPI. Referanse til tabell i SSB-rapport i parentes. Statistikken er mangelfull, og sammenstillingen bygger på forenklete forutsetninger. Tallene må derfor tolkes med varsomhet.**

For nye LIS3/ALIS som fast ansatt anslås en lønn på 900 000 kroner (2021) omtrent tilsvarende gjennomsnittet av lønnsanslaget basert på tall fra ALIS-evalueringen (785 000) og gjennomsnittet av ALIS og KS PAI-register inkludert anslag for annen inntekt fra andre kommunale oppgaver (1 069 000).

For nye næringsdrivende LIS3/ALIS anslås en bruttoinntekt<sup>27</sup> på 1,2 millioner kroner basert på at nedre kvartil blant næringsdrivende fastleger i SSBs kartlegging (1 284 000) og gjennomsnittlig bruttoinntekt fra SSB justert for forholdet mellom LIS3 og alle fastleger fra KS' PAI-register (1 163 000), begge ligger på rundt 1,2 millioner kroner.

For alle LIS3/ALIS samlet anslås lønnen til en fast ansatt lege til 1,3 millioner kroner. Dette er basert på gjennomsnittlig inntekt for fast ansatte leger fra SSBs kartlegging justert for forholdet i lønn mellom de som ikke er spesialister relativt til alle fastleger basert fra KS PAI-register (1 354

<sup>26</sup> Nasjonalt senter for distriktsmedisin (2020), Utdanningsstillinger i allmenmedisin: ALIS-Vest – Delrapport 3.

<sup>27</sup> Se SSB 2020/14 for definisjon. Bruttoinntekt er all inntekt (Næringsinntekt fratrukket driftskostnader, samt lønn).

000). Vi runder imidlertid ned til 1,3 millioner ettersom lønn for fastleger som ikke er spesialister er noe lavere i KS' PAI-register (1 030 000), selv om denne antagelig er litt lav.

For næringsdrivende LIS/ALIS samlet anslås bruttoinntekt til 1,5 millioner kroner. Dette er basert på at inntekten forventes å være litt under gjennomsnittlig bruttoinntekt for næringsdrivende fastleger i SSBs kartlegging (1 601 000) og dersom dette gjennomsnittet vektet med forholdet i lønn mellom de som ikke er spesialister og alle fastleger i KS' PAI-register ligger dette på i overkant av 1,5 millioner kroner (1 526 000).

For fast ansatte fastleger som er spesialister i allmenntilleggsmedisin anslås lønnen til 1,4 millioner kroner. Dette er basert på gjennomsnittlig lønn for fast ansatte fastleger i SSBs kartlegging (1 420 000) og gjennomsnittlig lønn for fast ansatte leger i KS' PAI-register (1 170 000) som antagelig er litt lav ettersom den ikke fullt ut reflekterer lønn fra andre allmenntilleggsmedisinske oppgaver.

For næringsdrivende fastleger som er spesialister anslås bruttoinntekt til 1,85 millioner kroner. Dette er et beste anslag basert på bruttoinntekten til øvre kvartil av næringsdrivende leger i SSBs kartlegging (1 985 000) og gjennomsnittlig bruttoinntekt for næringsdrivende leger i SSBs kartlegging justert for forholdet mellom lønnen til fastlege som er spesialist og alle fastleger i KS' PAI-register (1 734 000).

Som sammenligningsgrunnlag for fastlegenes lønnsnivå har vi også utarbeidet anslag på lønnsnivået til sykehusleger basert på offentlig statistikk fra SSB (Tabell 4-5). Lønnen er anslått til 850 000 kr for nye LIS3. Dette legger til grunn at lønnen ligger mellom minimumslønnen inkludert tillegg for LIS3 (827 000) og nedre kvartil av lønnen til heltidsansatte på sykehus fra SSBs lønnsstatistikk (883 000). For alle LIS3/ALIS samlet sett er lønnen på sykehusnivå anslått til 1,05 millioner kroner. Dette er basert på at lønnen ligger et sted mellom nedre kvartil (883 000) og gjennomsnittlig lønn (1 149 000) for heltidsansatte på sykehus. For spesialister er lønnen på sykehusnivå anslått til 1,35 millioner kroner. Her er det lagt til grunn at lønnen tilsvarer øvre kvartil av lønnen til heltidsansatte på sykehus (1 358 000).

**Tabell 4-5: Lønnsstatistikk for sykehusleger (2021-kr, ekskl. sosiale kostnader)**

	Kroner (2021)
Minimumslønn*	827 840
Nedre kvartil**	883 800
Gjennomsnitt**	1 149 120
Øvre kvartil**	1 358 040

\* Minimumslønn, inkl. skjønsmessig anslag tillegg for LIS3. Grunnlønn hentet fra yngrelegersforening.no. \*\* SSB, tabell 11418, månedslønn inkl. overtidsbetaling, alle tillegg og bonuser for heltidsansatte legespesialister 2021.

**Våre beste anslag utfra tilgjengelig statistikk tyder på at fastleger har et høyere inntektsnivå enn sykehusleger, og at næringsdrivende fastleger i gjennomsnitt tjener mer enn fast ansatte fastleger (Tabell 4-6).** Det er flere faktorer som påvirker lønnsnivået i de ulike gruppene av leger; for eksempel vil antagelig ulik arbeidstid være en forklaring på forskjellen i inntektsnivå mellom de ulike gruppene.

**Tabell 4-6: Anslag på lønn/bruttoinntekt for næringsdrivende og fast ansatte fastleger og sykehusleger (2021-kr, ekskl. sosiale kostnader)**

	Næringsdrivende fastlege	Fast ansatt fastlege	Sykehuslege
Nye LIS3/ALIS	1 200 000	900 000	850 000
Alle LIS3/ALIS	1 500 000	1 300 000	1 050 000
Spesialister	1 850 000	1 400 000	1 350 000

Analyse Oslo Economics og UiO. Note: Statistikken er mangelfull, og sammenstillingen bygger på forenklete forutsetninger. Tallene må derfor tolkes med varsomhet.

#### 4.6.2 Utvikling i basistilskudd

I perioden 2015 til 2019 økte basistilskuddet (per capita-satsen) fra 427 til 499 kroner (Tabell 4-7). I 2020 ble det, som del av handlingsplanen, innført et knekkpunkt fra og med 1 001 listeinnbyggere, med en høyere sats under knekkpunktet (577 kroner i 2020 og 642 kroner i 2021) enn over (499 kroner i 2020 og 526 kroner i 2021). Fra 2015 til 2017 fulgte basistilskuddet per listeinnbygger inflasjonen før det økte med 5 prosent (justert for inflasjon) i 2018. Med handlingsplanen ble basistilskuddet økt med 12 prosent (justert for inflasjon) i 2020, mens veksten i 2021 var på 7 prosent. Økningen i basistilskudd innebærer at en fastlege med 1 000 pasienter på liste som fikk 427 000 kroner i basistilskudd i 2015, fikk 642 000 kroner i basistilskudd i 2021 (som tilsvarer 553 000 i 2015-kr). Ved innføringen av fastlegeordningen i 2001 var basistilskuddet på 278 kroner, noe som justert med lønnsindeks tilsvarer om lag 600 2021-kr.

**Tabell 4-7: Utviklingen i basistilskudd (per capita-sats) i perioden 2015-2021**

Basistilskudd	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Inntil 1 000 listeinnbyggere	427	442	451	486	499	577	642
Fra og med 1 001 listeinnbyggere	427	442	451	486	499	499	526
Gjennomsnitt per listeinnbygger*	427	442	451	486	499	567	626
Inflasjonsjustert gjennomsnitt per listeinnbygger (2015-kr)	427	427	427	448	450	505	539
Sum basisfinansiering hvis 1 000 pasienter	427 000	442 000	451 000	486 000	499 000	577 000	642 000
Sum basisfinansiering hvis 1 200 pasienter	512 400	530 400	541 200	583 200	598 800	676 800	747 200

Note: \*Gjennomsnittlig per capita-sats er beregnet med utgangspunkt i basistilskuddsrapporter per desember i henholdsvis 2020 og 2021.

Hensikten med innføringen av knekkpunktet var blant annet å gi incentiver til listereduksjon. Det er betydelig variasjon i lengden på fastlegenes lister og det er tydelig sammenheng mellom lengden på en fastleges liste og kjennetegn ved legen og kommunen. Sammenlignet med lister med under 1 000 innbyggere, er lister med over 1 000 innbyggere tilknyttet leger med en høyere gjennomsnittsalder, en høyere andel menn, og en høyere andel folkerike kommuner (over 50 000 innbyggere) (Tabell 4-8). Tilnærmet alle lister (98 prosent) med over 1 000 innbyggere er tilknyttet fastleger med næringsdrift. Innføring av knekkpunkt har virkninger som avhenger av om listelengden er over eller under knekkpunktet. Blant fastleger med lange lister er mannlige leger eldre enn 50 år i store kommuner overrepresentert. Det betyr at innføringen av knekkpunkt gir næringsdrivende, mannlige leger over 50 år i kommuner med over 50 000 innbyggere incentiv til å redusere listen.

**Tabell 4-8: Kjennetegn ved fastlegelister av ulik lengde ved utgangen av 2021**

Listelengde	Gjennomsnittsalder lege	Andel mannlig lege	Andel fastlønnnet	Andel i kommune med over 50 000 innbyggere	Antall lister
0 - 499	44	47 %	68 %	20 %	272
500 - 999	44	45 %	27 %	22 %	1 985
1 000 - 1 499	49	56 %	2 %	57 %	2 327
1 500 – 1 999	53	79 %	0 %	74 %	360
Over 2 000	57	83 %	0 %	79 %	53

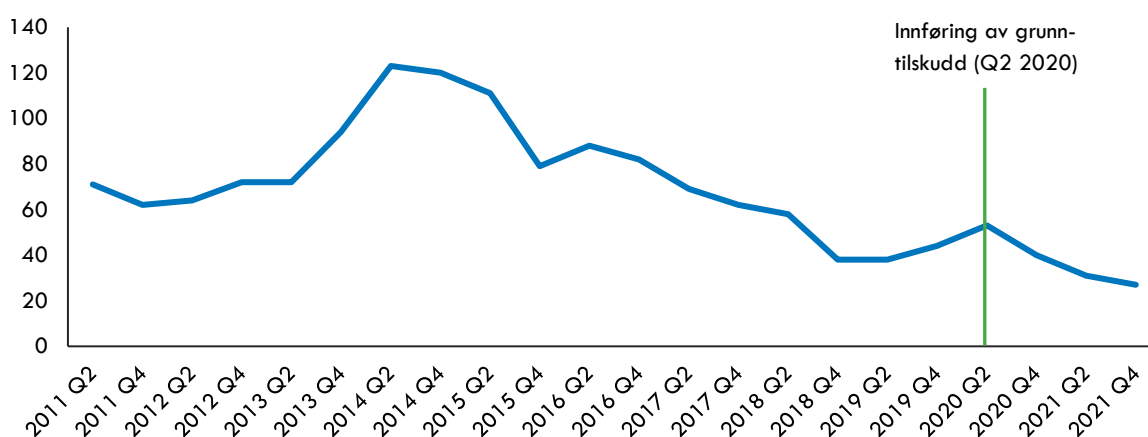
Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics.

### Innføring av tidsbegrenset grunntilskudd

Med handlingsplanen ble det i andre kvartal 2020 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 (321 000 kr i 2021) 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.

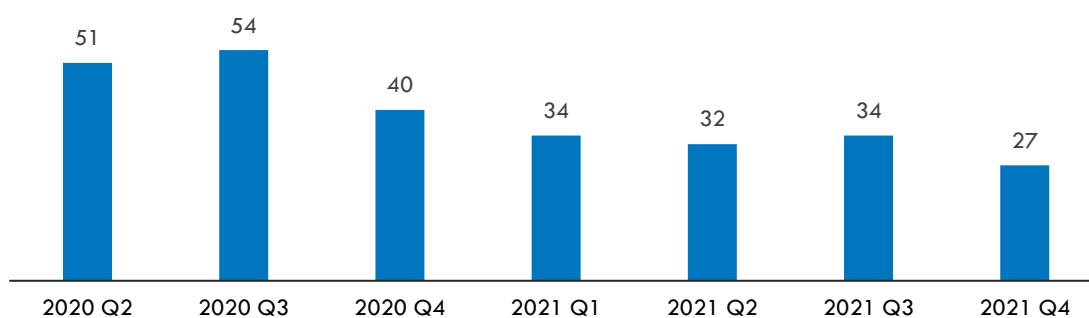
Antall fastleger som oppfyller kriteriene for grunntilskudd (ufrivillig kort liste og avtale inngått i løpet av de siste to årene) har variert over tid (Figur 4-2). **På landsbasis er det få fastleger som mottar grunntilskudd, og antallet har falt siden ordningen ble innført;** fra 51 fastleger ved innføringen i andre kvartal 2020, til 27 fastleger ved utgangen av 2021 (Figur 4-3). Kommunene er tildelt 50 millioner kroner i 2021 for å dekke utbetalingene av grunntilskudd. I 2021 er det til sammen derimot kun utbetalt om lag 3,5 millioner kroner.

**Figur 4-2: Antall næringsdrivende fastleger som oppfylte kriteriene\* for grunntilskudd, 2011-2021**



Kilde: FLO. \* Innføringen av grunntilskudd i mai 2020 er markert i grønt. Med å oppfylle kriteriene for grunntilskudd menes å ha listelengde på under 500 pasienter, listetak på over 500 pasienter (altså at den korte listelengden er ufrivillig) og at man har startet opp som fastlege i løpet av de siste to årene.

**Figur 4-3: Antall fastleger\* med grunntilskudd siden ordningen ble innført i 2020**



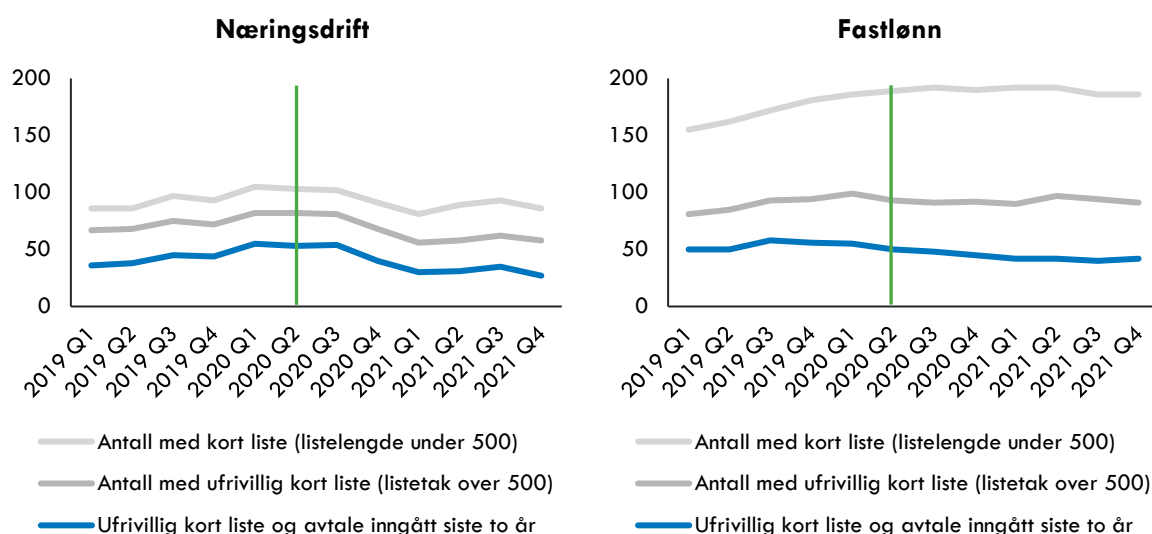
Kilde: FLO. \* Lister uten fast lege er holdt utenfor.

**At kun et fåtall fastleger mottar grunntilskudd, kan henge sammen med at rekruttering til fastlegeyrket generelt er lavt, eller at nye lister raskt tilføres nye pasienter.** Selv om nedgangen i antall fastleger som oppfylte kriteriene for grunntilskudd isolert sett kan tolkes som at innføringen av grunntilskudd har hatt liten effekt, vet vi ikke hvordan situasjonen hadde utviklet seg uten innføring av grunntilskudd, og om enda færre ville ha startet opp som næringsdrivende fastlege med kort liste. Kun én av fastlegene vi har intervjuet, har under 500 pasienter på listen, og hadde nylig startet som næringsdrivende fastlege på tidspunktet for intervjuet. Ifølge denne fastlegen var innføringen av grunntilskudd avgjørende for «å tørre» å starte som næringsdrivende.

Det er kun næringsdrivende leger som mottar grunntilskudd, ettersom fastlønnes inntekt ikke påvirkes direkte av listelengde. Dersom flere kommuner tilbyr fastlønn til nye fastleger enn tidligere, kan det bidra til å senke terskelen for de som vurderte å starte opp som fastlege, uten bruk av grunntilskudd. Antall fastlønnede fastleger med liste på under 500 pasienter har derimot vært nokså uendret siden grunntilskudd ble innført, slik at dette ikke synes å forklare nedgangen i antall med grunntilskudd.

Andre mulige forklaringer på nedgangen i antall mottakere av grunntilskudd kan være at færre av fastlegene med kort liste har vært fastlege i mindre enn to år, eller at nedgangen i ledige listeplasser totalt sett har gjort det mer sannsynlig at de som ønsker en liste på over 500 pasienter (altså har listetak over 500) klarer å oppnå ønsket listelengde. Dersom flere oppnår ønsket listelengde vil man forvente at differansen mellom antall fastleger med kort liste og antall fastleger med ufrivillig kort liste øker. I perioden 2019-2021 har derimot både antall fastleger med kort liste, antall med ufrivillig kort liste og antall som kvalifiserte til grunntilskudd samvariert (Figur 4-4). Dette tyder på at det heller er lav rekruttering til fastlegeyrket generelt som er hovedårsaken til at så få mottar grunntilskudd.

**Figur 4-4: Antall næringsdrivende fastleger med kort liste**

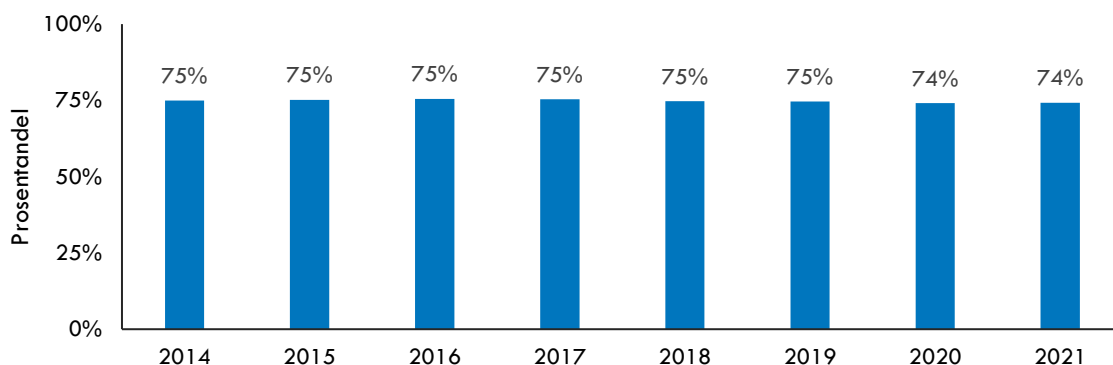


Kilde: FLO. \* Innføringen av grunntilskudd i mai 2020 er markert i grønt.

#### 4.6.3 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 (Figur 4-5).<sup>28</sup> At andelen av betalingen som er aktivitetsbasert har ligget stabilt betyr at den aktivitetsbaserte betalingen har økt i takt med økningen i basistilskudd.

**Figur 4-5: Utviklingen i andel aktivitetsbasert betaling i allmennlegetjenesten 2014-2021, målt ved takstinntekter eksklusiv legevakt (prosent).**



Kilde: KUHR, 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.

#### 4.6.4 Økonomisk kompensasjon ved sykefravær

Et av tiltakene i handlingsplanen var å styrke sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) i 2020. I forbindelse med fremleggelse av handlingsplanen ble SOP tildelt 25 millioner kroner i 2020 (Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger, 2021).<sup>29</sup> Resultatene i spørreundersøkelsen blant fastleger viser at **64 prosent av fastlegene er helt eller litt uenig i at de opplever at**

<sup>28</sup> Aktiviteten til vikarlegene er inkludert i beskrivelsene vi gir av aktivitetsbasert betaling. Dersom aktiviteten til vikarleger hadde blitt holdt utenfor ville andelen aktivitetsbasert betaling i allmennlegetjenesten framstått som lavere.

<sup>29</sup> SOPs formål 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.

**økonomisk risiko ved sykefravær har blitt redusert siden 2020**, mens kun 10 prosent er litt eller helt enig i dette. Andelen som er litt eller helt uenig er høyere blant selvstendig næringsdrivende fastleger (67 prosent) enn kommunalt ansatte fastleger (37 prosent) (spørsmål 18 i vedlegg B).

*«Så lenge jeg holder meg frisk er lønna bra, men jeg gruer meg til en planlagt operasjon med tanke på eventuelle bivirkninger/skade etter den. [Jeg] utsetter egen helse på grunn av jobben.»*

---

Sitat fra en fastlege, oppgitt i spørreundersøkelsen

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser også at **50 prosent av fastlegene er litt eller helt enige i at SOP er et viktig virkemiddel for å sikre rekruttering og stabilisering i allmennlegetjenesten**. Denne andelen er høyere blant de selvstendig næringsdrivende fastlegene (53 prosent) enn de kommunalt ansatte fastlegene (35 prosent).

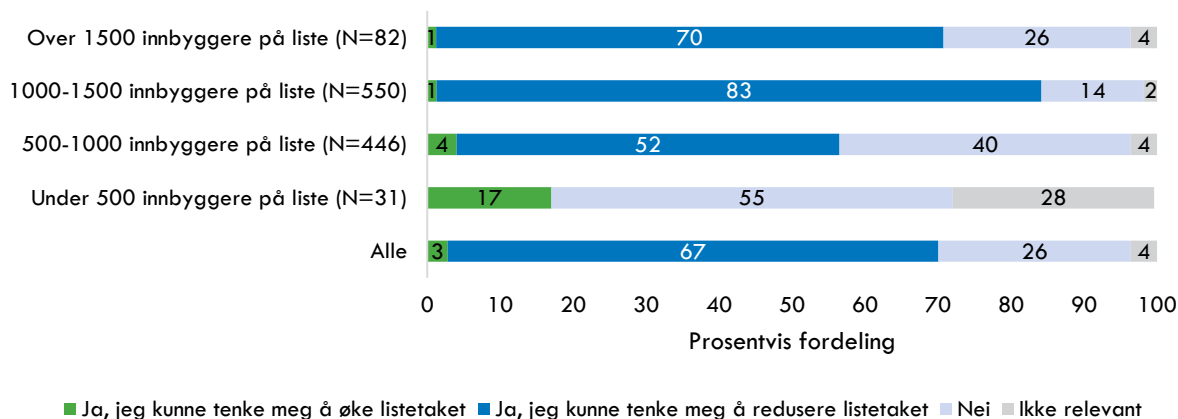
Noen av kommunerepresentantene kommenterer i intervjuene at økonomisk tap ved sykefravær er en ulempe for fastlegene med næringsdrift. De peker på at å sikre bedre økonomisk kompensasjon ved sykefravær er en del av det å sikre økonomisk trygghet og forutsigbarhet for fastlegene med denne driftsformen. Dette gjelder både med tanke på stabilisering i det eksisterende fastlegekorpset, men også i forbindelse med rekruttering. Flere av kommunerepresentantene i intervjuene opplever at unge, nyutdannede leger er mer opptatt av økonomisk trygghet og sosiale rettigheter i rekrutteringsprosessene nå, sammenlignet med tidligere.

#### 4.7 Konsekvenser av endret basistilskudd for listelengde

Endringen og styrkingen av basistilskudd er blant annet ment å legge til rette for en lavere arbeidsbelastning ved at legene kan redusere listelengden uten like store reduksjoner i inntekt. **I alt svarer to av tre fastleger i spørreundersøkelsen at de ønsker å redusere listetaket sitt (Figur 4-6); andelen som ønsker å redusere listetaket sitt er signifikant lavere blant kommunalt ansatte fastleger enn næringsdrivende fastleger (henholdsvis 36 og 72 prosent)**. Tilsvarende er andelen fastleger som ønsker å endre listelengden sin, økende med kommunestørrelse, og andelen som ønsker å redusere listetaket sitt er høyere blant fastleger i større kommuner. Andelen som ønsker å redusere listetaket sitt er også høyere blant fastleger med over 1 000 pasienter på liste enn blant de med kortere lister enn dette. Vi finner ikke signifikante forskjeller i svarfordeling blant fastleger med ulik alder eller ulikt kjønn. Samtidig er det flere forhold som spiller inn i ønsket listelengde og **omtrent halvparten av selvstendig næringsdrivende fastleger (48 prosent), og i underkant av 80 prosent av kommunalt ansatte fastleger, svarer at endret basisfinansiering ikke har påvirket deres ønskede listetak**.



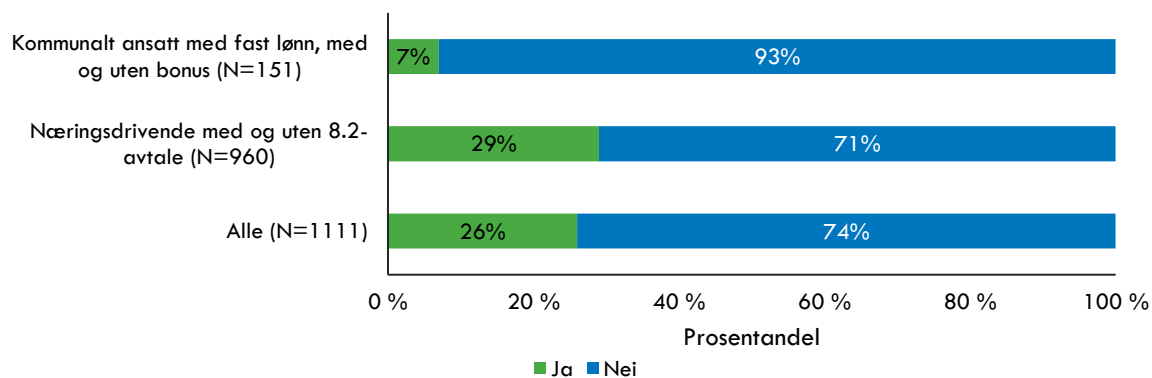
**Figur 4-6: Kunne du tenke deg å endre listetaket ditt? Prosentvis fordeling etter antall innbyggere fastlegen har på sin liste**



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

Videre svarer 26 prosent av fastlegene at de har fått redusert faktisk listelengde etter at det ble innført endret basisfinansiering (Figur 4-7). Dette utgjør om lag 1 av 3 fastleger som ønsker å redusere listetaket sitt. Det er signifikant flere næringsdrivende fastleger (med eller uten kommunal leieavtale) som har fått redusert listelengden sin, sammenlignet med fastleger ansatt i kommunen. Det er også signifikante forskjeller i svarfordelingen mellom fastleger i små og store kommuner og blant fastleger med ulik listelengde; andelen som har fått redusert listelengden sin er økende med kommunistørrelse og listelengde.

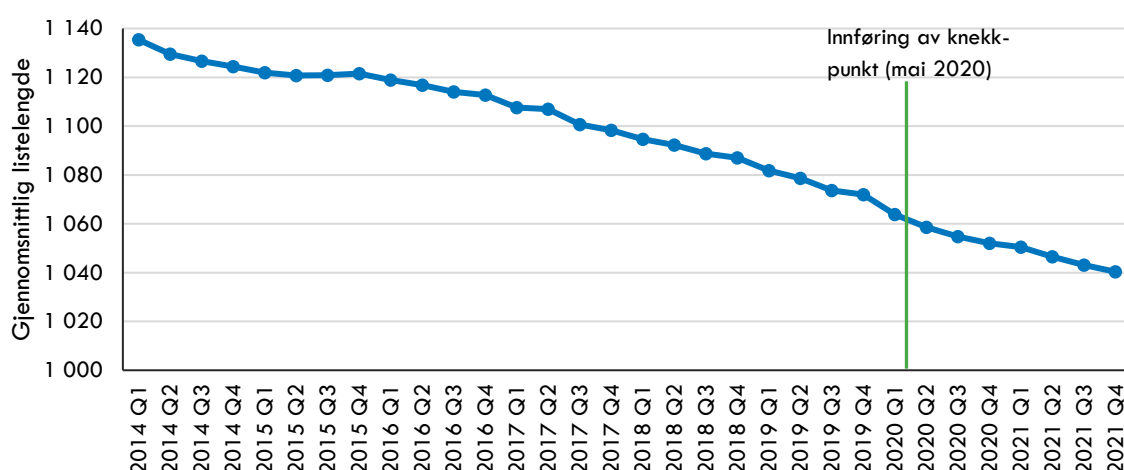
**Figur 4-7: Har din faktiske listelengde blitt redusert etter at det ble innført endret basisfinansiering?**



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

På nasjonalt nivå har gjennomsnittlig listelengde etter at knekkpunkt ble innført sunket fra 1 055 i andre kvartal 2020 til 1 040 ved utgangen av 2021. Den gjennomsnittlige listelengden har imidlertid falt over lengre tid og det er ingen klare tegn til at innføring av knekkpunktet har akselerert reduksjonen i listelengde (Figur 4-8 og Tabell 3-6).

**Figur 4-8: Gjennomsnittlig listelengde\* 2014-2021**

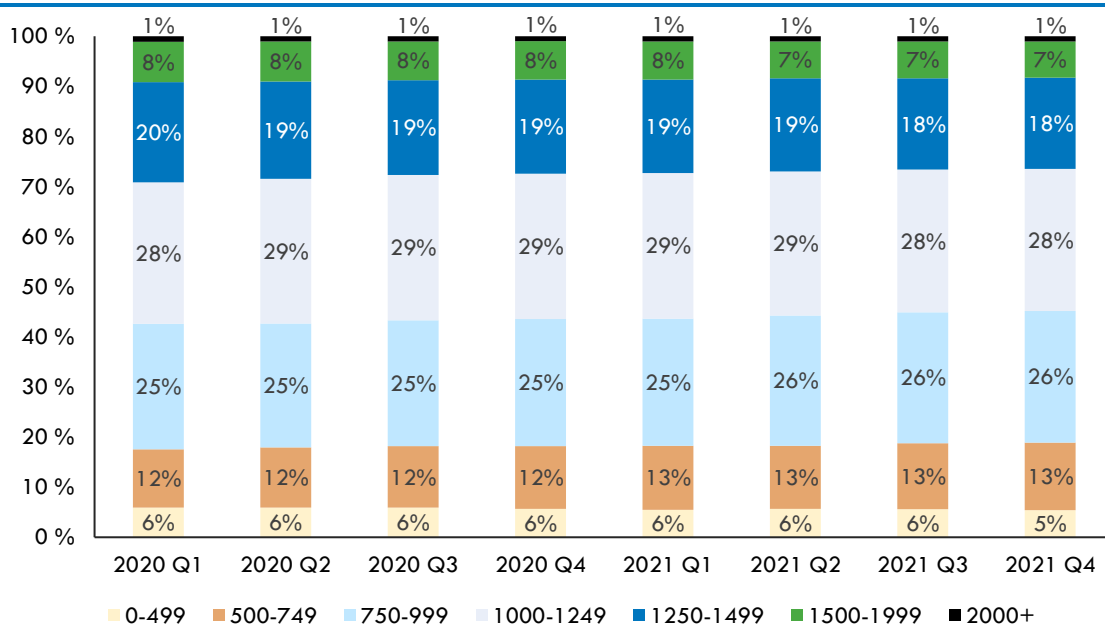


Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics. \* Lister uten fast lege er inkludert.

**Reduksjonen i listelengde siden innføring knekkpunktet synes å ha funnet sted både blant lister med mellom 1 250 og 1 499 pasienter og blant lister med 1 500 til 2 000 pasienter.** Disse listene utgjør en henholdsvis 2 og 1 prosentpoeng lavere andel av listene ved utgangen av 2021 enn de gjorde i første kvartal 2020. Blant lister under 1 000 pasienter utgjør lister under 500 pasienter 1 prosentpoeng mindre enn i første kvartal 2020, mens lister mellom 500 og 1 000 pasienter utgjør 2 prosentpoeng mer (Figur 4-9). **Dette kan antyde en viss konvergering mot en listelengde på 1 000 pasienter.**

I Tromsø kommune, som innførte en kommunal tiltakspakke som blant annet innebar en 60 prosent økning i basistilskuddet for de første 1 000 pasientene på listen, virker det også å være tendenser til en konvergering mot en listelengde på 1 000 pasienter, både ved innføring av den nasjonale handlingsplanen i 2020 og den kommunale tiltakspakken i 2021. Samtidig som listelengde i Tromsø har blitt redusert, har derimot antall innbyggere på liste uten fast lege økt.

**Figur 4-9: Relativ fordeling av fastlegelister\* etter listelengde, 2020-2021**



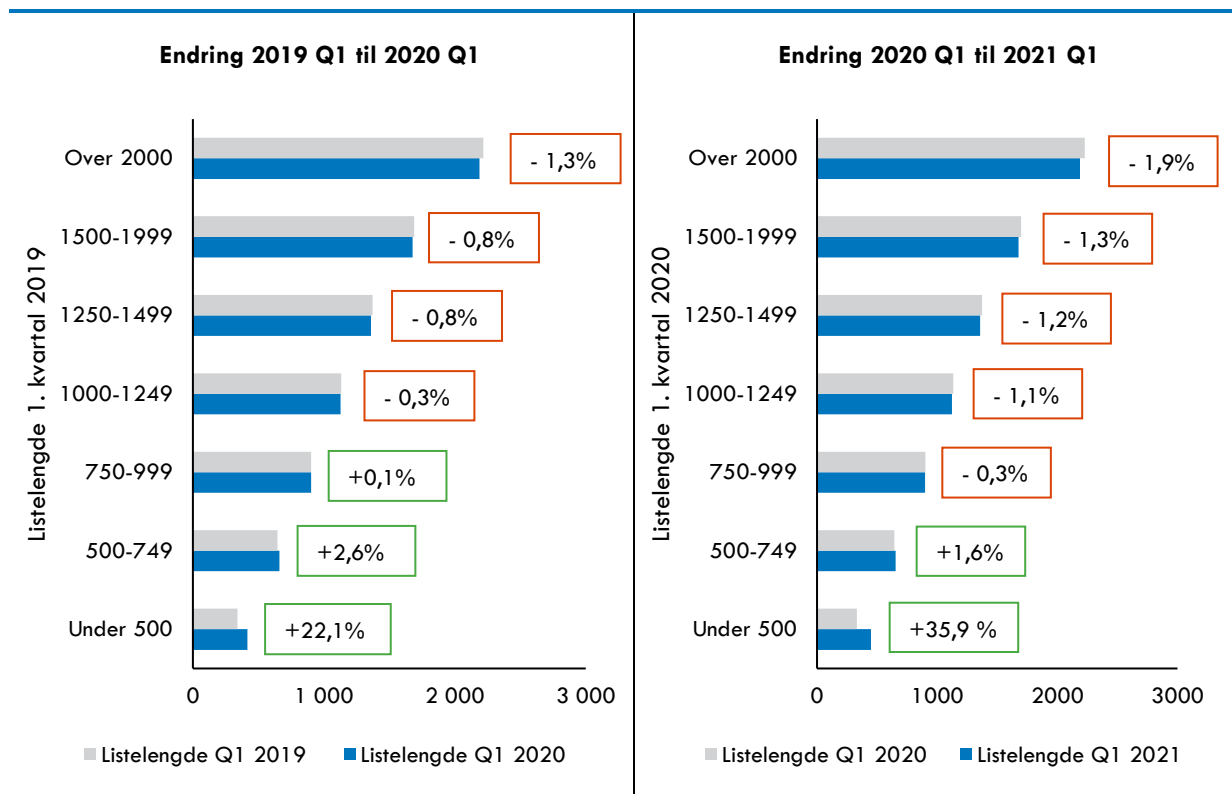
Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics. \* Lister uten fast lege er holdt utenfor.

Endringer i listelengde kan både skyldes at eksisterende fastleger endrer listelengden sin eller at fastlegene som starter, har annen listelengde enn de som slutter som fastlege i perioden. For å undersøke i hvilken grad fastleger faktisk har redusert listelengden sin etter innføring av knekkpunktet, har vi undersøkt endring i listelengde blant de fastlegelistene som hadde samme fastlege i første kvartal 2020 og første kvartal 2021. Blant disse listene finner vi den samme tendensen til konvergering mot en listelengde på 1 000 innbyggere. De med listelengde under 750 innbyggere økte listelengden sin, mens de med lister over 1 000 innbyggere i gjennomsnitt reduserte listen sin (Figur 4-10).

Det kan imidlertid være at det har vært en jevn utvikling med konvergering mot 1 000 pasienter de siste årene, og at utviklingen fra første kvartal 2020 til første kvartal 2021 ville funnet sted uavhengig av handlingsplanen. For å vurdere om konvergeringen mot 1 000 pasienter har vært annerledes etter innføring av knekkpunkt har vi derfor også undersøkt endring i listelengde blant de fastlegelistene som hadde samme fastlege i første kvartal 2019 og første kvartal 2020 og hvordan listelengden endret seg blant disse fastlegelistene.

Den prosentvise reduksjonen i listelengde blant de med over 1 000 pasienter på liste var større i fra 2020 til 2021 enn den var fra 2019 til 2020. Dette gjelder innenfor alle intervaller av listelengde over 1 000 pasienter. Listereduksjonen blant de med over 1 250 innbyggere på listen var om lag 1,5 ganger større fra 2020 til 2021 enn fra 2019 til 2020. Konvergeringen mot en listelengde på 1 000 pasienter synes dermed å være større i perioden hvor knekkpunkt ble innført enn i tilsvarende periode før knekkpunktet ble innført. I tillegg har listereduksjon vært størst blant de med lengst lister.

**Figur 4-10: Endring i gjennomsnittlig listelengde fra 1. kvartal til 1. kvartal året etter, blant lister som var besatt av samme fastlege på begge tidspunkt**



**Kilde: FLO.** \* I venstre side av figuren inkluderes kun de listene som i første kvartal 2020 hadde samme fastlege som i første kvartal 2019, i høyre side av figuren inkluderes kun de listene som i første kvartal 2021 hadde samme fastlege som i første kvartal 2020.

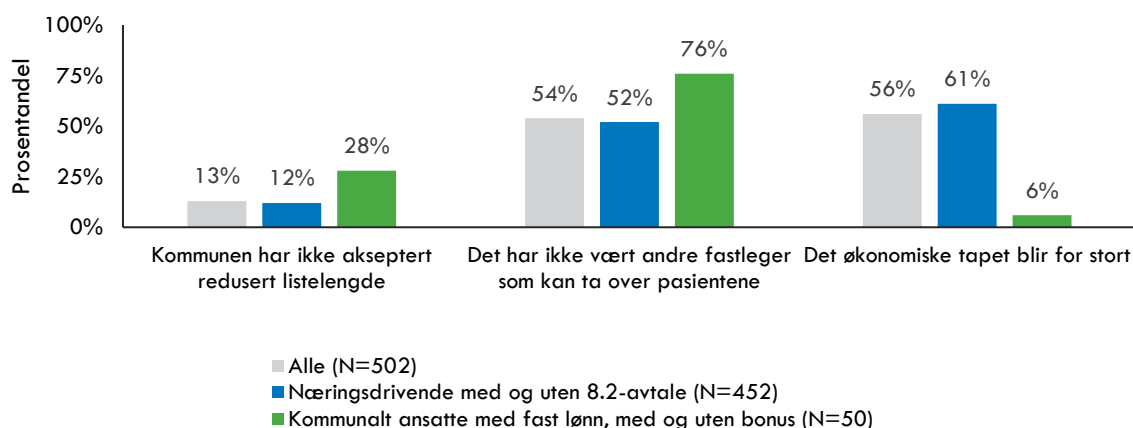
Det er ikke alltid en fastlege har mulighet til å redusere listelengden sin, for eksempel om det ikke er noen andre fastlegelister i kommunen med ledig plass. For å ta høyde for dette har vi også

gjort tilsvarende analyse som i Figur 4-10, men hvor vi kun inkluderer kommuner der minst 10 prosent av fastlegelistene hadde ledig plass ved slutten av hvert kvartal fra første kvartal 2020 til første kvartal 2021. Å kun inkludere kommuner med ledig listeplass igjennom hele perioden har liten innvirkning på resultatet i Figur 4-10.

At konvergeringen mot en listelengde på 1 000 pasienter var større fra 2020 til 2021 enn fra 2019 til 2020 synes å skyldes at de som kuttet mest, hadde en større reduksjon i listen. Andelen av legene som kuttet listen og median kutt i listelengde var nokså lik i de to periodene, mens reduksjonen i listelengde blant de 10 prosent som hadde størst reduksjon i listen, var omtrent 15-20 prosent større i 2021 enn i 2020. Det kan imidlertid også være andre faktorer som påvirker sammenligningen av listereduksjoner i de to periodene. For eksempel var det en ganske stor netto tilvekst av leger i første kvartal 2020, sammenlignet med perioden før og etter.

Selv om styrkingen av basistilskuddet og innføringen av knekkpunkt synes å ha økt konvergeringen mot en listelengde på 1 000 pasienter, oppgir flertallet av fastlegene i intervjuer og spørreundersøkelsen at **de ikke opplever at basisfinansieringen er tilstrekkelig styrket for å kompensere for det økonomiske tapet ved listereduksjon**. Blant fastlegene som ønsker å redusere listetaket sitt, men som ikke har redusert faktisk listelengde, oppgir flest at dette skyldes at det økonomiske tapet blir for stort (56 prosent) eller at det ikke har vært andre fastleger som kan ta over pasientene (54 prosent) (Figur 4-11). At det ikke er tilgang på andre fastleger som kan ta over pasientene ved en listereduksjon, er noe også flere av kommunerepresentantene påpeker i intervjuene som årsak til at fastleger ikke får redusert listelengden sin.

**Figur 4-11: 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 januar 2022, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.**

De fleste fastlegene i vår intervjuundersøkelse vurderer at innføring av knekkpunkt samlet sett var et riktig grep. Flere stiller likevel spørsmål ved om forskjellen i basistilskuddet over og under knekkpunktet burde ha vært enda større, for at det skal gi ønsket effekt med tanke på redusert listelengde. I intervjuene med kommunerepresentantene forklarer flere at det har vært en tendens i retning av kortere gjennomsnittlig listelengde blant fastlegene i kommunen. De er imidlertid usikre på om dette skyldes økningen i basistilskuddet og innføring av knekkpunkt, eller om det skyldes et ønske om redusert arbeidsbelastning gjennom færre pasienter på liste.

Det er samtidig andre fastleger i spørreundersøkelsen som påpeker at knekkpunktet kan virke demotiverende for fastleger med lange lister. Dersom fastleger skal redusere listelengden sin grunnet økonomiske insentiver via knekkpunktet, vil det føre til at pasienter mister tilgangen til en fastlege som kjenner dem og deres pasienthistorikk godt. Noen fastleger utdyper i fritekstsvar i spørreundersøkelsen at en årsak til at listereduksjon ikke finner sted, er legens lojalitet til pasientene på liste, at de har et ønske om å ikke fjerne pasienter fra listen og heller la reduksjonen skje gjennom naturlig avgang, selv om det tar tid. Det er også enkelte fastleger som

forklarer at de føler på en ansvarsfølelse, at de må vite at pasientene kan overføres til andre, dyktige kolleger med tilstrekkelig kapasitet for at de selv skal kunne redusere antall pasienter på egen liste. Andre igjen peker på at det kan oppleves som et nederlag å redusere listelengden sin. En av kommunerepresentantene forklarer i intervju at det også kan komme klager fra pasienter ved listereduksjon. Dette fordi listereduksjonen skjer gjennom tilfeldig uttrekk via Helfo, uten å ta hensyn til for eksempel lengden på pasient-lege-forholdet eller pasientens ønske om å beholde fastlegen sin.

At listelengde ikke reduseres, kan ifølge noen fastleger og kommunerepresentanter også henge sammen med rekrutteringsutfordringer. Hvis det er ledige, ubesatte fastlegestillinger i kommunen, kan ikke fastlegen redusere antall pasienter på egen liste. Det kan også være tilfelle at det kun er én eller svært få fastleger i kommunen, eller at fastlegen har en låst liste og må vente på naturlig avgang.

Samlet sett finner vi fra intervjuer med fastleger at flertallet opplever at deres **økonomiske situasjon i relativt liten grad har blitt positivt påvirket av endret basisfinansiering, ettersom de opplever at driftsutgiftene knyttet til praksis har økt over tid. I tillegg er det ofte vanskelig eller tilnærmet umulig å få redusert listelengden utover naturlig avgang, fordi kommunenes fastlegelister er fullsatte.** Enkelte av fastlegene har riktignok fått redusert listelengden sin relativt nylig; de forklarer at de har gjort det «på tross av» en for svak basisfinansiering, og ikke på grunn av styrkingen og endringen som kom med handlingsplanen.

#### 4.8 Vurderinger av takstsystemet

Takstsystemet skal være faglig oppdatert, enkelt og forståelig. Antallet takster har økt i omfang over tid, samtidig som lite brukte takster har blitt værende. Som del av handlingsplanen er det gjort endringer i takstsystemet ved at seks fastlegetakster har blitt fjernet, noen takster har blitt slått sammen og noen har blitt endret.

**Fastlegene som svarte på spørreundersøkelsen, har ulike vurderinger av dagens innretning av takstsystemet.** For syv påstander om takstsystemet var det omtrent like store andeler av legene som var enig og uenig. Det er flest som er litt eller helt enig i at takstsystemet understøtter at de yter pasientbehandling av god kvalitet, og at det understøtter et velfungerende samarbeid med øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste (begge omtrent halvparten). Det er flest som er litt eller helt uenig i at takstsystemet understøtter at annet helsefaglig personell på fastlegekontoret kan avlaste og bidra med sin kompetanse der det er faglig riktig og hensiktsmessig (61 prosent), og at takstsystemet understøtter at pasienter med omfattende behov følges opp på en god måte (49 prosent). Svarene til fastlegene fordeler seg forholdsvis likt uavhengig av driftsform (selvstendig næringsdrift eller kommunalt ansatt) (Figur 4-12).

**Figur 4-12: Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn om dagens innretning av takstsystemet? Dagens innretning av takstsystemet (normaltariffen) understøtter ...**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger i januar 2022, utført av Oslo Economics og Universitet i Oslo \*Med omfattende behov menes tilfeller hvor tilstanden ikke kan forklares utfra en avgrenset diagnose, men hvor flere symptomer og faktorer er vevd sammen.

I intervjuene har fastlegene delte meninger om hvorvidt det er godt samsvar mellom takstsystemet og de oppgavene fastlegene utfører, og i hvilken grad takstsystemet understøtter god faglig praksis. Flere påpeker at det ikke er entydig definert i handlingsplanen hva som legges i begrepet «god faglig praksis», og at dette kan defineres på ulike måter. Omtrent halvparten av fastlegene gir uttrykk for at det ikke er godt samsvar mellom oppgavene de utfører og takstsystemet og/eller at takstsystemet ikke understøtter god faglig praksis. Blant disse trekkes det frem at takstsystemet er komplekst, at det er mange takster som ikke lar seg kombinere (for eksempel takst for legemiddelgjennomgang og tidstakst), at takstsystemet favoriserer hurtighet og enkle problemstillinger, og at forebyggende arbeid burde belønnes bedre. Samtidig er det i underkant av halvparten som i hovedsak gir uttrykk for at takstsystemet fungerer greit og at det til en viss grad, eller i sum, er samsvar mellom systemet og oppgavene som utføres, og at takstsystemet understøtter faglig god praksis. Blant disse er det flere som mener at de siste års endringer i systemet har vært riktig. Likevel trekker også disse fastlegene frem utfordringer, blant annet at mange takster ikke kan kombineres med tidstakster og at det fortsatt er aktiviteter man gjør som lege uten hensiktsmessige takster.

*«Takstsystemet trenger store revisjoner dersom det skal fungere tilfredsstillende. Det er viktig at klinikere får delta i arbeidet med dette. [...] I tillegg er normaltariffen så intrikat med så mange ulike takster, hvor det er svært mange spesifikasjoner tilhørende hver takst at det er vanskelig å takste riktig, samt det er mye vi gjør som det ikke finnes takster for. [...] Normaltariffen/takstene må muliggjøre at vi kan ta betalt for all den tiden vi faktisk bruker på jobb.»*

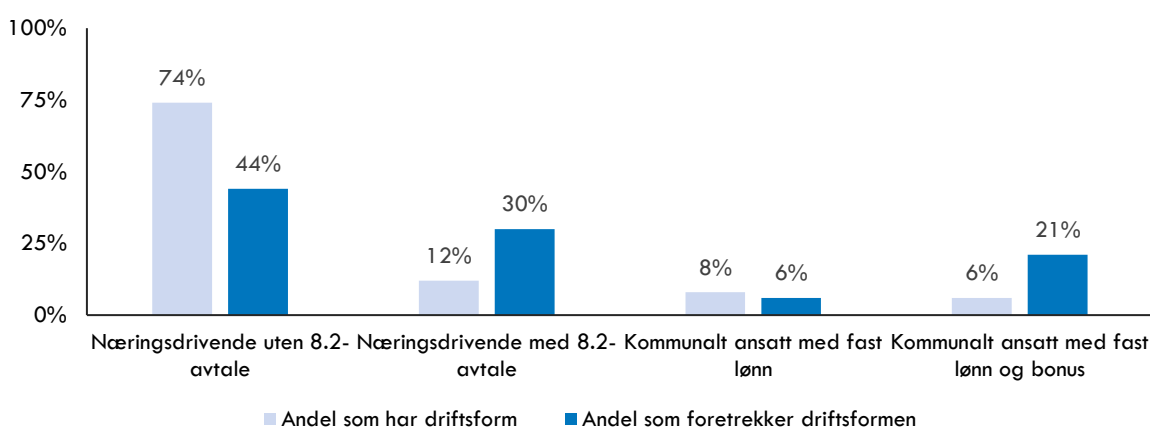
Sitat fra en fastlege, oppgitt i spørreundersøkelsen

## 4.9 Preferanser for og betydning av driftsform

### 4.9.1 Nåværende og foretrukken driftsform

I spørreundersøkelsen spurte vi fastleger om hvilken driftsform de foretrekker hvis de kunne velge fritt. Selv om det er flest fastleger som foretrekker næringsdrift uten 8.2-avtale (44 prosent), er andelen lavere enn andelen av fastlegene som faktisk har denne driftsformen (74 prosent), mens det motsatte er tilfelle for selvstendig næringsdrift med kommunal leieavtale (Figur 4-13). Det er også en høyere andel som ønsker seg kommunal ansettelse med fast lønn og bonus (21 prosent) enn de som har denne driftsformen (seks prosent). **Samlet sett tyder undersøkelsen på at de fleste fastleger (94 prosent) ønsker seg en form for aktivitetsbasert finansiering, enten næringsdrift eller kommunal ansettelse med fast lønn og bonus.**

Figur 4-13: Nåværende og foretrukken driftsform



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger i januar 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. N=1111.

I vår undersøkelse svarer 44 prosent av fastlegene at de foretrekker selvstendig næringsdrift som driftsform; andelen i 2022 som foretrekker næringsdrift er høyere enn i 2012, men lavere enn i 2009 (Tabell 4-9) (Holte, et al., 2015c). Om lag 30 prosent foretrekker næringsdrift med en kommunal leieavtale, og andelen virker stabil over tid. Sammenlignet med undersøkelsene fra 2009 og 2012, er det en vridning mot at fastleger som ønsker kommunal ansettelse i større grad ønsker bonusordning.

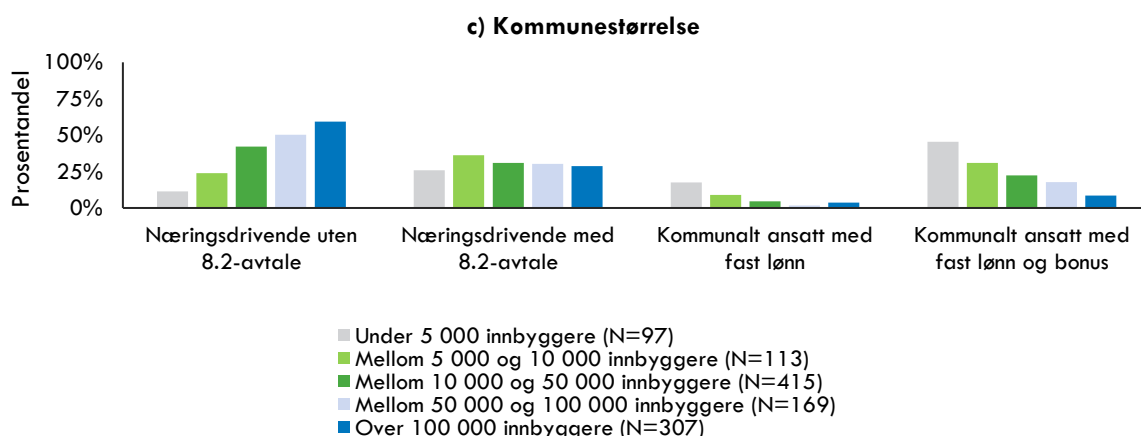
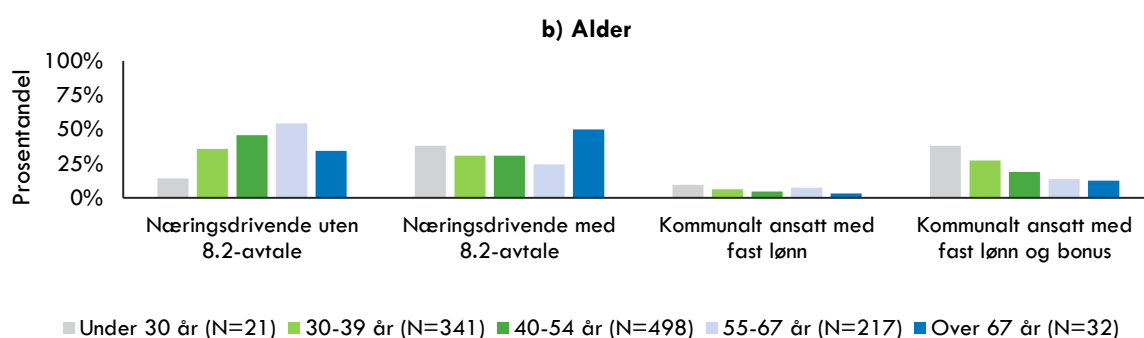
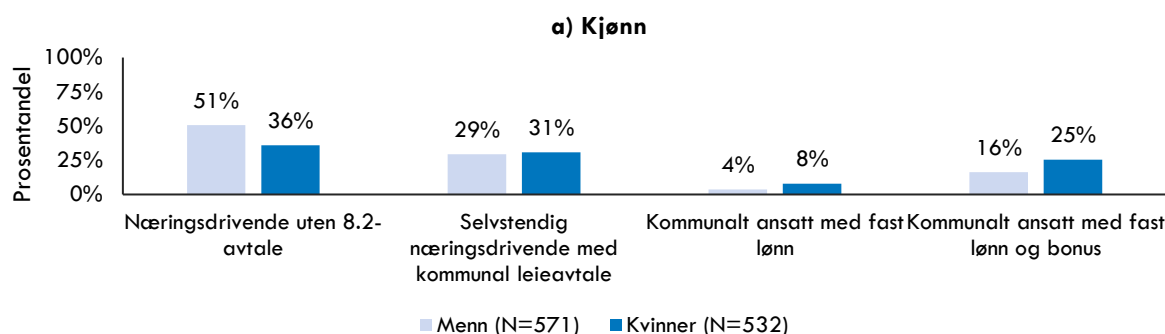
Tabell 4-9: Fastlegers preferanser for driftsform, fra tre ulike undersøkelser gjennomført i ulike år. Andelen som svarer at de foretrekker driftsformen.

Driftsform	2022	2012	2009
Næringsdrift uten 8.2	44	36	52
Næringsdrift med 8.2	30	29	26
Kommunalt ansatt med fast lønn	6	24	16
Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus	21	12	6

Kilde: 2022; Spørreundersøkelse til fastleger i januar 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo, 2019; (EY og Vista Analyse, 2019), 2012 og 2009; (Holte, et al., 2015c).

Funn fra vår spørreundersøkelse viser videre at (Figur 4-14) menn i større grad foretrekker næringsdrift, mens kvinner i større grad foretrekker kommunal ansettelse. Andelen som foretrekker næringsdrift uten kommunal leieavtale er økende med alder, mens andelen som foretrekker øvrige driftsformer er fallende med alder. Unntaket er fastleger over 67 år, en relativt liten gruppe, som i noe større grad foretrekker næringsdrift med en kommunal leieavtale enn uten. Andelen som foretrekker næringsdrift uten kommunal leieavtale, er økende med kommunistørrelse, mens andelen som foretrekker kommunal ansettelse er fallende med kommunistørrelse. Andelen som foretrekker næringsdrift med kommunal leieavtale, er mer jevnt fordelt etter kommunistørrelse.

**Figur 4-14: Andel som foretrekker den enkelte driftsform, etter a) kjønn, b) alder og c) kommunestørrelse**

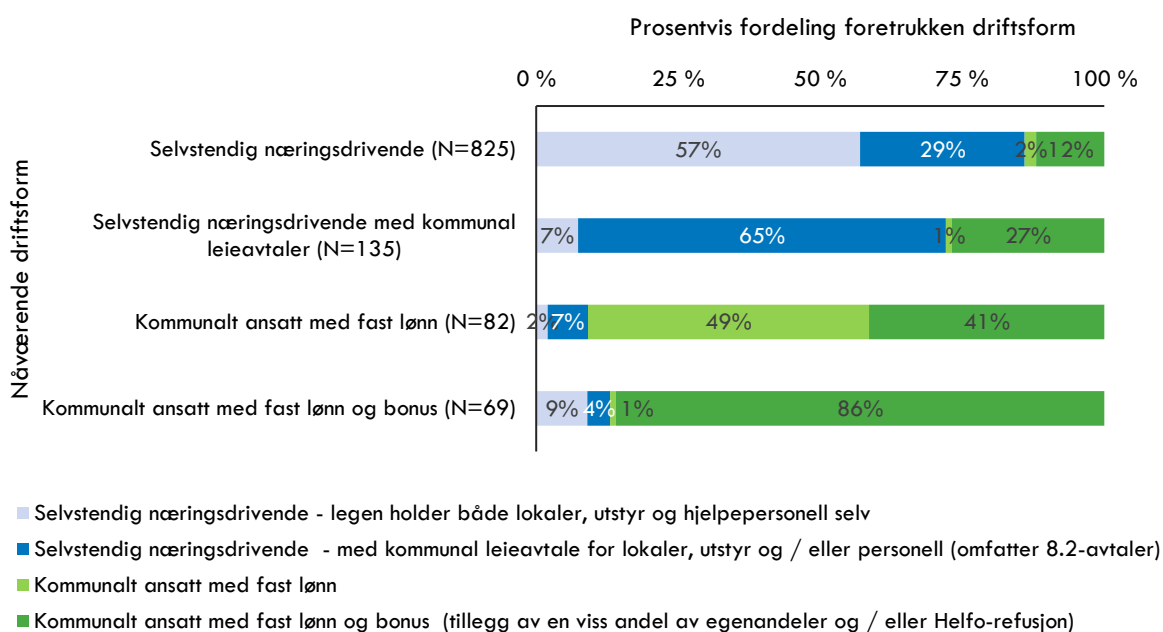


Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger i januar 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Fastleger som ikke ønsket å oppgi eller ikke oppga kjønn, aldersgruppe eller kommunestørrelse er utelatt.

Videre finner vi at **samsvaret mellom nåværende og foretrukken driftsform er høyest blant kommunalt ansatte fastleger med fastlønn og bonus**; 86 prosent med nåværende fastlønn og bonus foretrekker denne driftsformen. **Graden av samsvar er lavest blant fastleger med kommunal ansettelse med fast lønn uten bonus** (49 prosent), der mange ønsker seg fast lønn og bonus. Blant selvstendig næringsdrivende er det høyere grad av samsvar mellom nåværende og foretrukken driftsform blant de med en kommunal leieavtale (65 prosent) enn de uten (57 prosent). Blant fastleger som ikke er selvstendig næringsdrivende uten en kommunal leieavtale, er det generelt få som foretrekker denne driftsformen.



**Figur 4-15: Hvilken driftsform ville du foretrekke dersom du kunne velge fritt?**



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

#### 4.9.2 Betydning av driftsform i nåværende stilling

I spørreundersøkelsen svarer nærmere **halvparten av fastlegene (47 prosent) 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 (Figur 4-16). Andelen som vektla driftsform, var høyere blant kommunalt ansatte fastleger enn selvstendig næringsdrivende fastleger. Driftsform var viktigere for menn (55 prosent) enn kvinner (39 prosent). Blant de yngste legene (under 30 år) er det en høyere andel som svarer at driftsform var viktig da de begynte enn øvrige aldersgrupper, mens det motsatte er tilfelle for de eldste (over 67 år), men begge disse gruppene er små i vårt utvalg (henholdsvis N=21 og N=31). I aldersgruppene 30-39 år, 40-54 år og 55-67 år er det om lag halvparten som svarer at driftsform var viktig da de begynte i sin nåværende stilling.

**Figur 4-16: Hvor viktig var driftsform da du begynte i din nåværende stilling?**

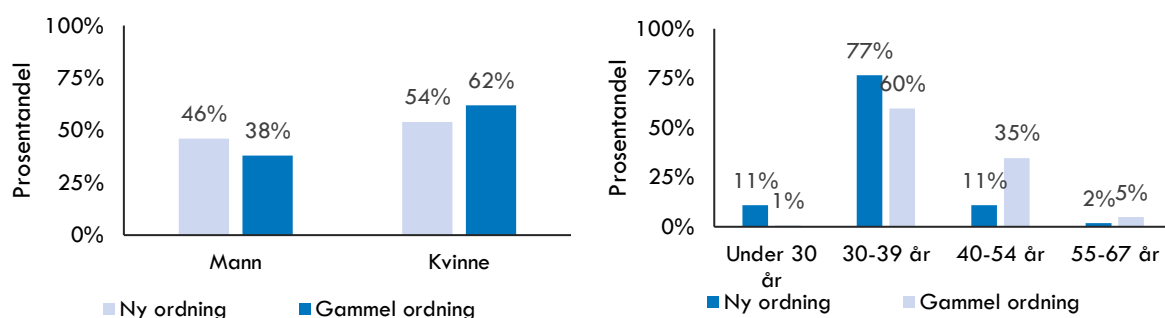


Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger i januar 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

### 4.9.3 Preferanser for driftsform blant fastleger under spesialisering

Blant fastlegene som har svart på spørreundersøkelsen er 166 fastleger under spesialistutdanning i allmenntidmedisin etter ny ordning, og 144 fastleger etter gammel ordning. I begge disse gruppene er det et flertall kvinner, høyest i gruppen etter gammel ordning. De fleste under spesialisering er i aldersgruppen 30-39 år, med en høyere andel under 30 år etter ny ordning og en høyere andel i aldersgruppen 40-54 år etter gammel ordning (Figur 4-17).

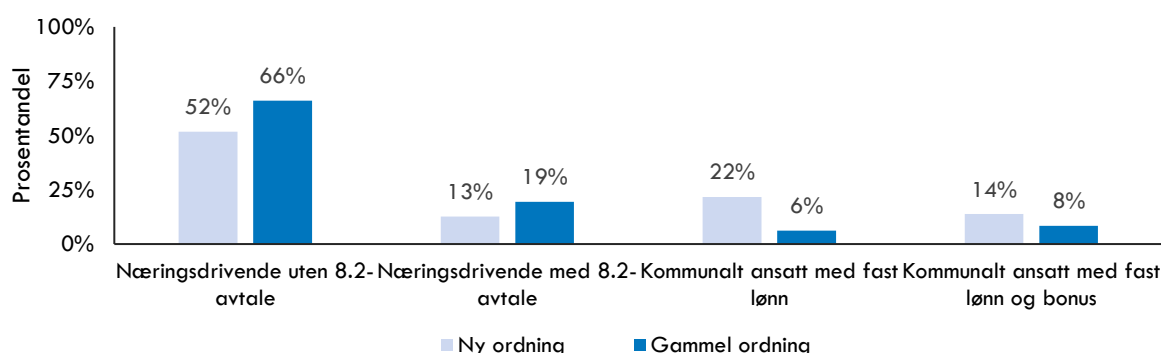
**Figur 4-17: Alders- og kjønnsfordeling blant fastleger under spesialistutdanning i allmenntidmedisin, etter ny og gammel ordning**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger i januar 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. N(ny ordning) = 166, N(gammel ordning) = 144.

Flertallet av fastlegene under spesialisering er selvstendig næringsdrivende, uavhengig av type ordning, men andelen kommunalt ansatte er høyere blant de under ny ordning (Figur 4-18).

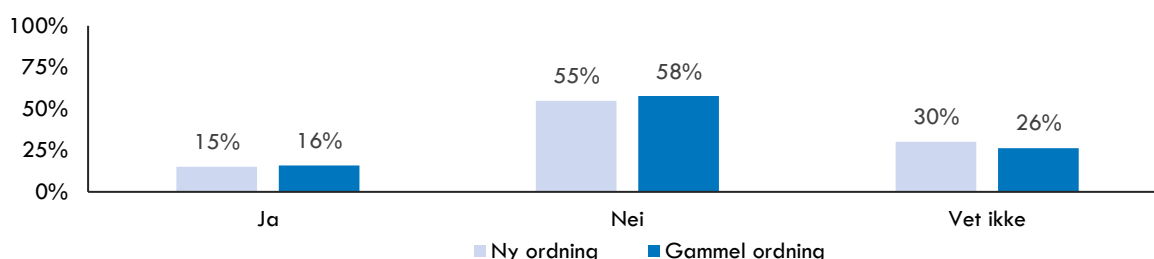
**Figur 4-18: Driftsform blant fastleger under spesialisering, etter ny og gammel ordning**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger i januar 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. N(ny ordning) = 166, N(gammel ordning) = 144.

Videre svarer flertallet av fastlegene under spesialisering at de ikke ønsker å bytte driftsform etter fullført spesialistutdanning, uavhengig av type ordning. Samtidig er det flere som svarer «vet ikke» på dette spørsmålet enn «ja».

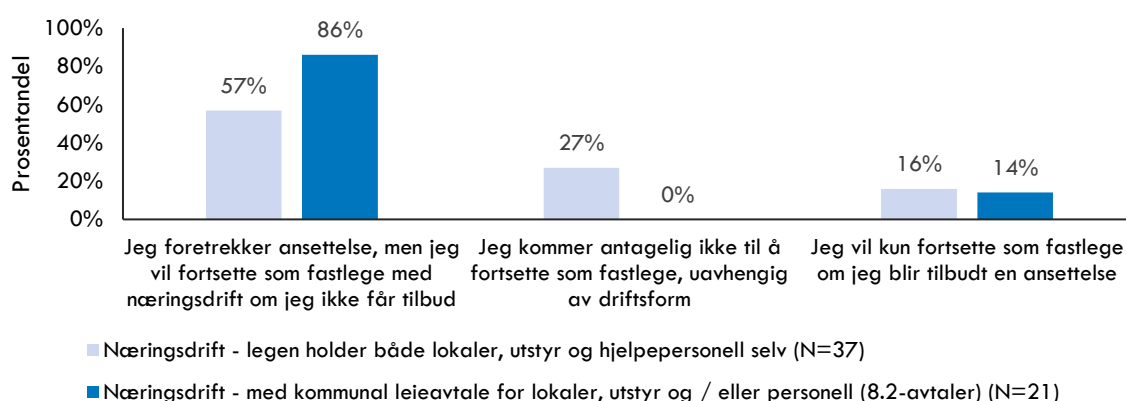
**Figur 4-19: Ønsker du å bytte driftsform når du blir spesialist i allmenntidning?**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger i januar 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. N(ny ordning) = 166, N(gammel ordning) = 144.

58 fastleger under spesialisering svarte at de har selvstendig næringsdrift med eller uten kommunal leieavtale som nåværende driftsform, og som foretrekker kommunal ansettelse med eller uten bonus som driftsform. 2 av 3 svarte at de foretrekker ansettelse, men vil fortsette som fastlege med næringsdrift. Denne andelen er noe høyere blant de med en kommunal leieavtale (8.2-avtale eller lignende) enn de uten. Om lag 1 av 6 svarte at de kun fortsetter som fastlege dersom de blir tilbudt en ansettelse. Det er kun fastleger med næringsdrift uten en kommunal leieavtale som svarer at de antagelig ikke kommer til å fortsette, uavhengig av driftsform (10 av 37, tilsvarende 27 prosent). Halvparten av disse igjen er fastlegevikarer (5), slik at dette kan ha sammenheng med at de jobber som vikar for å sikre seg nødvendig erfaring i åpen uselektert praksis<sup>30</sup> som del av spesialiseringen i allmenntidning.

**Figur 4-20: 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 i januar 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

#### 4.9.4 Driftsform, rekruttering og kommunens økonomi

Generelt forteller flere av kommunerepresentantene i intervjuer om økende grad av rekrutteringsutfordringer, også i større kommuner og i de store byene. Kommunene opplever færre søkere til utlyste stillinger, at færre av søkerne allerede er spesialister i allmenntidning, og en vridning mot yngre og mer uerfarne søkere til stillingene. De forteller at det skjer oftere enn tidligere at (flere) innstilte kandidater takker nei til stillinger, og at rekrutteringsprosesser derfor må gjennomføres på nytt. Flere melder også om at utlysninger av stillinger har måttet skje i flere runder for å få kvalifiserte søkere og besatt stillingen. Både fastleger og kommunerepresentanter vurderer at den negative medieomtalen av situasjonen i fastlegeordningen i seg selv utgjør en ekstra utfordring for rekrutteringen.

<sup>30</sup> For spesialistutdanning i allmenntidning stilles det krav om at minst to år (full tid) av utdanningen må gjennomføres i åpen uselektert allmenntidning, det vil si en praksis som er åpen for alle pasienter, uten noen forutgående siling eller utvelgelse av pasienter eller sykdommer eller lidelser.

**Kommunerepresentantene gir videre uttrykk for at driftsform har betydning ved rekruttering av fastleger.** Flere kommuner har opplevd at de får flere kvalifiserte søkere dersom de har lyst ut stillinger med tilbud om kommunal ansettelse, eller at de har måttet tilby kommunal ansettelse med fastlønn for å få kvalifiserte søkere og besatt fastlegestillinger, til tross for tilbud om tilskudd til kjøp av liste, mulighet for 8.2-avtale eller lignende ved utlysning av stillinger med næringsdrift som driftsform.

**Kommunerepresentantene opplever at de nye legene oppfatter fastlegeyrket som et yrke forbundet med økonomisk usikkerhet og risiko.** Den økonomiske investeringen ved oppstart er ofte vesentlig, og driften av legekantoret medfører utgifter som må dekkes inn, ofte før det skapes inntekter, med mindre legen har en 8.2-avtale eller lignende med kommunen. Det kan også ta tid å bygge opp en tilstrekkelig stor pasientliste for å skape et tilfredsstillende inntektsgrunnlag, og pasientgrunnlaget vil i noen geografiske områder være begrenset. Unge, nyutdannede leger er gjerne i etableringsfasen og har kanskje begrensede midler til å kjøpe en liste, og behov for forutsigbare lønns- og arbeidsvilkår for å redusere økonomisk usikkerhet. For leger som skal pensjonere seg eller av andre årsaker skal avslutte sin praksis, kan det være krevende å få solgt listen videre til en annen lege. Dette bidrar også til et negativt inntrykk, og gjør at det for unge leger fremstår risikofyllt å gå inn i ordningen som næringsdrivende fastlege.

**Flere kommunerepresentanter gir videre uttrykk for at kommunale ansettelser av fastleger er kostbart for kommunen.** I motsetning til privat næringsdrift, har kommunen ansvar for inntekter og kostnader knyttet til driften av legekantoret ved kommunal ansettelse. Faste ansettelser er derfor dyrere for kommunen sammenlignet med næringsdrift, alt annet likt. **Ettersom kommunalt ansatte fastleger har kortere og mer regulert arbeidstid og kortere listelengde enn fastleger med næringsdrift, kreves det i gjennomsnitt vesentlig flere årsverk med kommunalt ansatte fastleger enn årsverk fastleger med næringsdrift for å gi fastlegetjenester til en gitt pasientpopulasjon.** Samtidig opplever kommunene at unge, nyutdannede leger er bekymret for næringsdrift som modell på grunn av ansvaret for drift og personell og på grunn av preferanser for mer økonomisk forutsigbarhet og trygghet og bedre sosiale rettigheter. Dette gjør det krevende for kommunene å rekruttere fastleger til næringsdrift. Noen av kommunene har derfor tilbudt oppstart med kommunal ansettelse og fastlønn, med overgang til næringsdrift etter for eksempel to år.

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

**I spørreundersøkelsen blant fastleger oppgir over 60 prosent at de er uenige i at det er gode økonomiske rammebetingelser i fastlegeordningen; 65 prosent er uenige i at de økonomiske rammebetingelsene for å starte opp som fastlege i kommunen er gode, og 61 prosent er uenige at de er tilfredse med egen inntekt sett opp mot arbeidsmengden (Vedlegg B, spørsmål 11).** Blant fastleger med fastlønn (med/uten bonusavtale) er 73 prosent helt enige at de opplever økonomisk trygghet i sin arbeidssituasjon, mens andelen som svarer dette blant næringsdrivende fastleger var 18 prosent.

**I våre intervjuundersøkelser og vår spørreundersøkelse finner vi at de fleste fastlegene og de fleste kommunerepresentantene vurderer at basistilskuddet bør økes.** Kommunerepresentantene vurderer at økt basistilskudd er det viktigste grepet for å styrke rekrutteringen av nye fastleger og holde på eksisterende fastleger. Faste ansettelser er dyrt for kommunene, og kommunene møter leger som i økende grad har preferanser for mer økonomisk forutsigbarhet og trygghet. Fastlegene vurderer basistilskuddet som helt avgjørende for både rekruttering av nye fastleger og stabilitet blant de eksisterende fastlegene. De vurderer at basistilskuddet er for lavt for å kompensere for økonomisk tap ved listereduksjon, og for å gjøre yrket tilstrekkelig attraktivt hensyntatt arbeidsbelastningen og de økonomiske forpliktelsene som følger. En rekke fastleger påpeker i spørreundersøkelsen at det er behov for å øke basistilskuddet til et nivå som for andre avtalespesialister.

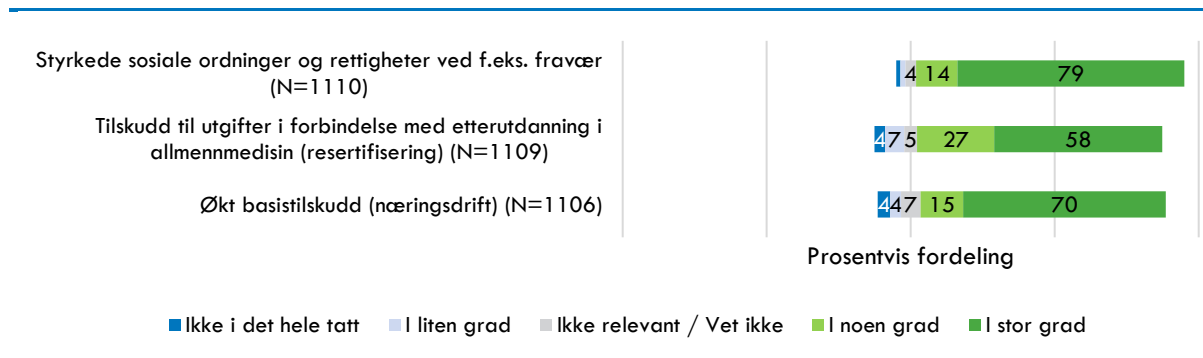
Noen av kommunene i vårt utvalg til intervjuer har valgt å styrke basistilskuddet utover den nasjonale basisfinansieringen, med opptil 60 prosent økt basistilskudd per listeinnbygger opp til

1 000 pasienter på listen. Dette vurderes både av fastlegene og kommunerepresentantene som et viktig stabiliseringstiltak, som har vært avgjørende for at flest mulig av fastlegene har valgt å stå videre i yrket.

**I spørreundersøkelsen svarer 70 prosent av fastlegene at de i stor grad er enig i at økt basistilskudd vil bidra positivt til om de fortsetter som fastlege** (Figur 4-21). Andelen som svarer dette, er høyere blant selvstendig næringsdrivende fastleger (76 prosent) enn kommunalt ansatte fastleger (33 prosent). **Det er imidlertid enda flere (79 prosent) som i stor grad er enig i at styrkede sosiale ordninger og rettigheter ved for eksempel fravær vil bidra positivt til om de fortsetter.**

**Preferanser for styrkede sosiale ordninger og rettigheter tilsier at også andre økonomiske vilkår enn basistilskuddet vil være viktig for både rekruttering og stabilitet fremover.** Både fastleger og kommunerepresentanter vurderer også at tilbudet av kurs og videreutdanning, og at tilrettelagte løp i spesialistutdanningen med god oppfølging og veiledning er viktig. De peker på at kommunalt ansatte fastleger har hatt mer tilrettelagt løp, som er attraktivt og mulig å gjennomføre, sammenlignet med næringsdrivende fastleger som må sette av tid, betale for dette på egen hånd og tape arbeidsinntekt ved fravær. Kort oppsummert må det være en attraktiv totalpakke der «alt det økonomiske» er på plass.

**Figur 4-21: I hvilken grad vil følgende faktorer knyttet til økonomiske rammebetingelser bidra positivt til om du fortsetter som fastlege?**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger i januar 2022, utført av Oslo Economics og Universitet i Oslo.

I spørreundersøkelsen finner vi også at det er en tendens til at en høyere andel av de yngre legene (under 39 år) vurderer at mulighet for fastlønn i noen eller stor grad vil bidra positivt til at de fortsetter som fastlege (46 prosent svarte dette) sammenlignet med de eldre fastlegene (32 prosent). Det er i størst grad fastleger som allerede er kommunalt ansatte som vurderer at mulighetene for fastlønn er viktig for om de fortsetter i yrket.

**Flere fastleger oppgir også at 8.2-avtaler, nullavtaler eller lignende er viktig for å gjøre fastlegeyrket attraktivt fremover.** Enkelte fastleger uttrykker eksplisitt at overgang til 8.2-avtale har medført at de har stått lenger i yrket enn det som ellers ville vært tilfelle.

*«Jeg tror fremtiden er en blanding av 8.2-avtaler der kommunen står for drift av kontorer (lokaler, innkjøp, hjelpepersonell) og leger jobber som næringsdrivende, eventuelt fastlønn før man blir spesialist. [...] Jeg håper kjøp og salg av praksis opphører, slik at kommunen drifter kontor og mottar basistilskuddet selv. Da kan legene gjøre det de kan best: behandle pasienter.»*

Sitat fra en fastlege, oppgitt i spørreundersøkelsen

Bruken av 8.2-avtaler og andre økonomiske tiltak varierer mellom kommuner, også mellom kommuner i samme geografiske område. Det varierer dermed også mellom fastleger ulike steder i landet hvor gode vilkår som fremforhandles. **Samlet sett er bruken av ulike økonomiske tiltak for å sikre ansettelse med næringsdrift et uttrykk for at kommuner er villige til å strekke seg langt for å unngå kommunalt ansatte fastleger. Det gjør også at det i praksis er snakk om mange ulike driftsformer i fastlegeordningen.** Både kommunerepresentanter og fastleger gir uttrykk for at de er bekymret for utviklingen der kommuner overbyr hverandre for å rekruttere fastleger. Når denne typen problem oppstår i sentrale områder, tiltar rekrutterings- og stabiliseringsutfordringene for distriktskommuner.

Responser i undersøkelsen bør tolkes med noe varsomhet ettersom det er grunn til å vente at de fleste arbeidstakere vil peke på behovet for økt lønn, når de blir spurt om hva som kan styrke rekrutteringen. Flere informanter har pekt på at det er urealistisk at legene både skal gå vesentlig ned i arbeidsbelastning og opp i inntekt. Fastleger har allerede høyere inntekt enn ansatte på sykehus, som vist i Tabell 4-4. Andre informanter peker videre på at en nasjonal økning i basisfinansiering til de nivåer vi har sett i enkelte kommuner vil medføre betydelige kostnadsøkninger nasjonalt og at man derfor bør tilpasse finansieringen til de lokale forhold. På den annen side er det også mange kommuner som peker på viktigheten av økt basisfinansiering, slik at attraktiviteten til næringsdrift kan opprettholdes.

## 5. Rapportert arbeidstid, opplevd arbeidsbelastning, arbeidsdeling og samhandling

*Tidligere undersøkelser viser at fastleger opplever for stor arbeidsbelastning, og flere av tiltakene i handlingsplanen retter seg mot å lette arbeidshverdagen for legene. I vår spørreundersøkelse oppga 4 av 5 fastleger at de har for stor arbeidsbelastning. Halvparten opplever at belastningen har økt betydelig det siste året. De fleste svarer at det er pasientrelatert administrativt arbeid som har økt betydelig det siste året, og flere opplever at den samlede arbeidsbelastningen per pasient har økt. Gitt tidspunktet for gjennomføring av spørreundersøkelsen, kan resultatene være følsomme for koronapandemiens påvirkning på fastlegenes arbeidshverdag.*

*Fastlegenes anslag på tid brukt på ulike oppgaver per uke er samtidig på nivå eller noe høyere sammenlignet med tidligere undersøkelser. De fleste fastlegene (76 prosent) svarer at det å redusere arbeidsbelastningen i stor grad vil bidra positivt til om de fortsetter i yrket. Redusert arbeidsbelastning virker derfor å være en av de viktigste faktorene for rekruttering og stabilitet, i tillegg til styrking av basisfinansieringen som mange fastleger er opptatt av. Våre undersøkelser tyder videre på at fastlegene har delte meninger om belastningen ved legevakt. Noen opplever legevakt som viktig for å opprettholde akuttkompetanse, mens andre opplever det svært belastende. For noen fastleger har fritak fra legevakt vært et viktig grep for å redusere arbeidsbelastningen.*

### 5.1 Fastlegenes rapporterte arbeidstid

I spørreundersøkelsen blant fastleger ba vi legene oppgi antall timer de jobber med ulike arbeidsoppgaver, som et gjennomsnitt per uke. Arbeidsoppgavene ble kategorisert på følgende måte: arbeid på legekontor, legevakt (fordelt på hjemmevakt, tilstedevakt og bakvakt) og tid brukt på andre allmennmedisinske oppgaver/kommunale administrative oppgaver. Summen av disse oppgavene omtales i det videre som «samlet legearbeid».

#### 5.1.1 Samlet legearbeid med og uten legevakt

**Fastlegenes anslag på arbeidstid viser en median på 55 timer per uke i samlet legearbeid, inkludert alle former for legevakt (Tabell 5-1).** Dette er på nivå med tidsbruksundersøkelsen blant fastleger fra 2018 som viste at fastlegene i gjennomsnitt jobber nærmere 56 timer i uken<sup>31</sup> (Rebnord, et al., 2018), og noe høyere enn medianen på 50 timer per uke fra evalueringen av fastlegeordningen i 2019 (EY og Vista Analyse, 2019). **Hvis vi ekskluderer alle former for legevakt, er medianen 50 timer per uke.** Til sammenligning fant «Trønderopprøret» at fastlegene i snitt jobber 9,7 timer hver dag, ekskludert legevakt (Trønderopprøret, 2018). Dette tilsvarer 48,5 timer per uke (forutsatt fem arbeidsdager). I vår undersøkelse finner vi videre noen forskjeller mellom fastleger med ulik driftsform. **Næringsdrivende rapporterer et høyere timetall til arbeid på legekontor per uke enn kommunalt ansatte fastleger. Kommunalt ansatte fastleger oppgir et høyere timetall på legevaksarbeid per uke enn selvstendig næringsdrivende fastleger, særlig hjemmevakt.** Dette er i tråd med funn i evalueringen av fastlegeordningen (EY og Vista Analyse, 2019). Kommunalt ansatte fastleger i vårt utvalg jobber stort sett i mindre kommuner målt etter innbyggertall, der bruken av hjemmevakt gjerne er mer utbredt.

<sup>31</sup> Tallet inkluderer pasientrettet arbeidstid, drift av praksis, legevakt, kommunalt og annet arbeid (forskning, undervisning etc.), veiledning, diverse oppgaver som kurs, smågruppe, fagmøte, tillitsvalgt møter og andre kommunale møter.

**Tabell 5-1: Anslagsvis hvor mange timer jobber du i gjennomsnitt per uke som fastlege med følgende oppgaver?**

Kategori	Totalt	Nærings- drivende	Nærings- drivende med 8.2- avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
<b>Median 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</b> (100%)	<b>55</b> (100%)	<b>58</b> (100%)	<b>52</b> (100%)	<b>61</b> (100%)
<b>Samlet legearbeid, ekskl. alle former for legevakt</b>	<b>50</b> (100%)	<b>50</b> (100%)	<b>48</b> (100%)	<b>42</b> (100%)	<b>44</b> (100%)
Samlet legearbeid, ekskl. legevakt bakvakt	54 (100%)	54 (100%)	55 (100%)	51 (100%)	57 (100%)
Samlet legearbeid, ekskl. legevakt bakvakt og hjemmevakt	53 (100%)	54 (100%)	54 (100%)	47 (100%)	48 (100%)
<b>Arbeid på legekontor</b>	<b>45</b> (100%)	<b>48</b> (100%)	<b>44</b> (100%)	<b>38</b> (100%)	<b>40</b> (100%)
Legevakt, hjemmevakt	7 (15%)	4 (10%)	5 (25%)	17 (28%)	19 (44%)
Legevakt, tilstedevakt	6 (50%)	5 (45%)	7 (68%)	8 (59%)	7 (60%)
Legevakt, bakvakt	5 (20%)	4 (15%)	7 (35%)	8 (31%)	7 (49%)
<b>Alle former for legevakt</b>	<b>8</b> (58%)	<b>7</b> (49%)	<b>9</b> (77%)	<b>13</b> (82%)	<b>14</b> (96%)
Andre allmennt medisinske oppgaver/ kommunale adm. oppgaver	7 (53%)	6 (49%)	8 (73%)	10 (56%)	8 (62%)
<b>N</b>	<b>1099</b>	<b>818</b>	<b>133</b>	<b>80</b>	<b>68</b>

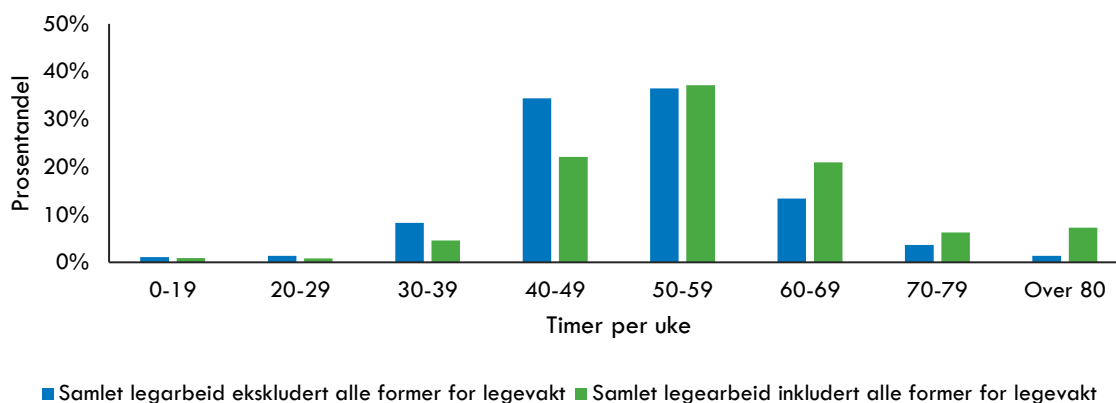
Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger i januar 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. N=1099. Respondenter som oppgir at de totalt (samlet legearbeid ekskludert bakvakt og hjemmevakt) jobber 0 timer i gjennomsnitt per uke (N=16), eller jobber over 112 timer i gjennomsnitt per uke (N=3), er tatt ut av utvalget.

### 5.1.2 Variasjon i antall timer per arbeidsuke

Fastlegenes anslag på antall timer til samlet legearbeid (inkludert og ekskludert alle former for legevakt) per uke varierer. Flesteparten rapporterer en gjennomsnittlig arbeidsuke på 50-59 timer, etterfulgt av 40-49 timer. Det er flere fastleger som har en arbeidsuke på 60-69 timer enn 30-39 timer (Figur 5-1).



**Figur 5-1: Fordeling av fastleger i spørreundersøkelsen etter antall timer til samlet legearbeid, med og uten legevakt**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger i januar 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. N=1099. Respondenter som oppgir at de totalt (samlet legearbeid ekskludert bakvakt og hjemmevakt) jobber 0 timer i gjennomsnitt per uke (N=16), eller jobber over 112 timer i gjennomsnitt per uke (N=3), er tatt ut av utvalget.

I vår undersøkelse oppgir 18 prosent av fastlegene en gjennomsnittlig arbeidsuke på 60 timer eller mer, ekskludert legevakt. Til sammenligning fant Trønderopprøret (2018) at 10 prosent av fastlegene jobbet mer enn 12 timer hver dag ekskludert legevakt (tilsvarende 60 timer for en arbeidsuke på fem arbeidsdager).

Hvis vi inkluderer legevaksarbeid, finner vi at 34 prosent av fastlegene har en arbeidsuke på 60 timer eller mer. Til sammenligning viste tidsbruksundersøkelsen blant fastleger i 2018 at 25 prosent av fastlegene arbeidet mer enn 62,2 timer i uken inkludert legevakt. Tidsbruksundersøkelsen viste videre at 10 prosent arbeidet mer enn 74,8 timer i uken inkludert legevakt (Rebnord, et al., 2018). Vi finner at 13 prosent av fastlegene arbeider 70 timer eller mer, inkludert alle former for legevakt. I evalueringen av fastlegeordningen i 2019 var andelen fastleger med samlet arbeidstid legearbeid på mer enn 60 timer per uke 15-19 prosent avhengig av driftsform (EY og Vista Analyse, 2019).

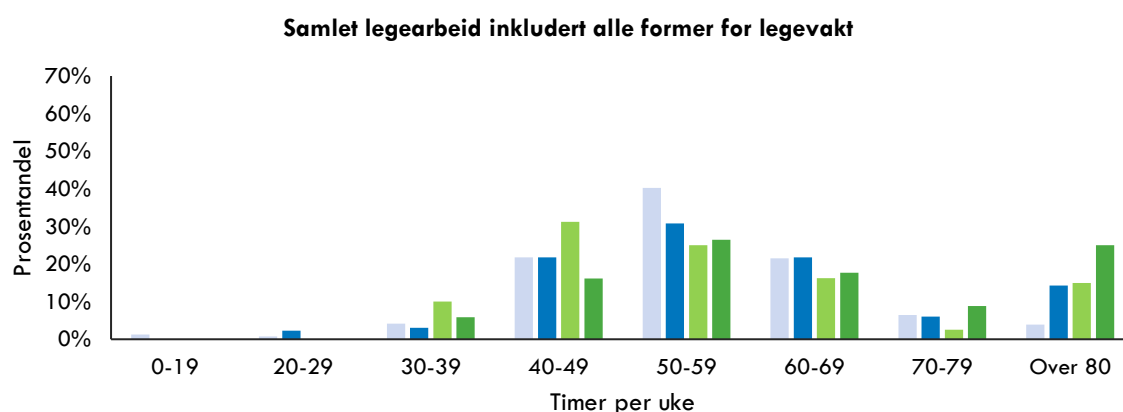
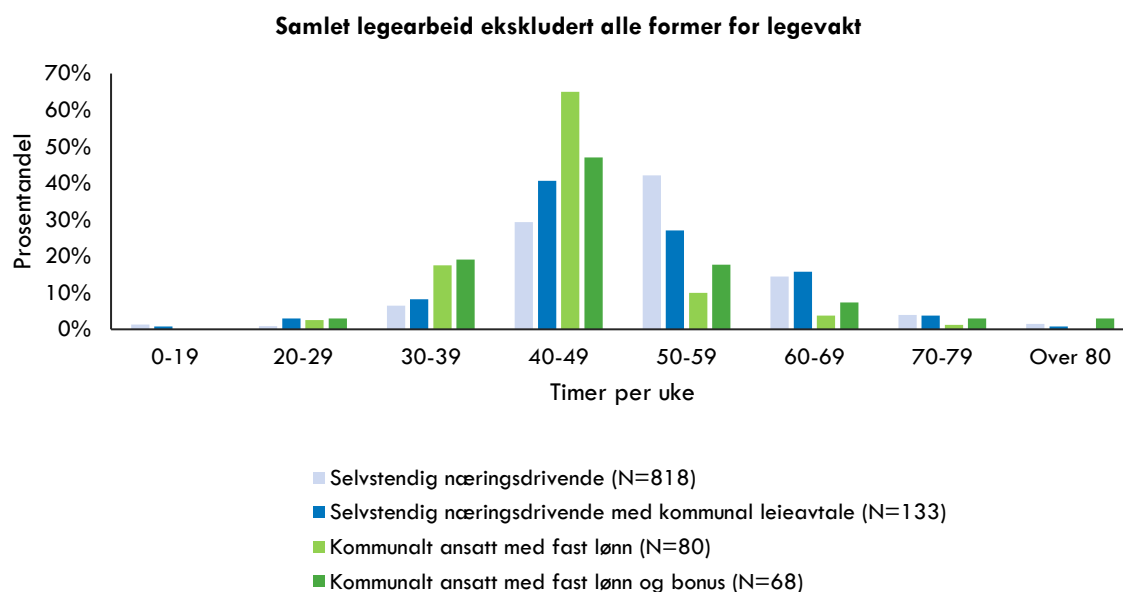
I motsatt ende fant Trønderopprøret (2018) at 10 prosent hadde en arbeidsdag på 8 timer eller mindre (ekskludert legevakt). Hvis vi definerer dette som en arbeidsuke på inntil 40 timer (fem arbeidsdager), viser vår undersøkelse at 10 prosent av fastlegene har en arbeidsuke på 0-39 timer (ekskludert legevakt). Vi finner tilsvarende at 7 prosent har en arbeidsuke på 0-39 timer hvis vi inkluderer alle former for legevakt. Tidsbruksundersøkelsen (som inkluderer legevaksarbeid) viste at 10 prosent har en kortere arbeidstid enn 37,8 timer per uke (Rebnord, et al., 2018), mens evalueringen av fastlegeordningen i 2019 viste at andelen med 0-39 timer per uke utgjorde 10-18 prosent avhengig av driftsform (EY og Vista Analyse, 2019).

### 5.1.3 Oppgitt arbeidstid etter driftsform

Variasjonen i fastlegenes anslag på antall timer til samlet legearbeid per uke varierer etter driftsform, og avhenger av om vi inkluderer eller ekskluderer legevaksarbeid (Figur 5-2):

- Hvis vi ekskluderer legevaksarbeid, er andelen som rapporterer en arbeidsuke på 50 timer eller mer høyest blant selvstendig næringsdrivende, særlig de uten kommunal leieavtale.
- Hvis vi inkluderer legevaksarbeid, øker andelen kommunalt ansatte som har en arbeidsuke på 50 timer eller mer. Dette skyldes at kommunalt ansatte rapporterer høyere antall timer legevakt per uke, særlig bakvakt og hjemmevakt. Særlig blant kommunalt ansatte fastleger med bonus er det en relativt høy andel som har et svært høyt timetall per uke grunnet legevaksarbeid.

**Figur 5-2: Fordeling av fastleger i spørreundersøkelsen etter antall timer til samlet legearbeid med og uten legevakt, etter hovedkategori driftsform**

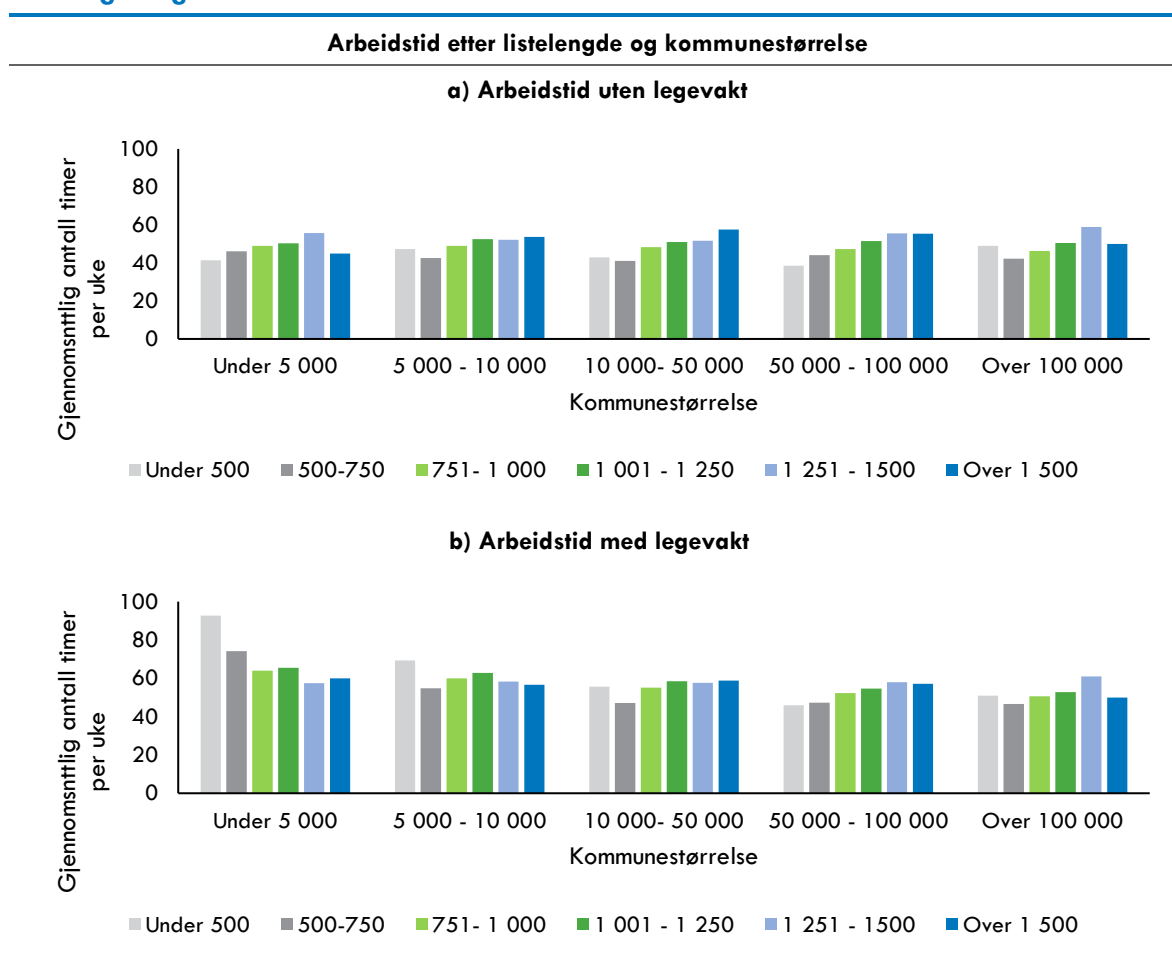


Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger i januar 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. N=1099. Respondenter som oppgir at de totalt (samlet legearbeid ekskludert bakvakt og hjemmevakt) jobber 0 timer i gjennomsnitt per uke (N=16), eller jobber over 112 timer i gjennomsnitt per uke (N=3), er tatt ut av utvalget.

#### 5.1.4 Oppgitt arbeidstid etter listelengde og kommunestørrelse

I spørreundersøkelsen oppgir fastlegene med lengre lister et høyere timetall samlet arbeidstid uten legevakt enn fastlegene med kortere lister. Denne sammenhengen mellom arbeidstid uten legevakt og listelengde synes å være til stede innenfor alle kommunestørrelser. Dersom man derimot også inkluderer arbeidstid til legevakt blir sammenhengen mellom listelengde og arbeidstid mindre tydelig, og i mindre kommuner oppgir leger med kortere lister et høyere timetall enn de med lange lister (Figur 5-3). Dette kan tyde på at de med kortere lister oftere jobber på legevakt, og at arbeidsbelastningen deres derfor er høy selv om listen er kortere. Få observasjoner innenfor noen subgrupper gjør at resultatene fra analysen må tolkes med varsomhet.

**Figur 5-3: Oppgitt arbeidstid blant fastleger, a) med legevakt og b) uten legevakt, fordelt etter listelengde og kommunestørrelse.**



**Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger i januar 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Note: N=1097. Få observasjoner innenfor noen subgrupper gjør at resultatene fra analysen må tolkes med varsomhet.**

Selv om det er virker å være en sammenheng mellom listelengde og arbeidsbelastning, påvirkes forholdet av en rekke ulike faktorer og forholdet mellom listelengde og arbeidsbelastning varierer systematisk for ulike fastleger og kommuner. Både omfanget av andre arbeidsoppgaver enn pasientkonsultasjoner, kjennetegn ved pasientene på listen, kjennetegn på kommunen mv. vil påvirke forholdet mellom listelengde og arbeidsmengde.

## 5.2 Fastlegenes opplevelse av egen arbeidsbelastning

### Samlet arbeidsbelastning

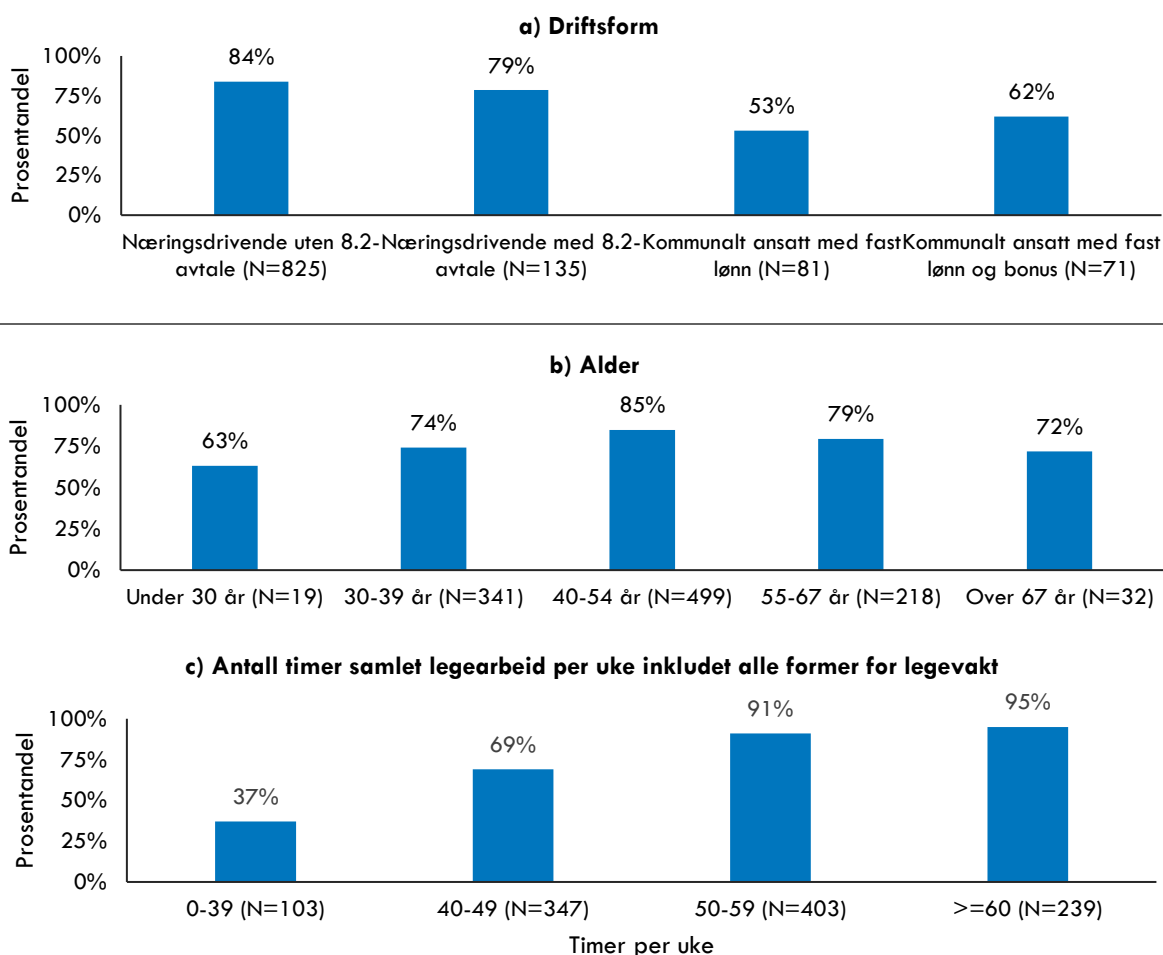
**I spørreundersøkelsen svarer 80 prosent av fastlegene at de opplever for stor arbeidsbelastning, mens 20 prosent svarer at de er tilfredse med egen arbeidsbelastning.**

Videre finner vi at andelen fastleger som opplever for stor arbeidsbelastning:

- Er signifikant høyere blant selvstendig næringsdrivende fastleger enn kommunalt ansatte fastleger (Figur 5-4)
- Er høyest i aldersgruppen 40-54 år, og signifikant høyere blant fastleger mellom 40 og 67 år enn de under 40 år (Figur 5-4). Vi finner også en signifikant høyere andel som opplever for stor arbeidsbelastning blant de som har jobbet lenger som fastlege. Dette kan ha sammenheng med at fastleger som har jobbet lenger trolig har lengre liste, og at de selv kan ha erfart utviklingen i økt arbeidsmengde.

- Er høyere desto høyere rapportert timetall fastlegene oppgir på tid brukt på samlet legearbeid per uke (Figur 5-4).
- Ikke er signifikant forskjellig mellom kjønn.

**Figur 5-4: Andel fastleger som svarte «jeg har for stor arbeidsbelastning», etter a) driftsform, b) alder og c) antall timer samlet legearbeid inkludert legevakt**



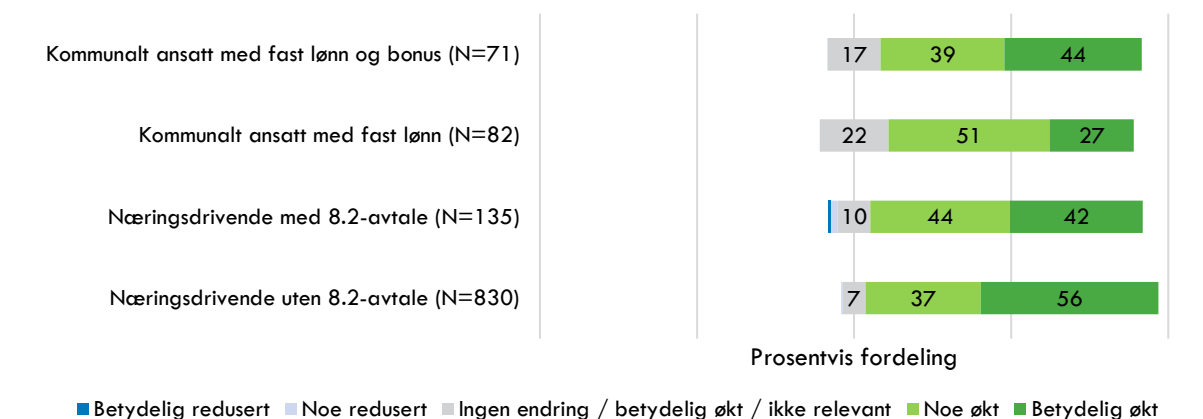
**Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger i januar 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Respondenter som oppgir at de totalt (samlet legearbeid ekskludert bakvakt og hjemmevakt) jobber 0 timer i gjennomsnitt per uke (N=16), eller jobber over 112 timer i gjennomsnitt per uke (N=3), er tatt ut av utvalget.**

Når vi sammenligner etter kommunestørrelse, finner vi at fastleger i kommuner med under 5 000 innbyggere i mindre grad oppgir at de har for stor arbeidsbelastning enn andre fastleger. Dette skyldes at det i vårt utvalg er samvariasjon mellom fastleger som er kommunalt ansatte og kommunestørrelse ved at kommunalt ansatte typisk representerer de små kommunene. Resultatet samsvarer derfor med at andelen som opplever for stor arbeidsbelastning er noe lavere blant kommunalt ansatte fastleger enn selvstendig næringsdrivende fastleger.

### 5.2.1 Utvikling i arbeidsbelastning det siste året

**Vår spørreundersøkelse viser at 51 prosent av fastlegene opplever at den samlede arbeidsbelastningen har økt betydelig det siste året, og 39 prosent at den har økt noe** (Figur 5-5). Det er statistisk signifikant flere blant selvstendig næringsdrivende fastleger (med og uten kommunal leieavtale) enn kommunalt ansatte fastleger (med og uten bonusavtale) som opplever at arbeidsbelastningen har økt betydelig det siste året.

**Figur 5-5: Hvordan opplever du at samlet arbeidsbelastning har utviklet seg de siste 12 månedene?**

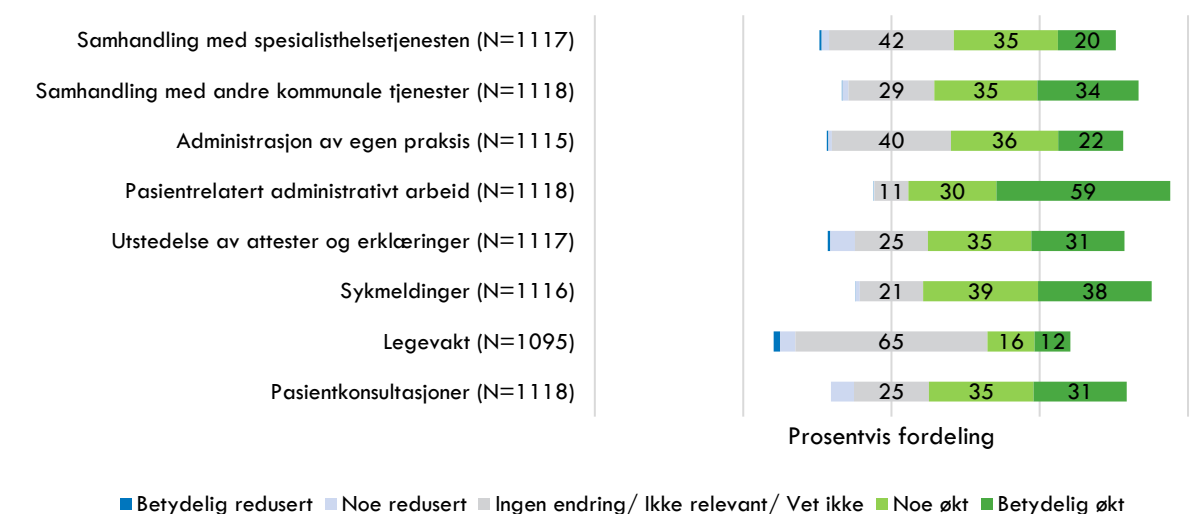


Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger januar 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

**Fastlegenes opplevelse av arbeidsbelastningen det siste året har trolig en viss sammenheng med koronapandemien.** Resultatene kan derfor være følsomme for pandemisituasjonens påvirkning på fastlegenes arbeidshverdag. Samtidig viser registerdata at antallet konsultasjoner hos allmennleger økte med over 700 000 konsultasjoner på landsbasis fra 2020 til 2021, en årlig vekst som er høyere enn tidligere år (se kapittel 3, Tabell 3-1). Dette tilsier at arbeid med pasientkonsultasjoner har vært særlig omfattende i 2021.

**I vår spørreundersøkelse er det flest fastleger som svarer at det er pasientrelatert administrativt arbeid som har økt betydelig det siste året (59 prosent)** (Figur 5-6). Det er også en vesentlig andel som opplever at arbeidsbelastningen har økt betydelig det siste året innen arbeid med sykemeldinger (trolig grunnet koronapandemien) og arbeid med utstedelse av attester og erklæringer. Det er statistisk signifikant flere blant de selvstendig næringsdrivende fastlegene (med eller uten kommunal leieavtale) enn kommunalt ansatte fastleger som opplever at arbeidsbelastningen har økt det siste året innen arbeid med sykemeldinger, samhandling med spesialisthelsetjenesten, samhandling med andre kommunale tjenester og administrasjon av egen praksis.

**Figur 5-6: Hvordan opplever du at arbeidsbelastningen innen følgende områder har utviklet seg de siste 12 månedene?**



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

Når det gjelder legevakt, er dette det området flest svarer at det ikke har vært noen endring, at det ikke er relevant (hvis de for eksempel har fritak) eller at de ikke vet. Fastlegene vi har intervjuet har også delte meninger om hvorvidt legevakt er belastende eller ikke. Noen opplever legevakt som viktig for å opprettholde akuttkompetanse, og synes det er spennende, mens andre opplever at det tar mye tid. For noen innebærer vaktbelastningen også en viss reisevei. Noen av fastlegene vi har intervjuet har fritak fra legevakt, og forklarer at dette har vært viktig for å redusere arbeidsbelastningen. Enkelte forteller at de ville ha sluttet i stillingen sin hvis ikke de hadde fått dette fritaket. Dette kommer også frem av åpne svar i spørreundersøkelsen rettet mot medisinstudenter og LIS1. En LIS1 opplever det slik:

*«Legevakt i tillegg til jobb på legekontoret, helst i helgene og lange dagvakter på 15 timer som resulterer kun i ekstra arbeidstid uten noen form for kompensasjon i form av fridager eller lignende. Dette er et system som ikke er forenlig med familieliv og er en av hovedgrunnene til at jeg ikke skal bli fastlege.»*

---

Sitat fra en lege i kommunehelsedelen av LIS1, oppgitt i spørreundersøkelsen

### 5.2.2 Fastlegenes vurderinger av ulike typer belastende eller «unødvendige» oppgaver

I intervjuer forklarer fastleger at det er ulike administrative oppgaver som oppleves arbeidsbelastende, og ikke det direkte pasientrelaterte arbeidet (selv om det kan være tidkrevende). Oppgaver innen «pasientrelatert administrativt arbeid», hvor flest fastleger i spørreundersøkelsen opplever at arbeidsbelastningen har økt betydelig det siste året, kan være sammensatt. Kategorien var ikke definert mer presist i spørreundersøkelsen. I intervjuer trekker flere fastleger fram eksempler på oppgaver de opplever som unødvendige eller belastende. To eksempler er administrative oppgaver knyttet til pasientreiser og å skrive ut resepter på vegne av spesialisthelsetjenesten. Slik oppgaver kan trolig kategoriseres som ulike pasientrelaterte administrative oppgaver.

Fastlegene vi har intervjuet opplever å ha oppgaver de i større eller mindre grad mener er unødvendig bruk av tid og kompetanse, og/eller oppgaver som ikke er medisinske oppgaver, pasientrettet diagnostikk eller behandling. Fastlegene trekker særlig fram arbeid med ulike typer attester og erklæringer, for eksempel fraværsattester til elever på videregående skole, helseattester/journalinformasjon til forsikrings saker, attester/erklæringer til NAV og legeerklæringer/resepter til pasienter innen andre tjenestetilbud (f.eks. BUP, DPS o.l.). En av fastlegene forklarer at det ikke eksisterer noen ordning for å godkjenne hvilke attester som skal vurderes av en lege, og at dette har ført til at svært mange aktører krever en legeattest. Hvorvidt de ulike type attestene oppleves unødvendige eller belastende henger trolig sammen med legenes pasientpopulasjon på liste, og det er noe ulike meninger om hvilke attester fastlegene bør utstede, for eksempel om fastlegen skal skrive fraværsattester til elever på videregående skole eller ikke.

*«Arbeidsoppgaver som tar tid og som er helt meningsløse, som attester for fravær videregående, attester på fortsatt parkeringsbevis og en rekke ting som egentlig ikke har noe med yrket å gjøre virker veldig demotiverende.»*

---

Sitat fra en fastlege, oppgitt i spørreundersøkelsen

Flere fastleger kommenterer også i spørreundersøkelsen at høyere arbeidsbelastning henger sammen med at den totale arbeidsmengden per pasient har økt. En av fastlegene vi intervjuet mente at den økte arbeidsbelastningen kom som følge av samfunnets forståelse av fastlegen som et slags «orakel som kan løse det ingen andre kan løse». Dersom en aktør ikke lenger kan hjelpe personen, og det kanskje heller ikke går an å hjelpe vedkommende, oppfordres vedkommende til å kontakte fastlegen. Til sammen fører det til at fastlegen mottar veldig mange henvendelser, i

kombinasjon med urealistiske forventninger til hva helsehjelpen kan bestå av. En annen fastlege opplever at økt arbeidsbelastning henger sammen med at pasientene stiller høyere krav og reiser flere problemstillinger per konsultasjon, noe som trolig kan skape en økt mengde pasientrelaterte administrative oppgaver i neste omgang. Vedkommende beskriver det slik i spørreundersøkelsen:

*«De siste årene spesielt har mengden arbeidsoppgaver utenom konsultasjoner økt dramatisk. Innkommende epikriser, erklæringer til NAV, administrative oppgaver på kontoret. Pasientene kommer med stadig større krav/bestillinger. 1 problemstilling per konsultasjon er nå unntaket fra regelen. Som regel 2-5 problemstillinger. Jeg har måttet redusere antall konsultasjoner per uke for å dekke opp for dette. Allikevel sitter jeg 3-5 kvelder i uken med hjemmekontor. Fritiden min forsvinner.»*

Sitat fra en fastlege, oppgitt i spørreundersøkelsen

I spørreundersøkelsen mottok vi også en rekke innspill i fritekstsvaret om at veiledning og supervisjon også bidrar til høy arbeidsbelastning. Flere forklarer at det bidrar til mange avbrytelser i arbeidshverdagen, og at supervisjon ikke gir økonomisk kompensasjon. En fastlege beskriver det slik:

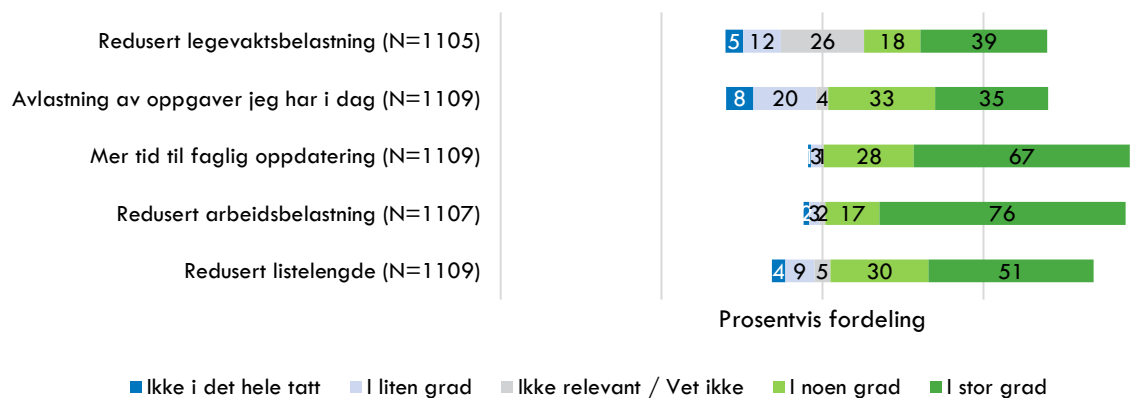
*«Jeg er eneste spesialist og skal veilede en LIS1 og to LIS3. Hvor skal man finne tid til dette. Utrolig mye tid til både veiledning, supervisjon og felles konsultasjoner. Dette er jo arbeid som ikke blir økonomisk kompensert (ikke supervisjon).»*

Sitat fra en fastlege, oppgitt i spørreundersøkelsen

### 5.2.3 Betydning av arbeidsbelastning for rekruttering og stabilitet

Våre undersøkelser tyder på at opplevd arbeidsbelastning er en av de viktigste faktorene for rekruttering og stabilitet til fastlegeyrket, i tillegg til styrking av basisfinansieringen som mange fastleger er opptatt av. I spørreundersøkelsen svarer 76 prosent av fastlegene at redusert arbeidsbelastning i stor grad vil bidra positivt til om de fortsetter som fastlege (Figur 5-7). 67 prosent vurderer at det samme gjelder dersom de får mer tid til faglig oppdatering, og 51 prosent svarer tilsvarende om redusert listelengde.

**Figur 5-7: I hvilken grad vil følgende faktorer knyttet til din arbeidsbelastning bidra positivt til om du fortsetter som fastlege?**

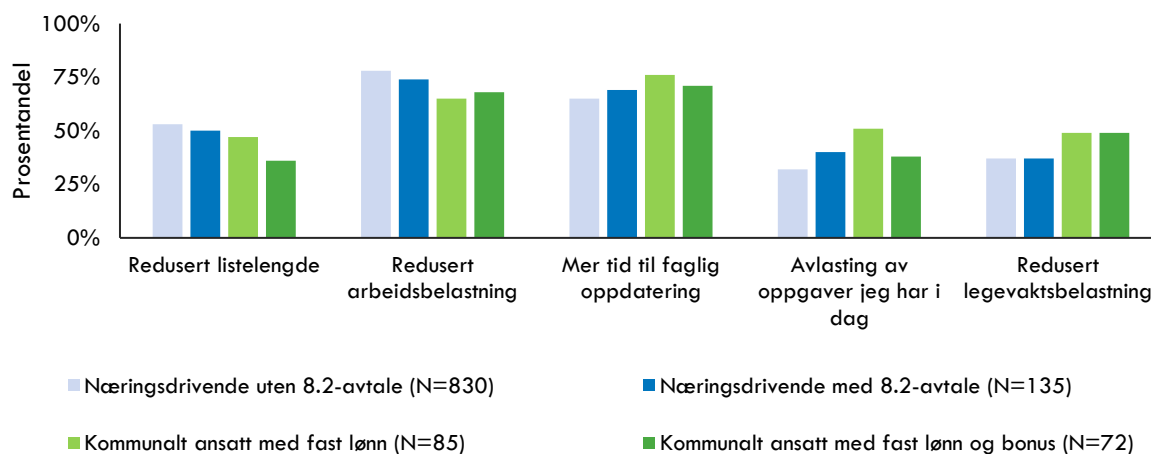


Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger januar 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Andelen fastleger som svarer at noe i stor grad vil bidra positivt til om de fortsetter som fastlege varierer mellom fastleger med ulik driftsform (Figur 5-8):

- Andelen som oppgir at redusert listelengde og redusert arbeidsbelastning i stor grad vil bidra positivt til om de fortsetter i yrket er signifikant høyere blant næringsdrivende fastleger
- Andelen som oppgir at mer tid til faglig oppdatering, avlastning av oppgaver og redusert legevaktbelastning i stor grad vil bidra positivt til om de fortsetter i yrket er signifikant høyere blant kommunalt ansatte fastleger

**Figur 5-8: I hvilken grad vil følgende faktorer knyttet til din arbeidsbelastning bidra positivt til om du fortsetter som fastlege? Andel som svarer «i stor grad», etter type faktor og driftsform**



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

Vi finner også at andelen fastleger som vurderer at redusert listelengde har betydning for om de ønsker å fortsette i yrket er høyere blant de med 1 000-1 500 pasienter på liste (90 prosent) enn de med under 1 000 pasienter på liste (75 prosent). Dette henger trolig sammen med at fastleger med mer enn 1 000 pasienter på listen i vårt utvalg i hovedsak er selvstendig næringsdrivende fastleger. Det er imidlertid en noe lavere andel som svarer det samme blant fastleger med over 1 500 pasienter på liste (67 prosent). Dette kan henge sammen med at det blant fastleger med over 1 500 pasienter på listen, er en noe høyere andel i aldersgruppen 55-67 år (38 prosent) enn blant fastleger med 1 000-1 250 pasienter på liste (20 prosent) og fastleger med 1 250-1 500 pasienter på liste (25 prosent), noe som gjør at en høyere andel nærmer seg pensjonsalder.

Videre er det en signifikant høyere andel kommunalt ansatte fastleger som svarer at redusert legevaktbelastning vil bidra positivt til om de fortsetter i yrket, sammenlignet med selvstendig næringsdrivende fastleger. Dette henger trolig sammen med at de kommunalt ansatte fastlegene rapporterer et høyere timeanslag på tid bruk på legevakt per uke enn de selvstendig næringsdrivende fastlegene (se kapittel 5.1), slik at legevaksarbeid utgjør en større andel av deres gjennomsnittlige arbeidsuke.

**Resultatene fra spørreundersøkelsen støttes av intervjuundersøkelsen blant fastleger, der de fleste vurderer at arbeidsbelastningen er viktig for hvorvidt de vil fortsette i yrket fremover.**

Flere av fastlegene understreket imidlertid at selv om de ønsker redusert arbeidsbelastning, ønsker de ikke å miste faglige interessante og spennende oppgaver, redusere kontakten med pasientene sine, eller at det foretas endringer som skaper mer behov for oppfølging eller godkjenning fra fastlegen. Flere fastleger peker også på at det generelt sett er vanskelig å få tak i vikar, og at fravær må løses gjennom kollegial fraværdekning. I tillegg tar det tid å følge opp vikarer, både når det gjelder opplæring og å håndtere klager.

I fritekstsvar i spørreundersøkelsen trekker fastlegene også frem en rekke andre faktorer som påvirker hvorvidt de fortsetter om fastlege om fem år, herunder:



- At de får mer tid til hver enkelt pasient
- At de får tilgang til et større faglig fellesskap
- Enklere prosesser i NAV-saker
- At man bør legge ned legelisten.no
- Muligheter for å organisere driften slik at sykepleiere kan skrive takster

**Flere peker også på at de opplever mistillit fra Helfo.** En fastlege oppsummerer det slik i spørreundersøkelsen:

*«Jeg har jobbet i sykehus i over 20 år [...]. Etter at jeg tok steget ut i allmennpraksis opplever jeg at systemet stempler meg som i utgangspunktet en svindler og at jeg hver dag må motbevise dette. Helfo protesterer umiddelbart om de tror jeg har takstet feil. Dette går imidlertid ALLTID i min disfavør. Jeg vet jeg og kolleger taper mange tusener årlig, kanskje titusener, særlig de som er nye i faget. Det korrigeres ALDRI av Helfo.»*

---

Sitat fra en fastlege, oppgitt i spørreundersøkelsen

**Det var også en rekke fastleger som kommenterte at utfallet av «blåreseptsaken» var viktig for om de velger å fortsette som fastlege.** Sitatet under er et oppsummerende eksempel på det mange fastleger beskriver i åpne svar i undersøkelsen:

*«Fastleger har 8 ganger så stor risiko for å få en reaksjon fra helsetilsynet enn andre leger. Vi kan avskiltes av NAV dersom vi er for sene med det stadig økende byråkratiet, følger opp pasienter som er sykmeldt og henvist til andre for behandling pr telefon, eller er for empatiske. Nå har også Helfo fått muligheten til å ilegge oss bøter i hundretusen kronersklassen dersom vi kommer i skade for å trykke på feil knapp under reseptskrivning. Tenker det var spikeren i kista. Hvem ønsker å ha en slik jobb, og fins det i det hele tatt noen annen yrkesgruppe som har noe slikt hengende over seg? [...]»*

---

Sitat fra en fastlege i spørreundersøkelsen

### 5.3 Innsikt i legevaksarbeid og organisering av legevakt

Tiltak 7 i handlingsplanen innebærer å skaffe økt innsikt om legevaksarbeid og prøve ut nye måter å organisere legevakt på. Kunnskapsbehovet omfatter både fastlegenes vakttype, vaktbelastning og timer på vakt. Det er også behov for kunnskap om organisering av legevakt.

**En ekspertgruppe ble nedsatt i januar 2021 og leverte sin rapport til Helse- og omsorgsdepartementet i november 2021.**<sup>32</sup> I ekspertgruppen var representanter fra Legeforeningen, medlemmer med bakgrunn fra kommunesektoren og medlemmer uten tilknytning til partene. I sitt arbeid brukte ekspertgruppen allerede tilgjengelige datakilder, i tillegg til data fra egen spørreundersøkelse rettet mot kommunene.

**Gjennomgående i ekspertgruppens rapport er forskjellene i vaktbelastning og organisering av legevakt mellom små og store kommuner.** Kartlegging av vaktbelastning i legevakt var en sentral del av ekspertgruppens arbeid. Det kom fram at over halvparten av landets fastleger

---

<sup>32</sup> Ekspertgruppe legevakt: Kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning. Rapport til Helse- og omsorgsdepartementet november 2021.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/2592eb7c9d5f41278ee604025ea519b5/rapport-ekspertgruppe-legevakt.pdf>

deltok i legevakt i 2019. I de store kommunene har om lag en tredjedel av fastlegene legevakt, mot mer enn to tredjedeler av fastlegene i de små kommunene. Det er en større andel spesialister i allmenntilleggsmedisin blant fastleger som har legevakt i store kommuner enn i små kommuner. Det medfører ifølge kompetansekravet i akuttmedisinforskriften hyppigere krav om bakvakt i små kommuner enn i store kommuner. Fastleger over 60 år i mindre legevakt-distrikt har i snitt mange flere vakter enn kollegaene i større legevakt-distrikt, hvor gjennomsnittet er tilnærmet null vakter.<sup>33</sup> Fastleger i mindre legevakt-distrikt har flere timer legevakt og hyppigere helgevakt enn fastleger i større distrikt. Av fastleger som har legevakt, har nesten alle i de små legevakt-distriktene nattevakt, men dette gjelder bare noe over halvparten i de største distriktene. Det er mindre registrert aktivitet i løpet av en nattevakt i små legevakt-distrikt enn det er i større distrikt. Fastlegene i små legevakt-distrikt har flere nattevakter enn fastlegene i større legevakt-distrikt, og fastleger i små kommuner jobber nesten dobbelt så mange dager etter legevakt på natt med aktivitet. En av fire av kommunene med under 5 000 innbyggere har hatt tre eller færre leger i vaktordningen på fast basis i løpet av det siste året.

Ekspertgruppen beskriver behovet for data og analyser av aktivitet i legevakt. I dag registreres kun legevakt dersom det har vært aktivitet på vekten. Ekspertgruppen ser behovet for en bedre beskrivelse av leger på vakt uten registrert aktivitet. Det er også behov for data og oversikt over inntekt i legevakt, samt kommunenes kostnader til drift av legevaktstjenesten.

Ekspertgruppen avslutter rapporten med en diskusjon av samspillet mellom fastlege og legevakt. Mange fastleger opplever stor arbeidsbelastning på dagtid. I mindre kommuner med lange avstander har fastlegene også stor vaktbelastning. Dette er en av årsakene til de økende rekrutterings- og stabilitetsutfordringene i fastlegeordningen. Et økende antall pasienter som ikke har fastlege, betyr flere henvendelser til legevakt og derfor en større arbeidsbelastning på legevaktlegene. I tillegg vil ubesatte fastlegestillinger øke vaktbelastningen på de gjenværende legene i vaktordningen, noe som får større betydning jo færre leger som i utgangspunktet deltar i ordningen. Alderssammensetningen i fastlegekorpset medfører også en økende andel fastleger som har rett til fritak fra legevakt, som igjen betyr færre leger i vaktordningen og flere vakter på de gjenværende legene. Den totale arbeidsbelastningen for fastlegene på dagtid og legevakt øker, som igjen forsterker rekrutterings- og stabilitetsproblemene.

Ytre Sogn og Sunnfjord er en av to regioner som prøver ut en **modell for fremtidens organisering av det akuttmedisinske tilbudet**. Legevaktssentralen er bemannet med sykepleier hele døgnet og har vaktkompetent lege på fra kl. 1530-0800 samt helg og helligdager. Legevaktssatellittene er lagt til sykehjem. Prosjektet avsluttes 30.06.22. Det er lagt opp til en egen følgeevaluering.

**Resultatene fra rapporten til ekspertgruppen viste at vaktbelastningen på fastlegene var størst i de minste kommunene. Som et tiltak for å bedre situasjonen der legevaktbelastningen er størst, utlyses det for 2022 et tilskudd på 50 millioner kroner til kommuner med færre enn 5 000 innbyggere og som ligger i SSBs sentralitetsklasse 6 (Helsedirektoratet, 2022). Helsedirektoratet definerer tildelingskriterier for legevaktstilskudd til rekrutteringsvake kommuner.**

## 5.4 Arbeidsdeling og samhandling

God arbeidsdeling og samhandling mellom allmennlegetjenesten og andre deler av helse- og omsorgstjenesten er viktig både for belastningen på helsetjenesten og for kvaliteten på tjenestene. Flere av de pågående tiltakene i handlingsplanen er spesifikt rettet mot økt samhandling og mer hensiktsmessig arbeidsdeling.

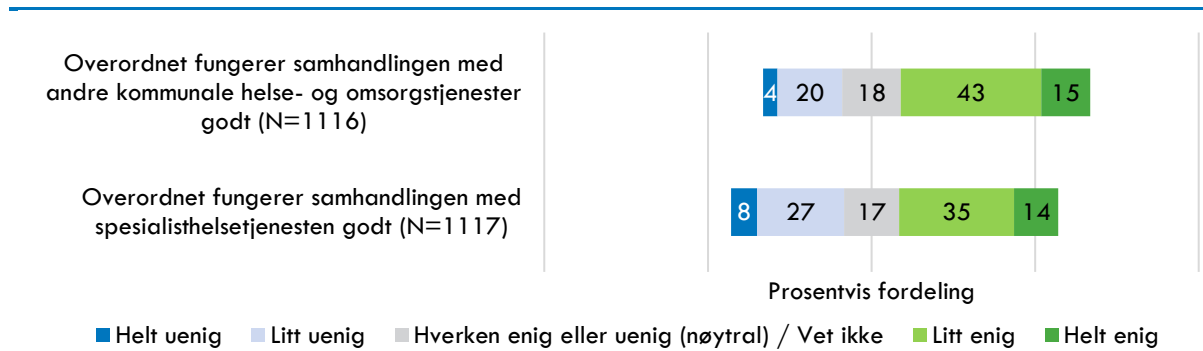
### Samhandling med kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten

**Om lag halvparten av fastlegene i vår spørreundersøkelse er litt eller helt enig i at samhandlingen med andre kommunale helse- og omsorgstjenester (58 prosent) og spesialisthelsetjenesten (49 prosent) fungerer godt** (Figur 5-9). 24 prosent er litt eller helt uenig i at samhandlingen med andre kommunale tjenester fungerer godt, mens 35 prosent svarer det

<sup>33</sup> Dette kan ha sammenheng med at fastlegeforskriften åpner for fritak fra legevakt for leger over 60 år.

samme om spesialisthelsetjenesten. I intervjuene peker fastlegene på at samlokalisering og det å ha kjennskap til hverandre er positivt for samhandlingen, og at tilfeller med dårlig samhandling ofte handler mer om enkeltpersoner. Blant aktørene i spesialisthelsetjenesten som vi har snakket med er det delte oppfatninger om samhandlingen. Noen opplever at samhandlingen fungerer godt, mens andre opplever at det fortsatt bærer preg av silotenkning. De fleste opplever imidlertid at samhandlingen er bedre nå enn den var tidligere, og at det særlig har blitt bedre de siste par årene.

**Figur 5-9: Vurder følgende utsagn om samhandling med andre deler av helse- og omsorgssektoren**



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

På spørsmålet om samhandling med andre kommunale helse- og omsorgstjenester, er det statistisk signifikant at næringsdrivende (med og uten kommunal leieavtale) i større grad er litt eller helt enig i at samhandlingen fungerer godt sammenlignet med kommunalt ansatte fastleger. Det er ingen signifikante forskjeller mellom fastleger i kommuner av ulik størrelse. Når det gjelder samhandling med spesialisthelsetjenesten, finner vi kun signifikante forskjeller mellom svarene til fastleger i kommuner av ulik størrelse. Fastleger i små kommuner er i større grad enig i at samhandling med spesialisthelsetjenesten fungerer godt.

**Som vist i Figur 5-6 oppgir flertallet av fastlegene i spørreundersøkelsen at arbeidsbelastningen knyttet til samhandling med andre kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenesten har økt de siste 12 månedene.** Det er flere som oppgir at arbeidsbelastningen har økt betydelig når det gjelder samhandling med andre kommunale helsetjenester (34 prosent) sammenlignet med spesialisthelsetjenesten (20 prosent). Det er grunn til å tro at den opplevde arbeidsbelastningen knyttet til samhandlingen kan ha blitt påvirket av koronapandemien. Samtidig vil nok opplevelsen av samhandlingen med spesialisthelsetjenesten stamme tilbake til samhandlingsreformen, og ikke nødvendigvis knytte seg til det siste året, som en fastlege oppsummerer i spørreundersøkelsen:

*«[...] Det startet med samhandlingsreformen med stadig nye oppgaver og krav, mens det ikke fulgte reelle økonomiske midler for å kunne gjennomføre det på en hensiktsmessig måte.»*

**Sitat fra en fastlege, oppgitt i spørreundersøkelsen**

Ved en nærmere undersøkelse av resultatene finner vi ingen statistisk signifikant forskjell i svarfordelingen blant fastleger i kommuner av ulik størrelse. Det er imidlertid statistisk signifikant at selvstendige næringsdrivende fastleger i større grad er litt eller helt enig i at arbeidsbelastningen knyttet til samhandling med kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjenesten har økt noe eller betydelig de siste 12 måneder, sammenlignet med kommunalt ansatte fastleger.

## Bruken av samhandlingstaksten

I andre halvdel av 2019 ble det innført en samhandlingstakst mellom fastlege og lege i spesialisthelsetjenesten (takst 1j). Tall fra KUHR viser at bruken av taksten har økt siden den ble innført, og i andre halvdel av 2020 ble taksten brukt 38 prosent mer enn i tilsvarende periode i 2019. Fra 2020 til 2021 var det en mer moderat vekst i bruken av taksten på 5,8 prosent. **På spørsmål om samhandlingstaksten har ført til mer eller mindre samhandling med spesialisthelsetjenesten, svarer flertallet av fastlegene (63 prosent) at de samhandler like mye som før, 26 prosent at de samhandler litt mer enn før, og 6 prosent at de samhandler betydelig mer enn før.** Bare to prosent oppgir at de samhandler litt eller betydelig mindre enn før, og resten oppgir at de ikke vet. Enkelte trekker i fritekstsvar frem at taksten ikke nødvendigvis fører til mer samhandling, men heller at den finansierer det man uansett gjorde tidligere:

*«Ser ikke på denne taksten som en stimulans til å kontakte spesialisthelsetjenesten mer/hyppigere. Det er betaling for å ringe sykehuslegen om råd når jeg av faglige grunner må ringe. Før denne taksten kom var konferering med spesialist ubetalt jobb.»*

---

Sitat fra en fastlege, oppgitt i spørreundersøkelsen

## Tilrettelegging for økt samhandling

Flere tiltak, som etablering av helsefelleskap og den allerede etablerte praksiskonsulentordningen, skal bidra til god samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

### **Ved utgangen av 2021 var de fleste av de 19 planlagte helsefelleskapene formelt etablert.**

Ifølge Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan for 2021 (Helsedirektoratet, 2021) var formell etablering av Helsefelleskap Helse Bergen planlagt til januar 2022, og for Helsefelleskap Finnmark ble første partnerskapsmøte planlagt avholdt i januar/februar 2022. Helsefelleskapene er organisert i tre nivåer. De to øverste nivåene, partnerskapsmøte og strategisk samarbeidsutvalg, består av politisk, administrativ og faglig ledelse i kommuner og helseforetak. Det nederste nivået, faglig samarbeidsutvalg, består av helsepersonell og brukere. Fastlegene skal være representert i alle de tre nivåene. Helsedirektoratet rapporterer om flere eksempler på omfattende og godt samarbeid mellom kommuner og helseforetak, samtidig som det er stor variasjon mellom regionene. I noen områder har arbeidet kommet kort, og noen helsefelleskap har ennå ikke avholdt partnerskapsmøte (Helsedirektoratet, 2021).

**Praksiskonsulentordningen** skal fremme samarbeid mellom kommunal helse- og omsorgstjeneste og sykehus, ved at allmennleger jobber deltid ved sykehuset som konsulent eller ansatt. Hovedinntrykket fra intervjuundersøkelsene, både blant aktører i spesialisthelsetjenesten (herunder praksiskonsulenter) og fastleger, er at praksiskonsulentordningen fungerer godt og er et viktig tiltak for å tilrettelegge for samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. En overlege vi har intervjuet omtalte ordningen som en «sentral brobygger mellom allmennleger og sykehus», og ga uttrykk for at ordningen hadde stor verdi for begge parter. Fastlegene kan for eksempel benytte praksiskonsulentene som rådgivere når de trenger hjelp med samarbeidet med sykehuset og informasjon om hvem de bør kontakte.

I intervjuene med aktører i spesialisthelsetjenesten trekker en informant frem at det er behov for bedre dialog om arbeidsdeling innen de kliniske arbeidsområdene, for eksempel innen kreftbehandling. Det er behov for en tydeligere arbeidsdeling mellom fastlegen og sykehuset når det gjelder oppfølging av kreftpasientene, og tilsvarende på andre områder. Overlegen vi intervjuet pekte på at selv om arbeidsdelingen vil variere mellom felt, region og sykdommer, kan man utarbeide noen felles prinsipper som vil gjelde på tvers.

## 6. Spesialistutdanning i allmenntmedisin

*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 allmenntmedisin. Antall tilsatte i LIS1-stillinger har økt fra 924 i 2019 til 1 081 i 2021. Gitt planlagte, nye stillinger med oppstart høsten 2022 og våren 2023 vil Helsedirektoratet nå sitt eget mål om 1 150 LIS1-stillinger per år. Videre har antall tilskudd til ALIS-avtaler økt betydelig, fra 140 avtaler i 2019 til 564 avtaler i 2021. I tillegg kommer ALIS-avtaler gjennom prosjektene ALIS-Vest og ALIS-Nord. ALIS-ordningen oppleves som en god, men byråkratisk ordning. Ordningen krever administrative ressurser som kommunene ikke nødvendigvis er rigget for, særlig de minste kommunene. I 2022 har Helsedirektoratet opprettet en ny nasjonal tilskuddsordning for ALIS-avtaler og veiledning av ALIS, med søknadsfrist 1. oktober 2022. Ordningen erstatter de tidligere tilskuddsordningene og skal bidra til å dekke kommunenes merkostnader ved inngåelse av ALIS-avtaler. I tillegg har bevilgede midler til ALIS-kontorene økt fra 10 millioner kroner i 2020 til 40 millioner kroner i 2022. Det har vært tidkrevende og utfordrende å etablere kontorene, dels på grunn av vertskommunemodellen, og flere av kontorene er fortsatt i en utviklingsfase. ALIS-kontorene har likevel jobbet med å spre informasjon om tilskuddsordningene for ALIS-avtaler, oppfordret og hjulpet kommunene med å søke tilskudd, og på denne måten vært en pådriver for utviklingen.*

Med innføringen av kompetanseforskriften 1. mars 2017<sup>34</sup> og spesialistforskriften som trådte i kraft 1. mars 2019, har de nasjonale kravene til spesialistutdanning for leger i allmenntmedisin blitt endret de siste årene. Omleggingen av spesialistutdanningen gir kommunen et formelt ansvar for at fastleger og andre leger i kliniske stillinger enten er spesialister i allmenntmedisin eller under slik spesialisering (Holte, 2020).

### 6.1 LIS1-stillinger

#### 6.1.1 Antall tilsatte i LIS1-stillinger

Tiltak 9 i handlingsplanen innebærer å tilrettelegge for et hensiktsmessig antall LIS1-stillinger.<sup>35</sup> Ifølge Helsedirektoratets årsrapport 2020 oppfølging av Handlingsplan for allmenntlegetjenesten 2020-2024 (Helsedirektoratet, 2021) var det 457 tilsatte i LIS1-stillinger våren 2019 og 467 tilsatte i LIS1-stillinger høsten 2019.<sup>36</sup> Tilsvarende tall for 2021 er 553 tilsatte i LIS1-stillinger våren 2021 og 528 tilsatte i LIS1-stillinger høsten 2021 (Helsedirektoratet, 2022).<sup>37</sup> **Antall tilsatte i ordinære LIS1-stillinger har dermed økt fra 924 i 2019 til 1 081 i 2021.**

Ifølge informasjon fra Helsedirektoratets nettsider er det opprettet 31 nye LIS1-stillinger med oppstart 1. september 2022, og det vil komme ytterligere 31 nye stillinger med oppstart 1. mars

<sup>34</sup> Forskriften pålegger kommunen å sikre at fastleger, leger i stilling ved kommunal legevakt eller annen stilling med oppgave om å yte helsehjelp i kommunen (for eksempel sykehjemsleger) tilsatt etter 1. mars 2017, er spesialister i allmenntmedisin eller under slik spesialisering. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-02-17-192>

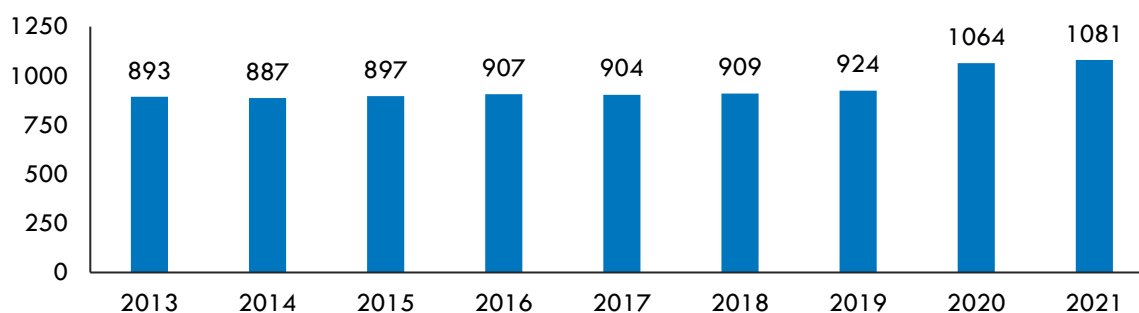
<sup>35</sup> "LIS1" står for Lege i spesialisering del 1 og tilsvarer den stillingen som tidligere ble kalt turnuslege.

<sup>36</sup> Tallene er hentet fra Helsedirektoratets oppfølging av Handlingsplan for allmenntlegetjenesten 2020-2024, Årsrapport 2020, figur 5.2 side 45.

<sup>37</sup> Tallene er hentet fra Helsedirektoratets oppfølging av Handlingsplan for allmenntlegetjenesten 2020-2024, Kvartalsrapport 4. kvartal 2021, figur 4.4 side 24.

2023. Det vil da være 1 150 LIS1-stillinger per år, et fastsatt mål fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2022).

**Figur 6-1: Antall tilsatte i LIS1-stillinger 2013-2021**



Kilde: Tall for 2013-2020 er hentet fra Helsedirektoratet (2021) oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 – Årsrapport 2020. Tall for 2021 er hentet fra Helsedirektoratet (2021) oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 – Kvartalsrapport 4. kvartal 2021. Tallene i figuren viser summen av antall tilsatte i LIS1-stillinger høst og vår per år.

Ifølge Helsedirektoratet har de nye LIS1-stillingene ført til at en høyere andel av søkerne ble tilsatt i 2020 og 2021 sammenlignet med foregående år. Andelen tilsatte søkere gikk fra 36 prosent våren 2019 til 45 prosent våren 2021, og fra 46 prosent høsten 2019 til 58 prosent høsten 2021 (Helsedirektoratet, 2022). I samme periode har imidlertid antall søkere falt med 3,2 prosent fra våren 2019 til våren 2021, og med 10 prosent fra høsten 2019 til høsten 2021. En høyere andel tilsatte søkere henger derfor også sammen med utviklingen i antall søkere.

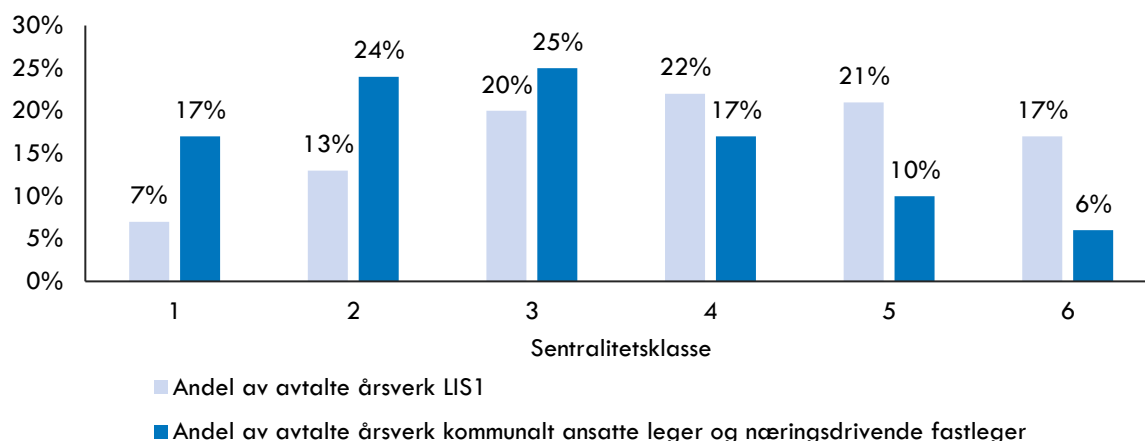
I 2020 og 2021 ble omtrent halvparten av søkerne til LIS1-stillinger tilsatt.<sup>38</sup> Ved utgangen av 2021 ble 58 prosent av søkerne tilsatt, den høyeste andelen siden høsten 2015.

### 6.1.2 LIS1-årsverk i kommuner med ulik sentralitetsklasse

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 6-2). Samtidig er det i gjennomsnitt færre årsverk med kommunalt ansatte leger og næringsdrivende fastleger per LIS1-årsverk i de mindre sentrale kommunene (Figur 6-3). Fordelingen av lege- og LIS1-årsverk i de ulike kommunene kan ha betydning for tilgangen på veiledere og supervisører, men vi har ikke undersøkt dette nærmere.

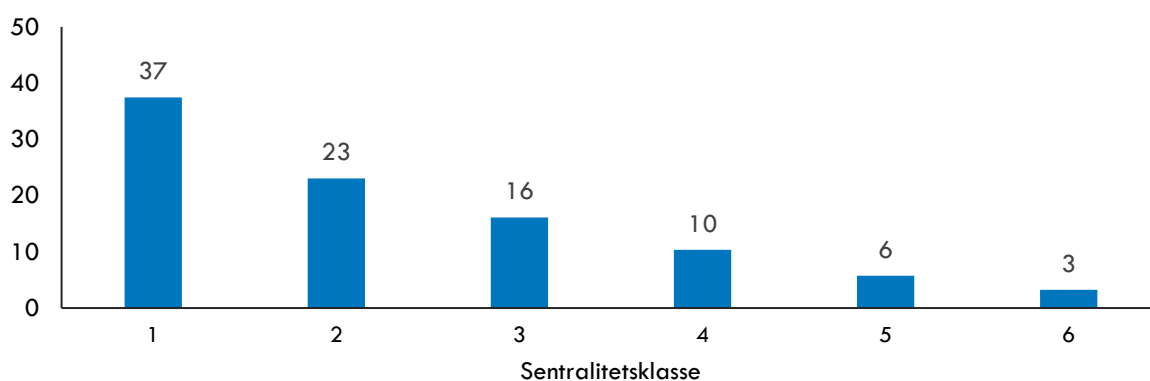
<sup>38</sup> Som følge av at det uteksamineres flere studenter i juni enn i januar, vil det alltid være flere søkere i søknadsrunden om våren enn om høsten. Dette gjør at andelen søkere som tilsettes i LIS1-stilling er lavere på våren enn høsten.

**Figur 6-2: Fordeling av avtalte legeårsværk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter sentralitetsindeks og driftsform (2020)**



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

**Figur 6-3: Gjennomsnittlig antall avtalte årsværk kommunalt ansatte leger og næringsdrivende fastleger per avtalte LIS1-årsværk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter sentralitetsindeks (2020)**



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

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

I intervjuundersøkelsene oppgir både fastleger og representanter fra kommunene at de er positive til tiltaket med å øke antall LIS1-stillinger. De peker på at flere LIS1-stillinger kan bidra positivt til rekruttering, men at det i seg selv ikke er nok til å sikre rekrutteringen.

Flere av kommunerepresentantene forklarer at LIS1-stillingene er deres viktigste rekrutteringsarena, selv om de fleste LIS1 i første omgang kommer tilbake som vikarer. Både fastlegene og kommunerepresentantene trekker frem at en LIS1-stilling gir legen kjennskap til praksisen i forkant, og kan virke positivt på rekruttering i ettetid hvis legen har et vellykket opphold med god oppfølging. For at det skal oppleves attraktivt for LIS1 å bli fastlege, må det være gode økonomiske vilkår i LIS1-stillingen spesielt, og i fastlegeordningen generelt. Videre vurderer de at viktige faktorer for hvorvidt LIS1 ønsker seg inn i fastlegeyrket er opplevelsen av arbeids- og fagmiljøet, størrelsen på legekantoret, mulighetene for og tilrettelegging ved kurs og videreutdanning, og samlet arbeidsbelastning. I tillegg avhenger rekrutteringen av legenes personlige preferanser knyttet til for eksempel geografisk beliggenhet og bosted, eventuell pendler-/reiseavstand og familiesituasjon. Vi omtaler preferanser og erfaringer blant medisinstudenter og LIS1 nærmere i kapittel 7.

Når det gjelder å øke antall LIS1-stillinger, forklarer både fastleger og kommunerepresentanter at det er viktig å sikre at LIS1-stillingene går til legekantor og kommuner som er i stand til å ta imot, følge opp og veilede LIS1-legene på en god måte. Særlig i intervjuer med kommunerepresentanter kommer det frem at det er kapasitetsbegrensninger ved hvor mange LIS1 kommunene kan ta imot. Dette skyldes særlig mangel på fysisk plass til LIS1 på legekantorene, begrenset tilgang på legespesialister som veiledere (det er vanskelig å rekruttere nok veilederressurser), og at LIS1-stillingene medfører en del kostnader for kommunene utover det tilskuddet dekker, blant annet til avtaler med legekantor og honorar til veiledere, samt administrative ressurser i kommunen. Flere kommunerepresentanter forklarer at kommunen har måttet takke nei til LIS1-stillinger, eller har måttet takke nei til å øke antall LIS1-stillinger, grunnet kapasitetshensyn.

## 6.2 ALIS-avtaler

ALIS-avtaler har tidligere vært avtaler mellom kommuner med rekrutteringsutfordringer og leger i spesialisering i allmenntidrett om særskilte tiltak som bidrar til økt trygghet under spesialistutdanningen, gjennom bedre tilrettelegging og oppfølging i spesialiseringsløpet 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 (Helsedirektoratet, 2021):

- Rekruttering av fastleger og stabilitet blant leger i kommuner som har rekrutteringsvansker (rekrutteringstilskuddet, 2019)
- ALIS-tilskudd til fastlege med næringsdrift (2019 og 2020)
- ALIS-avtaler til fastleger med næringsdrift og fastlegevikarer i næringsdrift utover 1 års varighet (ny i 2021)
- ALIS-avtaler til fastleger ansatt i kommunen og fastlegevikarer ansatt i kommunen utover 1 års varighet (ny i 2021)

Fra 2022 foreslår regjeringen å innføre en nasjonal ALIS-avtaleordning, som tilbys uavhengig av om kommunen har rekrutteringsutfordringer eller ikke, der alle avtaler inneholder et sett med standardelementer og kommuner med størst rekrutteringsutfordringer kan tilby tilleggselementer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021). **I 2022 har Helsedirektoratet opprettet en ny nasjonal tilskuddsordning for ALIS-avtaler og veiledning av ALIS, med søknadsfrist 1. oktober 2022.** Total tilskuddsramme er 224,6 millioner kroner. Tilskuddsordningen skal bidra til å dekke kommunenes merkostnader ved inngåelse av ALIS-avtale. Ordningen dekker også kommunenes utgifter til forskriftsfestet veiledning til leger som er under spesialisering i allmenntidrett, og som ikke velger å inngå en ALIS-avtale.<sup>39</sup> Den nye tilskuddsordningen vil erstatte de tidligere tilskuddsordningene. Den nye ordningen kan dermed bidra til å løse utfordringer som våre informanter peker på (delkapittel 6.2.3), herunder å i større grad dekke kommunenes utgifter ved å administrere ALIS-ordningen, sikre en struktur for kompensasjon for veiledning av ALIS på nasjonalt nivå, gjøre tilskuddsordningen mindre byråkratisk, og tydeliggjøre hva tilskuddet kan dekke.

Ved siden av tilskuddsordningene har regjeringen bevilget midler til to pilotprosjekter med tilskudd til ALIS-avtaler som tar sikte på å utvikle modeller for spesialistutdanningen i allmenntidrett: (1) ALIS-Nord, med prosjektperiode 2019-2023, 25 deltakerkommuner, 32 stillinger, 200 000 kr per stilling per år,<sup>40</sup> og (2) ALIS-Vest, med prosjektperiode 2017-2022, 11 deltakerkommuner, 16 stillinger, 150 000 kr per stilling per år.<sup>41</sup> Disse prosjektene blir evaluert i egne følgeforskningsprosjekter (Holte, et al., 2021; Gaski, et al., 2021).

<sup>39</sup> Informasjonen er hentet fra Helsedirektoratets nettsider 18.03.2022: <https://www.helsedirektoratet.no/tilskudd/nasjonal-alis-og-veiledning>

<sup>40</sup> Se kapittel 1 i Holte (2020) for nærmere omtale av ALIS-Nord.

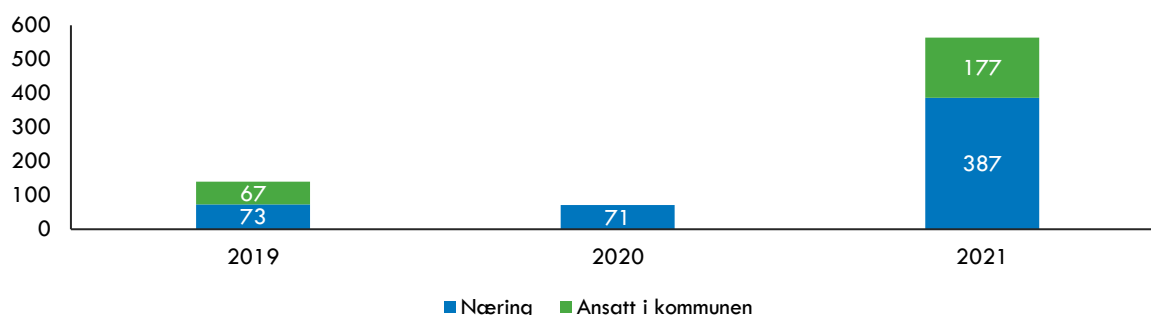
<sup>41</sup> Se Gaski et. al. (2021) for en nærmere omtale av ALIS-Vest.



### 6.2.1 Utvikling i antall ALIS-avtaler

Tiltak 3 i handlingsplanen innebærer å øke bruken av ALIS-avtaler. **Tall fra Helsedirektoratet viser at antall ALIS-avtaler har økt betydelig fra 2019 til 2021.** Antall tilskudd til ALIS-avtaler har økt fra 140 avtaler i 2019 til 564 avtaler i 2021, eksklusive prosjektene ALIS-Vest og ALIS-Nord. Hvis vi inkluderer prosjektene ALIS-Vest og ALIS-Nord, var tilsvarende tall henholdsvis 190 avtaler i 2019 og 127 avtaler i 2020 (Helsedirektoratet, 2021; Helsedirektoratet, 2022).

**Figur 6-4: Antall ALIS-avtaler med tilskudd fra Helsedirektoratet. Tall eksklusive ALIS Vest og ALIS Nord.**



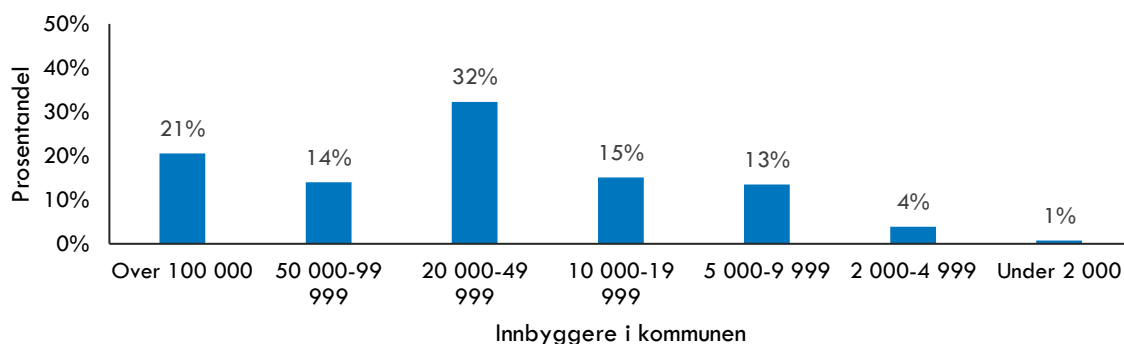
**Kilde: Helsedirektoratet (2022) Note: Tallene for 2019 inkluderer rekrutteringstilskuddet. I 2020 omfattet tilskuddsordningen ikke ALIS ansatt i kommunen.**

**Veksten i antall tilskudd til ALIS-avtaler i 2021 var ifølge Helsedirektoratet (2022) større enn forventet, og skyldes økte bevilgninger til tilskudd til ALIS-avtaler.** Økt fokus og bedre informasjon til kommunene kan også ha bidratt til dette. Tilskudd til ALIS-avtaler for fastleger i næringsdrift økte fra 10 millioner kroner i 2019 til 87,7 millioner kroner i 2021. 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, 2021; Helsedirektoratet, 2022). I intervjuer med representanter for ALIS-kontorene kommer det frem at kontorene har jobbet med å spre informasjon om tilskuddsordningene, oppfordret og hjulpet kommunene med å søke tilskudd, og har på denne måten vært en pådriver for utviklingen.

### Fordeling av avtaler etter kommunestørrelse og driftsform

**Tall fra Helsedirektoratet viser samtidig at en relativt liten andel av tilskudd til ALIS-avtaler går til små kommuner;** i 2021 mottok kommuner med under 5 000 innbyggere om lag fem prosent av tilskudd til ALIS-avtaler (Figur 6-5).

**Figur 6-5: Fordeling av antall tilskudd til ALIS-avtaler i 2021, etter kommunestørrelse**



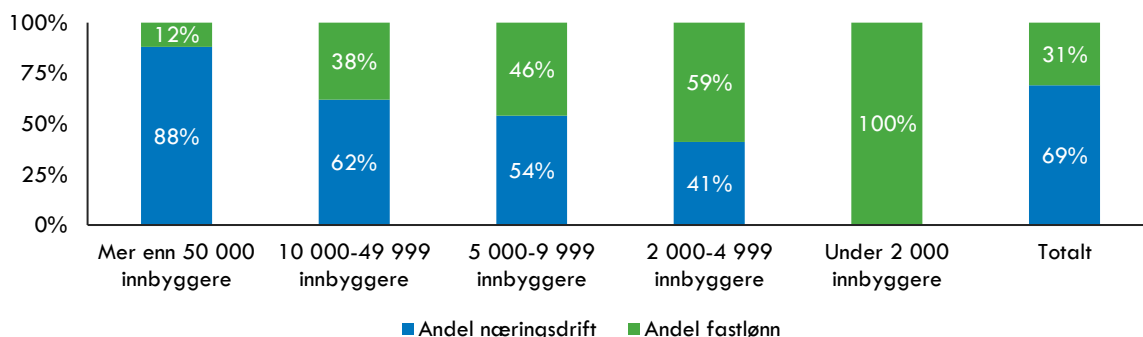
**Kilde: Helsedirektoratet (2022).**

I 2020 mottok 25 av 80 særlig rekrutteringssvake kommuner<sup>42</sup> til sammen tilskudd til 61 ALIS-avtaler, tilsvarende 48 prosent av alle ALIS-avtalene dette året. Tilskuddet ble enten gitt som en del av ALIS-Vest, ALIS-Nord, eller som ALIS-tilskudd til fastlege med næringsdrift. 12 av de 25 kommunene hadde per 1. mars 2021 ikke lenger noen lister som hadde stått uten lege i mer enn ett år (Helsedirektoratet, 2021).

I 2020 gikk 14 av 71 ALIS-avtaler med næringsdrift (ALIS Vest og ALIS Nord holdt utenom) til usentrale kommuner (sentralitetsgrad 4, 5 og 6). Ifølge Helsedirektoratet (2021) indikerer dette at **kommuner i distriktet i liten grad rekrutterer ALIS til næringsavtaler**. ALIS-avtale med næringsdrift virker å være et mindre treffsikkert tiltak i særlig rekrutteringssvake kommuner. Dette understøttes av funn fra evalueringen av ALIS-Nord. I dette prosjektet ønsket man å teste både næringsdrift og fastlønn, men flere av deltakerkommunene så seg nødt til å inngå avtale om fastlønn for å bemanne stillingene, selv om de egentlig ønsket å delta i prosjektet med næringsdrift. Av de 26 stillingene som var bemannet i prosjektet i 2020, var det bare blitt inngått avtale om næringsdrift for seks stillinger, til tross for at det i utgangspunktet skulle være en 50/50-fordeling mellom fastlønn- og næringsdriftstillinger (Holte, 2020). Evalueringen av ALIS-Nord løfter frem overgangsavtaler fra fastlønn til næring som et mulig tiltak for å opprettholde næringsdriftsmodellen i kommuner som har utfordringer med å rekruttere til næringsdrift (Holte, 2020).

**I folkerike kommuner er tilskudd til ALIS-avtale for næringsdrivende ALIS dominerende, mens det i mindre folkerike kommuner er mer vanlig med tilskudd til ALIS-avtaler til kommunalt ansatte fastleger** (Figur 6-6). Fordeling av tilskudd til ALIS-avtaler har ifølge Helsedirektoratet (2021) ikke ønsket profil med tanke på kommunestørrelse, sentralitet og geografi. Det er fortsatt få små kommuner som søker om tilskudd til ALIS-avtaler. Det ble gitt tilskudd til ALIS-avtaler med næringsdrift og fastlønn i alle fylker, unntatt Oslo (kun tre ALIS-avtaler med næringsdrift).

**Figur 6-6: Prosentvis fordeling av tilskudd til ALIS-avtaler i 2021, etter driftsform og kommunestørrelse. Tall eksklusive ALIS Nord og ALIS Vest.**



Kilde: Helsedirektoratet (2021) oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 – Kvartalsrapport 4. kvartal 2021.

### 6.2.2 Erfaringer med ALIS-ordningen

Fastlegene vi har intervjuet, og som har kjennskap til, eller selv vært en del av en ALIS-avtale med tilskudd fra Helsedirektoratet, har positive erfaringer med ordningen. **Fastlegene trekker frem at ALIS-tilskuddet bidrar til økonomisk dekning av tappt inntekt ved fravær knyttet til kurs og videreutdanning i spesialiseringen.** Dette oppleves som en viktig økonomisk støtte og trygghet, og legger til rette for at ALIS kan ha noe kortere listelengde enn det som ellers ville vært tilfelle. **Å få dekket utgifter til kurs og videreutdanning er også det flest kommunerepresentanter trekker frem som et viktig bidrag fra ALIS-tilskuddet.** De sammenligner situasjonen for fastlegene med situasjonen for sykehusleger som får dekket utdanningsutgifter og fri med lønn for å delta på kurs.

<sup>42</sup> Særlig rekrutteringssvake kommuner er definert ved at kommunen har hatt en eller flere fastlegelister uten fast lege mer enn ett år i perioden januar 2019 til mars 2021.

Kommunerepresentantene vurderer at det er et viktig gode å få tilsvarende ordninger inn gjennom ALIS-tilskuddet for fastlegeordningen.

Samtidig påpeker flere av fastlegene at ALIS-avtaler i seg selv ikke løser rekrutteringsutfordringene til fastlegeyrket, men at det trolig vil være et viktig bidrag. Dette samsvarer i stor grad med funn fra evalueringen av ALIS-Nord, der flere ALIS sier at de er fornøyd med vilkårene for utdanningsstillingen, samtidig som de advarer mot at det ikke er tilstrekkelig å bli «skjermet» i en begrenset periode (Holte, 2020; Holte, et al., 2021).

*«Som relativt fersk næringsdrivende fastlege med ALIS-avtale for næringsdrivende LIS3, ser jeg at dette er en ordning som skaper trygghet. Hvis man i tillegg hadde gode sosiale ordninger som kompensasjon ved korttidsfravær eller sykt barn, ville tryggheten vært komplett for min del. I det øyeblikk jeg blir spesialist faller alt dette fra, og da vil igjen usikkerheten være tilbake. [...]]»*

---

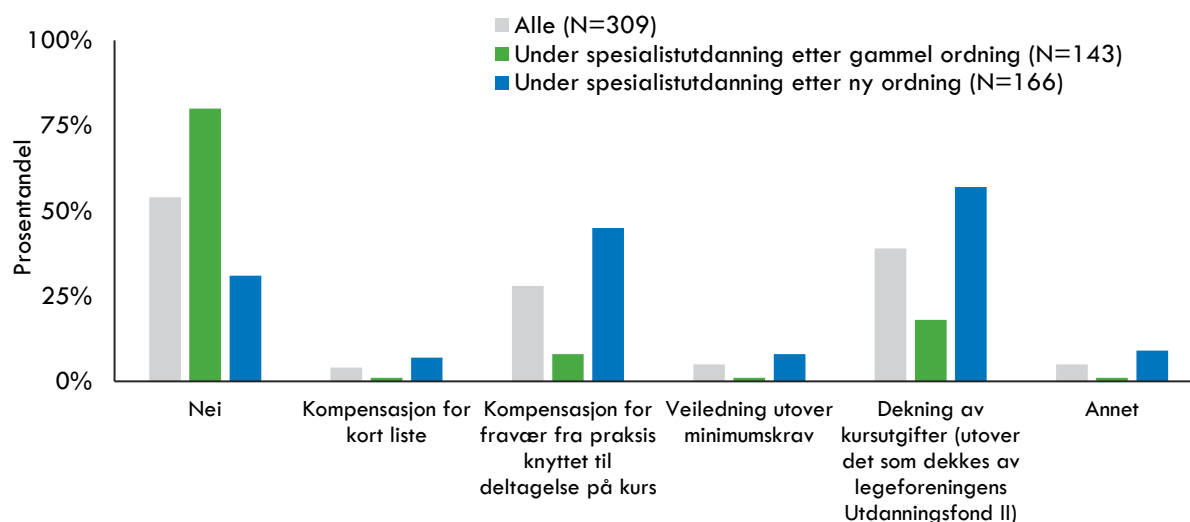
Sitat fra en fastlege, oppgitt i spørreundersøkelsen

**I intervjuer med representanter for kommunene kommer det frem at noen kommuner har hatt utfordringer med at ALIS har hatt forventning om fastlønn i hele spesialiseringsløpet, og at de ikke har ønsket å inngå i fastlegepraksis som selvstendig næringsdrivende under spesialiseringen.** Dette kjenner vi også igjen fra evalueringen av ALIS-Nord-prosjektet som identifiserer tre hovedgrunner til at ALIS foretrekker fastlønn framfor næringsdrift (Holte, et al., 2021):

- De ønsker ikke å binde seg til stillingen, siden de fortsatt er usikre på om de skal bli fastlege og/eller er usikre på om de ønsker å bli værende i kommunen på lengre sikt,
- De ønsker å konsentrere seg om det faglige framfor å styre med administrasjon og økonomi
- De ønsker trygghetene som følger med kommunal ansettelse

**I vår spørreundersøkelse svarer flesteparten av fastlegene under spesialisering at de ikke mottar noen form for særskilt støtte til å gjennomføre spesialistutdanningen.** Dette gjelder særlig fastlegene som spesialisere seg under gammel ordning, ettersom det kun er mulig å søke om tilskudd til ALIS-avtale for ALIS i ny ordning. Blant de som mottar noen form for støtte, er det flest som mottar dekning av kursutgifter eller kompensasjon for fravær knyttet til deltakelse på kurs (Figur 6-7). Enkelte svarer «annet», og mottar for eksempel forsterket basistilskudd eller har unntak fra legevaktkrav en periode.

**Figur 6-7: 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 januar 2022, utført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

### 6.2.3 Ufordringer og behov

Innspillene i intervjuer og spørreundersøkelsen tyder på at det noen utfordringer og behov knyttet til ALIS-ordningen:

#### Behov for spesialister som kan veilede og struktur for kompensasjon

Både representanter fra kommuner, fastleger og representanter fra ALIS-kontorene peker på at veksten i antall ALIS-avtaler gir økt **behov for spesialister som kan veilede ALIS**.

Helsedirektoratet har selv pekt på utfordringer med å få på plass tilstrekkelige veiledningsressurser; i særlig rekrutteringssvake kommuner er spesialister i allmenntidrett som ønsker og kan veilede ALIS knapt tilstrekkelig til å dekke de forskriftfestede kravene til veiledning. Å få til utvidet veiledning gjennom ALIS-avtaler er da enda vanskeligere (Helsedirektoratet, 2021). Spørreundersøkelsen til fastleger virker å understøtte dette, ettersom kun en mindre andel mottar veiledning utover minstekrav (Figur 6-7), samt fritekstsvar om at veiledningsoppgaver er tidkrevende og en viktig del av den samlede arbeidsbelastningen. Det er samtidig flere som peker på at veiledning/supervisjon som en del av ALIS-avtale oppleves svært nyttig og attraktivt for fastlegene.

Flere av fastlegene trekker også frem at det er **behov for å få på plass en god struktur for kompensasjon for veiledning av ALIS på nasjonalt nivå**. Siden kompensasjonen avhenger av forhandlinger med kommunen, skaper det variasjoner i kompensasjon mellom kommunene. Helsedirektoratet har riktignok en tilskuddsordning som skal bidra til å kompensere for kommunenes kostnader til veiledning av leger som er under spesialistutdanning i spesialisering i allmenntidrett i ny ordning. Ifølge Helsedirektoratet (2022) økte antall tilskudd betraktelig i 2021. Til sammen fikk 84 kommuner utbetalt tilskudd, med et totalt tilskuddsbeløp på 21,2 millioner kroner. Utnyttelsesgraden av tilskuddsordningen er 33,3 prosent, sammenlignet med 12 prosent i 2019 og 2020 (Helsedirektoratet, 2022). Dette tyder på et potensial for at flere kommuner kan søke om dette tilskuddet. Ny nasjonal ALIS-ordning fra 2022 vil også legge til rette for dette, ved at ordningen skal bidra til å dekke kommunenes utgifter til forskriftfestet veiledning til leger som er under spesialisering i allmenntidrett.

#### Kommunenes forutsetninger og ressursbruk

Fra intervjuer med både fastleger, representanter fra kommunene og ALIS-kontor finner vi at det **varierer mellom kommuner hvor store ressurser de har til å søke om tilskudd til ALIS-avtaler og følge opp ALIS i kommunen. Det varierer også om ansvaret for å registrere kommunen som en utdanningsenhet og administrere søknader om tilskudd ligger hos personell med eller uten**

**kjennskap til eller et forhold til spesialistutdanningen. Flere trekker frem at det er krevende å administrere for kommunen, og at det krever administrative ressurser som kommunene ikke er rigget for.** Det er risiko for at kommuner fullfører registreringen som utdanningsenhet, men at arbeidet med veiledning og oppfølging av ALIS deretter stopper opp, med fare for at ALIS blir overlatt til seg selv. Koronapandemien virker å være en medvirkende årsak til dette.

Helsedirektoratet påpeker at det er flere faktorer som tyder på at kommuner som har apparat og ressurser til å jobbe aktivt med rekruttering trolig er de samme kommunene som behersker godt å nyttiggjøre seg av tilskuddsordningene. **Mye tyder på at de minste kommunene mangler apparat og ressurser til å nyttiggjøre seg av tilskudd til ALIS** (Helsedirektoratet, 2021). I arbeidet med dette fremover vil trolig de regionale ALIS-kontorene være sentrale (se delkapittel 6.3).

### En byråkratisk ordning og behov for tydeliggjøring

**ALIS-ordningen oppleves som en god, men «byråkratisk» ordning.** Prosessen med å registrere kommunen som utdanningsenhet trekkes frem som en tid- og ressurskrevende for kommunene. Dette har skapt en barriere, som har bidratt til at noen kommuner ikke har blitt registrert som utdanningsenhet og dermed ikke søkt om tilskudd til ALIS-avtaler. Det at mange kommuner opplever det som tungvint å bli godkjent som registrert utdanningsvirksomhet bekreftes også av funn fra evalueringen av ALIS-Nord (Holte, et al., 2021). Samtidig mener andre informanter at registreringsprosessen er viktig for å redusere variasjonen i hvordan kommunene rigger ordningen, noe som ellers kunne vært enda større uten en slik registreringsprosess i forkant.

**Det virker også som kommuner har opplevd at det har vært uklarheter rundt hva tilskuddet til ALIS-avtaler kan benyttes til, men at dette har blitt løst gjennom dialog med Helsedirektoratet.** Våre funn virker å være i tråd med det Helsedirektoratet rapporterer om at de gjennom dialog med Statsforvaltere, ALIS-kontor og andre har blitt kjent med at flere kommuner opplever dagens tilskuddsordning som komplisert (Helsedirektoratet, 2021).

### Mulige virkninger på markedet for kjøp og salg av lister

Vi har også mottatt innspill fra etablerte fastleger om at de gode ordningene ved ALIS-avtaler kan skape en skepsis blant eksisterende fastleger, som selv ikke har hatt tilgang til like gode vilkår. Dette gjelder kanskje særlig de som relativt nylig har blitt spesialisert («på egen regning»). Noen informanter peker på at eksisterende (særlig avtroppende) fastleger blir sittende igjen med såkalte «uomsettelige lister», dels på grunn av prisen og dels på grunn av at påtroppende fastleger ønsker seg vilkår tilsvarende de i ALIS-avtaler. Dette gjør markedet for kjøp og salg av lister mellom fastleger enda mer krevende, både med tanke på å erstatte avtroppende leger og med tanke på kjøp og salg av lister for å bytte fastlegejobb og holde seg innenfor yrket. Disse fastlegene etterspør tiltak som adresserer utfordringen med såkalte «uomsettelige» lister, for eksempel dedikerte midler til tilbakekjøpsgarantier/gjenkjøpsavtaler i kommunene.

## 6.3 ALIS-kontor

I 2020 ble det opprettet fem regionale ALIS-kontor, i Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Hamar, og nylig ble det opprettet ALIS-kontor også i Oslo. Et ALIS-kontor skal gi råd og bistå kommunene i planlegging, etablering og oppfølging av spesialistutdanningen. Hovedoppgaven er å bistå kommunene knyttet til ALIS-avtaler, herunder rekrutteringstiltak som kan inngå i ALIS-avtaler, opprette maler for ALIS-avtaler, og innhente og formidle erfaringer med de ulike tiltakene. I forbindelse med nasjonal ALIS-ordning er det også foreslått at ALIS-kontorene tillegges nye oppgaver som for eksempel økt bistand ved inngåelse av ALIS-avtale, organisering av nettverkssamlinger, organisering og gjennomføring av veilederkurs og bistand til å konvertere fra gammel til ny ordning for spesialistutdanning i allmenntjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2021).

### 6.3.1 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.** Med økte midler er hensikten at ALIS-kontorene kan lyse ut flere stillinger og øke aktiviteten og bistanden til

kommunene. Et eksempel er ALIS Sør, som i løpet av høsten 2021 økte stillingsprosenten til tre ansatte ved kontoret, til sammen tilsvarende 1,1 årsverk (ALIS Sør, 2022).

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

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

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

**Tilbakemeldingene fra ALIS-kontorene er at det har tatt tid å etablere kontorene, og at de fortsatt er under utvikling.** Det har vært tidkrevende å rekruttere kompetanse til kontorene. Representanter fra ett av ALIS-kontorene fortalte i intervju at det kom på plass ansatte først mot slutten av 2020, og for flere av ALIS-kontorene har det vært behov for rekruttering underveis siden 2020. Det har derfor tatt tid før driften av kontorene har fått «satt seg». ALIS Sør skriver for eksempel i sin årsrapport for 2021 at 2022 blir første år med «fullt mannskap» (ALIS Sør, 2022).

Etableringen og utviklingen har også vært avhengig av samarbeidet med og organiseringen i vertskommunen, inkludert eventuelle endringer i disse forholdene underveis. I desember 2021 sa Hamar kommune opp vertskommuneavtalen med Helsedirektoratet om kontoret ALIS Øst, og Ringsaker kommuner blir ny vertskommune (ALIS Øst, 2022). Oslo kommune har nylig etablert et eget ALIS-kontor etter eget ønske.

### 6.3.2 Aktivitet og bistand til kommuner

En viktig del av arbeidet for ALIS-kontorene så langt har vært å **bistå, veilede og følge opp kommuner i deres søknad om å bli registrert som utdanningsenhet.** Det varierer mellom kommuner om ansvaret for denne registreringen ligger hos personell med eller uten kjennskap eller et forhold til spesialistutdanningen. Det medfører at ALIS-kontorene må forholde seg til svært ulike typer representanter i kommunene. Det medfører også at det er noen kommuner som ikke henvender seg til ALIS-kontoret, men det kan likevel foregå erfaringsdeling mellom kommuner. I vertskommuner for ALIS-kontor er det naturlig nok både bedre kjennskap til ALIS-kontoret og hva de jobber med, og mer regelmessig kontakt og samarbeid.

**Ifølge ALIS-kontorene varierer det mellom kommunene om de har kjennskap til ALIS-kontoret i regionen og hvor ofte de henvender seg dit.** Kontorene har derfor jobbet utadrettet for å sikre at de kommer i kontakt med alle kommuner og for å «markedsføre» kontoret, blant annet i regionale fastlegemøter, kommunelegemøter og møter med statsforvaltere. ALIS-kontorene har blant annet gjennomført digitale og fysiske informasjonsmøter med kommunene, sendt ut nyhetsbrev, gjennomført webinarer, arrangert ALIS-kvelder der leger, veiledere og representanter fra kommunene inviteres, og tilbudt kurs i individuell veiledning for veiledere av LIS1/LIS3/ALIS.

**Det varierer også hva slags type henvendelser kommunene retter til kontoret.** Henvendelser handler for eksempel om innhold i eller maler for ALIS-avtaler, spørsmål knyttet til tilskuddsordningene for ALIS-avtaler, utforming av veilederavtaler og veiledning/rådgivning knyttet til spesialistutdanningen. Det er vanskelig å anslå omfanget av henvendelser presist. ALIS Sør oppgir i sin årsrapport for 2021 at de mottar omtrent 15-20 henvendelser per uke, mesteparten via epost, fra både kommuner, ALIS og veiledere. Omfanget er økende i siste kvartal 2021 (ALIS Sør, 2022). Dette kan ha sammenheng med veksten i antall ALIS-avtaler gjennom 2021.

Noen av fastlegene i vårt utvalg har en delt stilling som kommuneoverlege. I tillegg har vi snakket med kommuneoverleger i et utvalg av de 12 casekommunene. Blant denne gruppen leger er det flere som har kjennskap til ALIS-kontorene, men de har noe begrenset grunnlag for å vurdere samarbeidet og kontakten så langt, som regel fordi kontorene har vært i en oppstartsfasen. **De som har fått veiledning og hjelp fra ALIS-kontorene vurderer at dette har fungert godt.** Det å bygge opp ALIS-kontorer anses som et viktig bidrag til rekruttering av nye fastleger fremover,

først og fremst indirekte, siden de ikke har et direkte ansvar for rekrutteringsarbeidet i den enkelte kommune.

### 6.3.3 Ufordringer og behov fremover

Basert på intervjuer med representanter fra ALIS-kontorer har vi oppsummert noen sentrale forhold som virker å begrense mulighetene, eller handlingsrommet, for å utløse mer aktivitet ved ALIS-kontorene, til tross for økte bevilgninger:

- **Mangel på forutsigbarhet og krevende rekruttering:** ALIS-kontorene må søke om tilskuddsmidler årlig, og det er ofte prosjektbaserte stillinger. Dette begrenser mulighetene til å planlegge langsiktig, og gjør det vanskeligere å rekruttere kompetanse.
- **Vertskommunemodellen:** ALIS-kontoret må følge vertskommunens lønnspolitikk ved ansettelser, og har begrenset autonomi over ansettelsesprosessene. Dette gjelder for eksempel ved at andre kommuner kan overby vertskommunen (for eksempel lønn til leger), at vertskommunen ikke er villig til å forhandle på lønn i rekrutteringsprosesser (til tross for at dette finansieres med midler til ALIS-kontorene), og at det lyses ut delte stillinger mellom vertskommunen og ALIS-kontoret for å dekke behov i vertskommunen. I tillegg kan vertskommuneavtalen sies opp, noe som skaper usikkerhet.
- **Mangel på tilsvarende kjennskap og anerkjennelse som regionale utdanningsentre:** ALIS-kontorene ble opprettet etter spesialistforskriften, i motsetning til regionale utdanningsentre i helseforetakene. Behovet for informasjon i allmennlegetjenestene i kommunene er stort, men kjennskapen til og kanskje også anerkjennelsen av ALIS-kontorene er ikke nødvendigvis som for de regionale utdanningsentrene, fordi ALIS-kontorene er såpass nylig etablerte.
- **Uklarhet ved og utvikling i mandatet underveis:** Siden handlingsplanen kom har det underveis vært noe ulike oppfatninger rundt mandatet til ALIS-kontorene blant vertskommuner og ALIS-kontorene. Dette gjelder for eksempel om ALIS-kontoret er et selvstendig rådgivningskontor, eller et slags forvaltningskontor som vertskommunen kan dra nytte av. Fra 2022 tillegges ALIS-kontorene også oppgaver innenfor samfunnsmedisin. Representantene vi har snakket med opplever at dette er innenfor et annet fagfelt enn allmenntjenesten, og derfor ikke en naturlig del av handlingsplanen for allmennlegetjenesten.

## 7. Preferanser og erfaringer blant medisinstudenter og LIS1

*Vi har gjennomført en spørreundersøkelse blant medisinstudenter og LIS1 for å få mer kunnskap om fastlegearbeidets attraktivitet og deres preferanser for karrierevei. Flertallet ønsker seg jobb som sykehuslege fremfor jobb som fastlege, både rett etter LIS1 og på lengre sikt (10-15 år). I vurderingen av forhold ved jobb som fastlege og sykehuslege, vurderer mer enn 48 prosent at det for begge disse jobbene verken er passende arbeidsmengde, mulighet til å balansere jobb og fritid/familieliv eller godt samsvar mellom lønn og arbeidsmengde. De vurderer at jobben som sykehuslege i større grad enn fastlegejobben gir gode muligheter for faglig utvikling, sosialt miljø og gode sosiale ordninger og rettigheter, og at jobben som sykehuslege i mindre grad innebærer mye administrativt arbeid. De oppfatter at sykehusjobben i større grad enn fastlegejobben har høy status, både blant andre leger og i samfunnet. Samtidig opplever de i større grad at fastlegejobben gir mulighet til å få jobb der man ønsker å bo.*

*65 prosent vurderer å jobbe som fastlege, og 3 prosent oppgir at de mest sannsynlig kommer til å jobbe som fastlege. Flesteparten (over 80 prosent) oppgir at forbedret sosiale ordninger og rettigheter, bedre lønnsforhold, lavere investering knyttet til å kjøpe 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 inntrykket deres av fastlegeyrket og ønsket om å bli fastlege. De fleste ønsker å være kommunalt ansatt med fast lønn og bonus dersom de skal jobbe som fastlege; om lag halvparten ønsker seg dette som nyutdannet og om lag en tredjedel ønsker seg dette som ferdig spesialist. Samtidig oppgir 67 prosent at det å få foretrukken driftsform er viktig for om de ønsker å bli fastlege. De som har vært LIS1 ved et legekantor oppgir stort sett at de har hatt positive opplevelser knyttet til perioden, og om lag halvparten er litt eller helt enige i at oppholdet har gjort det mer sannsynlig at de velger å bli fastlege i fremtiden.*

### 7.1 Unge leger og studenters preferanser for karrierevei

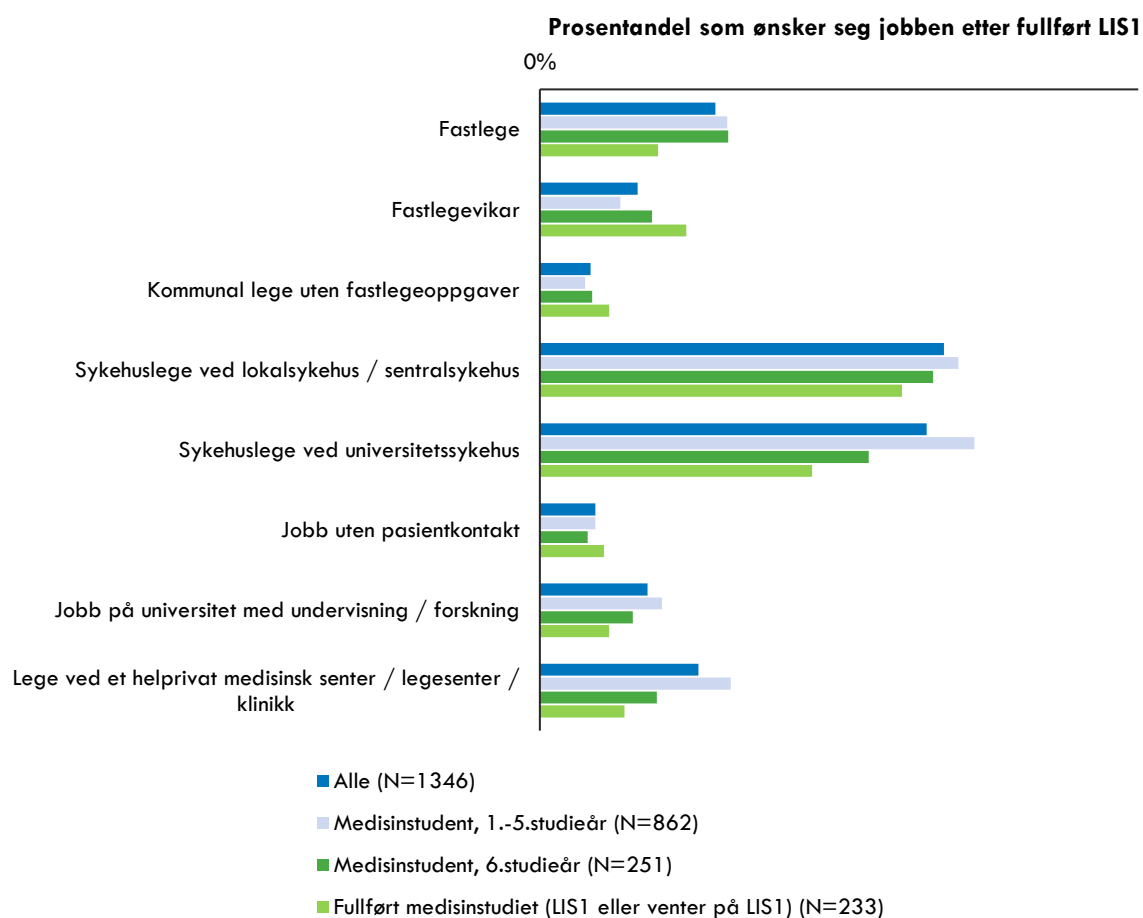
For å sikre rekruttering til fastlegetjenesten er det viktig at fremtidens leger ønsker å bli fastlege. I vår spørreundersøkelse til LIS1 og medisinstudenter kartla vi respondentenes preferanser for ulike karriereveier, og hvilke faktorer de opplever som viktige i valg av karrierevei.

#### 7.1.1 Preferanser for karrierevei etter fullført LIS1

**De fleste respondentene ønsker seg jobb som sykehuslege på et lokalsykehus / sentralsykehus (68 prosent) eller universitetssykehus (65 prosent) rett etter fullført LIS1-tjeneste fremfor jobb som fastlege (29 prosent)** (Figur 7-1). Respondentene virker å ha omtrent like preferanser for jobb som lege ved helprivat medisinsk senter / legesenter / klinikk (27 prosent) som fastlege (29 prosent). Samtidig virker respondentene å ha preferanser for jobb som fastlege fremfor øvrige alternativer (fastlegevikar, jobb på universitet med undervisning/forskning, kommunal lege uten fastlegeoppgaver, eller arbeid uten pasientkontakt). Preferansene for både fastlege- og sykehusarbeid synes å bli svakere utover i studieforløpet til LIS1-lege. Derimot øker preferansene for fastlegevikariat utover i forløpet. Blant LIS1-leger og de som venter på LIS1-stilling, ønsker en større andel fastlegevikariat enn fastlegestilling.



**Figur 7-1: Hvilken jobb ønsker du deg rett etter fullført LIS1?**

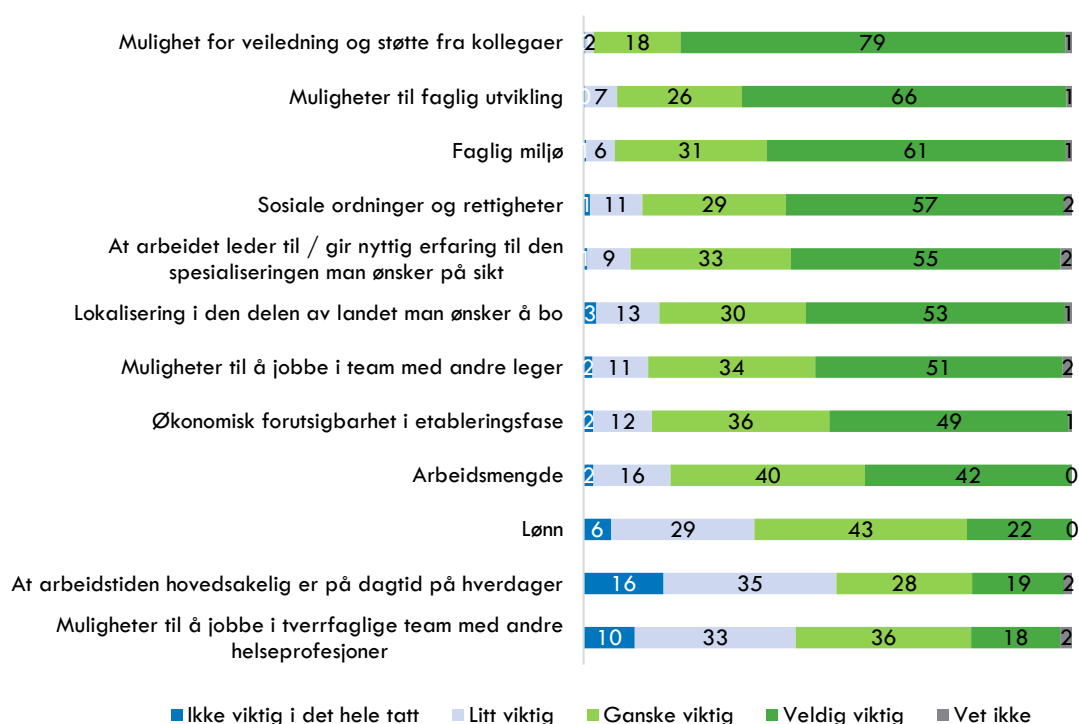


Kilde: Spørreundersøkelse til medisinstudenter og LIS1 våren 2022, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Når det gjelder ulike forhold som påvirker preferanser for jobb etter fullført LIS1, var det **flest som oppfattet følgende forhold som veldig viktig; mulighet for veiledning og støtte fra kollegaer som svært viktig (79 prosent), muligheter for faglig utvikling (66 prosent) og faglig miljø (61 prosent)** (Figur 7-2). Når det gjelder arbeidsmengde, som flere av dagens fastleger er opptatt av, var det 42 prosent som mente det var veldig viktig, og 40 prosent ganske viktig, når det gjelder valg av jobb rett etter fullført LIS1. Motsatt, for faktorer som opplevdes litt viktig eller ikke viktig i det hele tatt, var det flest som oppga å jobbe hovedsakelig på dagtid i hverdager, mulighet til å jobbe i tverrfaglige team, og lønn.

God og tett oppfølging fra veiledere og andre på legekantoret oppgis av mange som svar på hva som har fungert særlig godt under LIS1-opphold på fastlegekontor. På spørsmål om hva som har fungert mindre godt, trekkes det frem lite opplæring og en følelse av at man står alene.

**Figur 7-2: Hvor viktig er følgende forhold for hvilken jobb du ønsker deg rett etter fullført LIS1?**

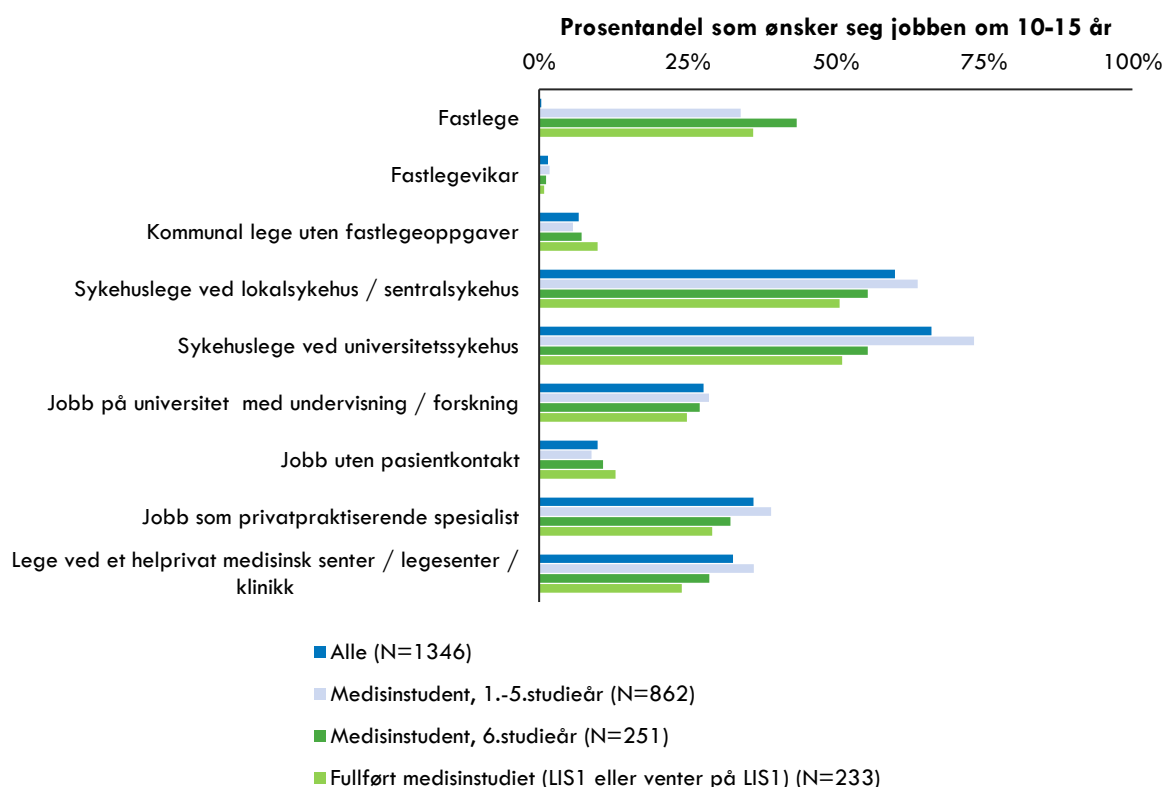


Kilde: Spørreundersøkelse til medisinstudenter og LIS1 våren 2022, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. N=1341-1346 på tvers av påstandene.

### 7.1.2 Preferanser for karrierevei på lengre sikt

Også på lengre sikt (10-15 år) er det flest som har preferanser for jobb som sykehuslege (60-66 prosent ønsker seg dette) (Figur 7-3). Samtidig er det flere som oppgir at de ønsker å være fastlege om 10 til 15 år (36 prosent) sammenlignet med rett etter fullført LIS1 (29 prosent). En like stor andel (36 prosent), oppgir at de ønsker å jobbe som privatpraktiserende spesialist om 10-15 år, tilsvarende som på kort sikt. Kun én prosent oppgir at de ønsker å jobbe som fastlegevikar om 10-15 år, sammenlignet med 16 prosent som ønsker seg dette rett etter fullført LIS1-tjeneste.

**Figur 7-3: Hvilken jobb ønsker du at du har om 10-15 år?**



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

### 7.1.3 Vurderinger av forhold ved jobben som fastlege og sykehuslege

I vurderingen av ulike utsagn om fastlegejobben og jobben som sykehuslege, er det flere forhold med sammenfallende vurdering (Figur 7-4). For begge typer arbeid var over 48 prosent helt eller litt uenige i at de har en passende arbeidsmengde, mulighet til å balansere jobb og fritid/familieliv og godt samsvar mellom lønn og arbeidsmengde. For begge typer arbeid var samtidig over 70 prosent helt eller litt enige i at det er mange spennende arbeidsoppgaver.

Samtidig vurderer medisinstudentene og LIS1 at fastlegearbeid skiller seg fra sykehuslegearbeid på flere måter. Mens minst halvparten (49 prosent eller mer) er helt eller litt enige i at det er gode muligheter for faglig utvikling, sosialt miljø og gode sosiale ordninger og rettigheter i arbeid som sykehuslege, oppgir færre enn 35 prosent det samme for fastlegearbeid. Imidlertid er det omtrent dobbelt så mange som er helt eller litt enige at det er mulig å få jobb på det stedet de ønsker å bo som fastlege (80 prosent) enn som sykehuslege (42 prosent).

Det er flere som vurderer at det er mye administrativt arbeid som fastlege (92 prosent) sammenlignet med sykehuslege (56 prosent). Mange respondenter oppgir i fritekstsvar at det er lite ønskelig med det administrative ansvaret som følger det å være selvstendig næringsdrivende, og at mindre administrativt arbeid ville ha gjort det mer attraktivt å velge fastlegeyrket. En av respondentene oppsummerer det slik:

*«Det er viktig for meg at mine arbeidsoppgaver hovedsakelig innebærer at jeg bruker den kompetansen jeg har skaffet meg gjennom medisinstudiet og at jeg i mindre grad må bruke tid på administrative oppgaver, personalsaker*

*og økonomi. Jeg studerer medisin fordi jeg vil jobbe mennesker og deres medisinske kasuser, ikke drive en bedrift».*

---

**Sitat fra en medisinstudent, oppgitt i spørreundersøkelsen**

Det er også flere som vurderer at, sammenlignet med fastlegearbeid, har sykehuslegearbeid høy status blant andre leger og i samfunnet. 82 prosent oppgir at de er helt eller litt enig i at jobben som sykehuslege har høy status blant andre leger, mens 7 prosent oppgir tilsvarende for jobben som fastlege. Dette tyder på at fremtidens leger vurderer at jobben som fastlege har lav status i fagmiljøet, noe som trolig virker negativt på rekruttering til yrket.

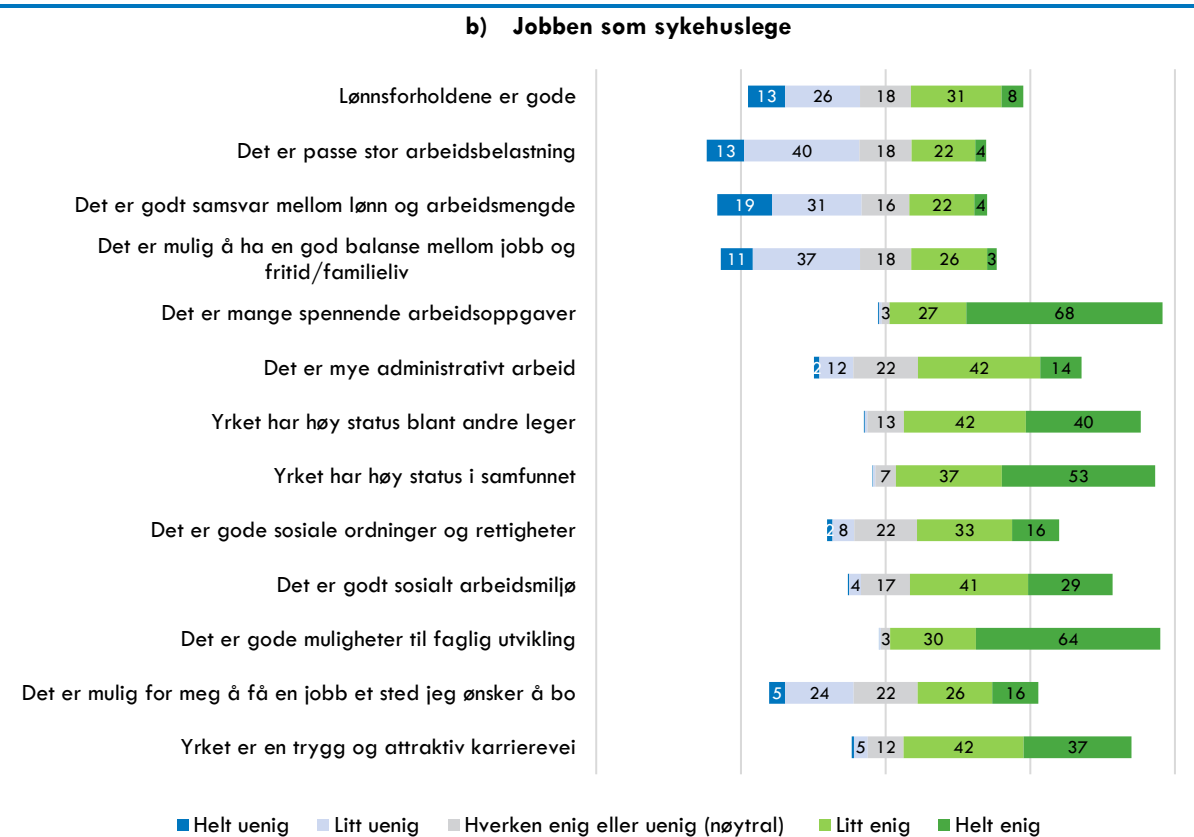
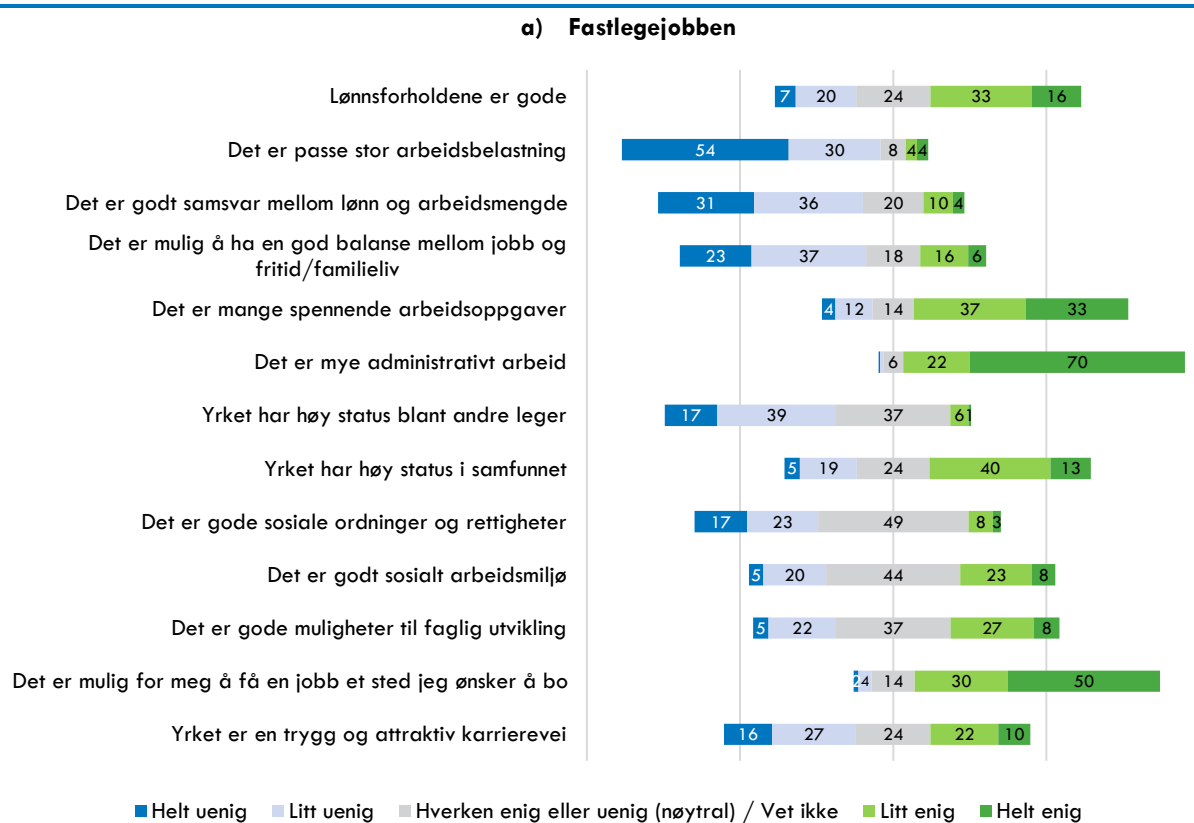
Selv om flesteparten av medisinstudenter og LIS1 er uenige i at det er passende arbeidsmengde og gode muligheter for god balanse mellom jobb og fritid/familieliv i begge jobber, er det flere som vurderer at dette gjelder for fastlegearbeid (henholdsvis 84 og 60 prosent er uenige) enn sykehuslegearbeid (henholdsvis 53 og 48 prosent er uenige). Svaret henger trolig sammen med at det er flere som vurderer at det er gode lønnsforhold for fastleger (16 prosent), sammenlignet med for sykehusleger (8 prosent), samtidig som at flere vurderer at det er godt samsvar mellom lønn og arbeidsmengde i jobben som sykehuslege (26 prosent) enn tilsvarende i fastlegejobben (14 prosent). Muligheten til å balansere jobb og fritid / familieliv er viktig for unge leger i etableringsfasen, og det er flere som oppgir at arbeidsmengde er viktig sammenlignet med lønn (Figur 7-2). Samlet sett er dette noe som kan bidra til å gjøre jobben som sykehuslege mer attraktiv enn fastlegearbeid. En av respondentene oppsummerer det slik:

*«Jeg vil egentlig veldig gjerne jobbe som fastlege, men gjennomsnittlig timelønn er så lav i forhold til andre spesialiteter at det blir helt feil å velge fastlege for å jobbe dobbelt så mye for samme eller mindre lønn. Til og med i Normaltariffen som legeföreningen kommer ut med, så står ikke allmennspesialister på samme linje som avtalespesialister».*

---

**Sitat fra en medisinstudent, oppgitt i spørreundersøkelsen**

**Figur 7-4 Basert på ditt inntrykk av: (a) fastlegejobben og (b) jobben som sykehuslege, hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn?**



Kilde: Spørreundersøkelse til medisinstudenter og LIS1 våren 2022, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. N=1342-1345 på tvers av påstandene.

## 7.2 Fastlegejobbens attraktivitet

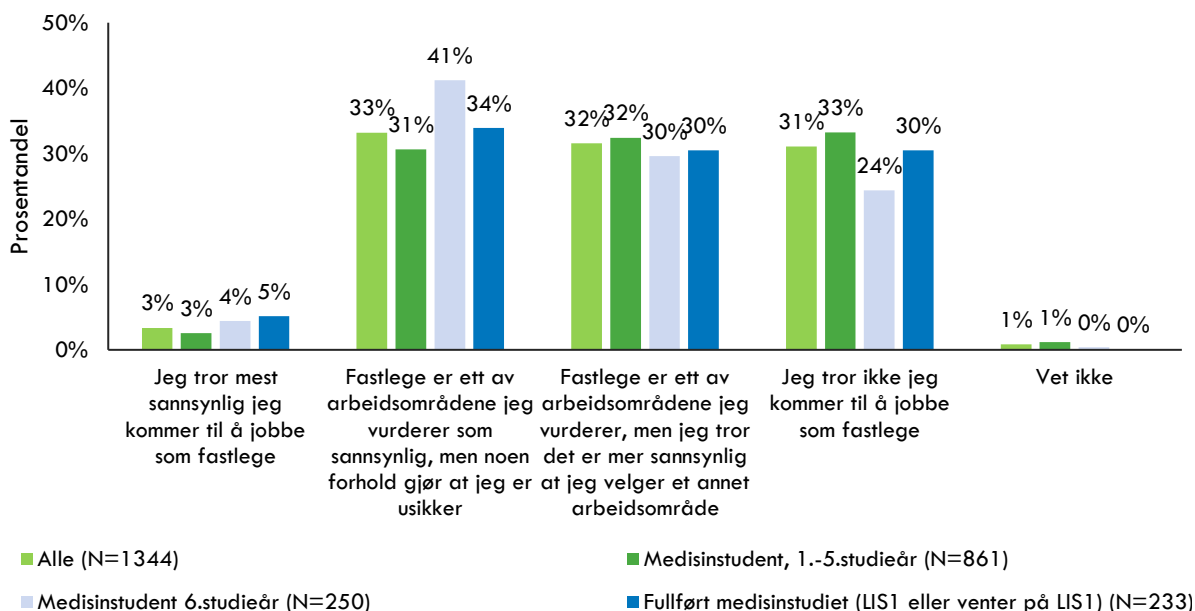
Målområde 1 i handlingsplanen for allmennlegetjenesten gjelder sikring av en attraktiv og trygg karrierevei. I vår spørreundersøkelse til medisinstudenter og LIS1 kartla vi hvordan respondentene vurderer attraktiviteten ved fastlegeyrket gjennom å vurdere utvalgte utsagn om yrket, og hvordan de vurderer tilsvarende utsagn for jobben som sykehuslege.

Medisinstudentene og LIS1 er delt i oppfattelsen av fastlegearbeid som en trygg og attraktiv karrierevei. 32 prosent er helt eller litt enig i utsagnet, mens 43 prosent er helt eller litt uenig. Når det gjelder jobben som sykehuslege, er studentene og LIS1 mer enige i at det er en trygg og attraktiv karrierevei (79 prosent er helt eller litt enig) I fritekstsvaret understreker riktignok flere studenter og LIS1 at de synes hverdagen som fastlege virker spennende, med varierte og givende arbeidsoppgaver, men at forhold som arbeidsmengde og fastlegekrise omtalt i media gjør at de ikke ønsker å velge fastlegearbeid.

### 7.2.1 Ønske om å velge fastlegeyrket

Blant alle medisinstudenter og LIS1 er det i spørreundersøkelsen 65 prosent som oppgir at de vurderer å jobbe som fastlege mens bare 3 prosent oppgir at de mest sannsynlig kommer til å jobbe som fastlege (Figur 7-5). Blant de som vurderer jobben som fastlege, oppgir om lag halvparten at fastlegeyrket er ett av arbeidsområdene de vurderer, men at noen forhold gjør dem usikre, mens den andre halvparten oppgir at de vurderer yrket, men tror det er mer sannsynlig at de velger noe annet. Om lag en tredjedel svarer at de tror de ikke kommer til å jobbe som fastlege. Andelen som oppgir at fastlege er ett av arbeidsområdene de vurderer som sannsynlig, men at noen forhold gjør det usikkert, er noe høyere blant medisinstudenter på 6. studieår (41 prosent) sammenlignet med medisinstudenter på 1.-5.studieår (31 prosent) og de som har fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1) (34 prosent). Spørsmål ble også stilt medisinstudenter på siste året og LIS1 i forbindelse med fastlegeevalueringen i 2019 hvor andelen som svarte at de mest sannsynlig kommer til å jobbe som fastlege var noe høyere, tilsvarende 9 prosent (EY og Vista Analyse, 2019). Dette kan tyde på at det er færre studenter og unge leger som ønsker å bli fastlege nå enn for tre år siden, noe som understreker rekrutteringsproblemer for fastlegeyrket.

Figur 7-5: Hvordan vurderer du sannsynligheten for at du vil jobbe som fastlege i fremtiden?



Kilde: Spørreundersøkelse til medisinstudenter og LIS1 våren 2022, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. N=1344

**Flesteparten av LIS1 og medisinstudentene (over 80 prosent) oppgir at forhold som forbedret sosiale ordninger og rettigheter, bedre lønnsforhold, lavere investering knyttet til å kjøpe en praksis og redusert arbeidsmengde i noen eller stor grad ville bidra til å gjøre fastlegeyrket mer attraktivt (Vedlegg C: )12.Vedlegg C: . Dette samsvarer med en tidligere undersøkelse blant medisinstudenter og LIS1, der 79 prosent av respondentene oppga at redusert arbeidsbelastning vil bidra til å gjøre fastlegeyrket mer attraktivt (EY og Vista Analyse, 2019). 63 prosent oppgir at redusert legevaksbelastning i noen eller stor grad vil bidra.**

*«Vil egentlig gjerne bli fastlege i fremtiden, men jeg vil ikke måtte håndtere det med legevakt og ansvaret der, fulle pasientlister i tillegg til det rundt å være selvstendig næringsdrivende. Fastlege synes jeg virker fint, men jeg vil gjerne kunne ha et liv utenom jobb»*

---

Sitat fra en medisinstudent, oppgitt i spørreundersøkelsen

Flesteparten (81 prosent) av LIS1 og medisinstudentene oppgir at bedre sosiale ordninger og trygget ved foreldrepermisjon og sykdom i noen eller stor grad vil gjøre det mer attraktivt å bli fastlege (Vedlegg C: ). Videre oppgir flertallet av respondentene at sosiale ordninger og rettigheter er veldig eller ganske viktig for hvilken jobb de ønsker rett etter fullført LIS1. Kun 11 prosent oppgir å være helt eller litt enig i at det er gode sosiale ordninger og rettigheter i fastlegejobben, og andelen synes å være synkende med alder (Figur 7-4).

I fritekstsvar oppgir flere at det er en terskel for å gå inn i fastlegearbeid hvilket gjør arbeidet mindre attraktivt. Med usikkerheten knyttet til fastlegeordningen virker det risikofylt å ta opp lån, særlig i en etableringsfase, for å kjøpe en kostbar hjemmel man kanskje ikke får solgt igjen dersom man ikke ønsker å forbli fastlege. Dette samsvarer med funn fra evalueringen av fastlegeordningen fra 2019.

**I spørreundersøkelsen beskriver flere av respondentene at den såkalte fastlegekrisen og negativ medieomtale påvirker inntrykket av fastlegeyrket og er en medvirkende årsak til at de ikke ønsker å bli fastlege.** Det er også flere respondenter som forklarer at allerede etablerte fastleger har anbefalt dem om ikke å bli fastlege. Dette samsvarer med funn fra intervjuer med kommunerepresentanter der flere opplever at LIS1 stort sett søker seg til sykehus, og at de er bekymret for hvordan negativ omtale av fastlegearbeid kan påvirke preferansene til de unge legene. Disse funnene er i tråd med funn fra evalueringen av fastlegeordningen, som viste at flere ble frarådet å velge fastlegeyrket gitt nåværende situasjon og at negativ belysning i media er med å påvirke yngre legers oppfatning (EY og Vista Analyse, 2019).

*Det nylige mediebilde om fastlegeordningen, samt samtaler med fastleger er grunnen til at jeg ikke ønsker å bli fastlege.*

---

Sitat fra en medisinstudent, oppgitt i spørreundersøkelsen

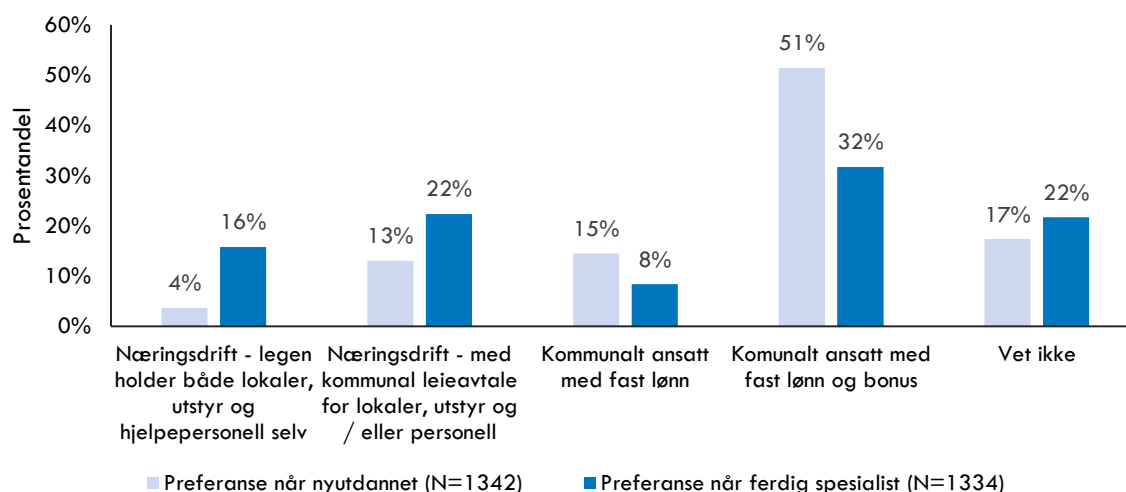
### 7.3 Preferanser for driftsform som fastlege

Hvilken driftsform man har som fastlege, påvirker arbeidshverdagen. Mulighet for å velge driftsform kan også påvirke hvorvidt man ønsker å bli fastlege. Å forstå betydningen av driftsform for valg av fastlegejobben, samt preferanser for dette blant fremtidens leger, er sentralt i arbeidet med å sikre attraktivitet i fastlegetjenesten. I spørreundersøkelsen blant medisinstudenter og LIS1 spurte vi derfor om hvilken driftsform de ville foretrekke dersom de skulle jobbe som fastlege, henholdsvis rett etter fullført LIS1 og på lengre sikt som ferdig spesialist.

**De fleste respondenter ønsker å være kommunalt ansatt med fast lønn og bonus dersom de skal jobbe som fastlege.** Om lag halvparten ønsker seg dette som nyutdannet og om lag en

tredjedel ønsker seg dette som ferdig spesialist (Figur 7-6). Dette samsvarer med en tidligere spørreundersøkelse gjennomført i 2010 blant siste års medisinstudenter og leger i praksis (Abelsen & Olsen, 2015), der 20 prosent ønsket aktivitetsbasert lønn, 20 prosent ønsket fast lønn, og 48 prosent ønsket en kombinasjon av fast lønn med aktivitetsbasert bonus som driftsform.

**Figur 7-6: Hvis du skal jobbe som fastlege, hvilken driftsform foretrekker du når du er nyutdannet lege, og hvilken driftsform foretrekker du når du er ferdig spesialist?**



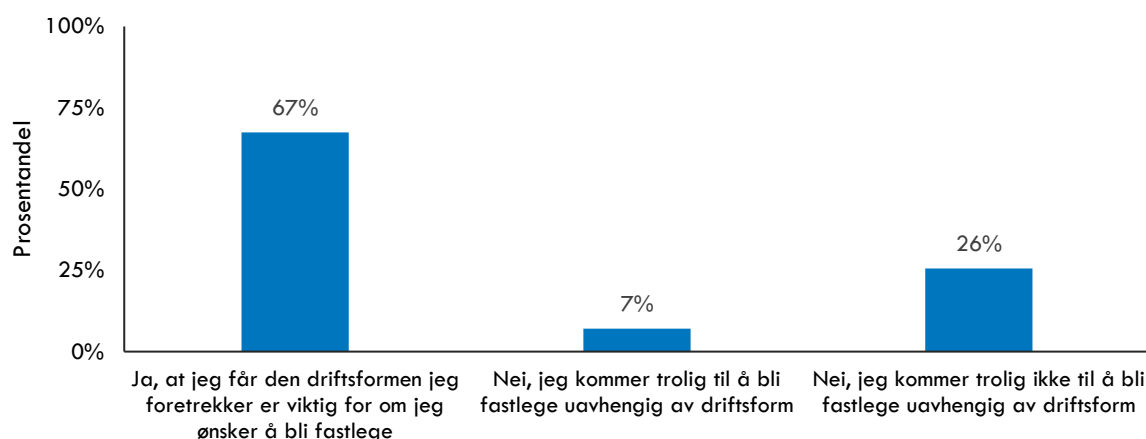
**Kilde: Spørreundersøkelse til medisinstudenter og LIS1 våren 2022, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.**

Vi fant at, som nyutdannet, foretrakk 66 prosent kommunal ansettelse (med eller uten bonusavtale), mens 17 prosent foretrakk næringsdrift (enten med eller uten kommunal leieavtale). Som ferdig spesialist, derimot, foretrakk 40 prosent kommunal ansettelse (med eller uten bonusavtale), mens omtrent like mange (38 prosent) foretrakk næringsdrift (enten med eller uten kommunal leieavtale). **Dette tyder på at mulighet for kommunal ansettelse er særlig viktig i starten av karrieren,** og samsvarer med funn fra evalueringen av fastlegeordningen fra 2019, der en større andel foretrakk fast lønn under spesialisering, mens omtrent like mange ønsket fast lønn og selvstendig næringsdrift etter endt spesialisering.

**Vår undersøkelse tyder på at driftsform vektlegges i vurderingen av fastlegejobben i det 67 prosent oppgir at det å få foretrukken driftsform er viktig for om de ønsker å bli fastlege, mens kun 7 prosent svarer at de trolig kommer til å bli fastlege uavhengig av driftsform** (Figur 7-7). Blant respondenter som svarte at de kunne tenke seg å bli fastlege (74 prosent), svarte 90 prosent at driftsform er viktig for om man ønsker å bli fastlege eller ikke. Blant respondentene som oppgir at foretrukken driftsform er viktig for om de ønsker å bli fastlege rett etter fullført LIS1, foretrakk flesteparten (59 prosent) kommunal ansettelse med fast lønn og bonus. Tilsvarende er det flest (32 prosent) som foretrekker næringsdrift som driftsform blant de som oppgir at de trolig kommer til å bli fastlege uavhengig av driftsform. Svarfordelingen er signifikant forskjellig mellom de to gruppene. Vi finner samme signifikante forskjell i ønsket driftsform etter endt spesialisering i allmenntjenestemedisin for de som vil bli fastlege, både uavhengig og avhengig av driftsform. Disse funnene samsvarer med intervjuene med representanter fra kommunene, som opplever at det er mer krevende å rekruttere fastleger til næringsdrift nå sammenlignet med tidligere (se nærmere beskrivelse i delkapittel 4.9.4). Funnene er også i tråd med funn fra evalueringen av ALIS-Nord, som viser at det er helseledere har utfordringer med å rekruttere ALIS til næringsdrift (beskrevet nærmere i kapittel 6).



**Figur 7-7: Er driftsform viktig for om du ønsker å bli fastlege?**



**Kilde: Spørreundersøkelse til medisinstudenter og LIS1 våren 2022, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. N=1113.**

I respondentenes åpne svar i undersøkelsen, etterlyser mange medisinstudenter og LIS1 mer økonomisk sikkerhet og trygghet og forklarer at fast lønn hadde gjort det mer attraktivt å være fastlege. En respondent oppfatter det slik:

*«Mye administrativt arbeid, man er selvstendig næringsdrivende og har ingen kollegaer som kan dekke arbeidet ditt om man er borte, man jobber mye alene og man må som regel drifte en arbeidsplass i tillegg til jobben som lege og det fremstår helt uaktuelt for min del.»*

**Sitat fra en lege i sykehusdelen av LIS1, oppgitt i spørreundersøkelsen**

## 7.4 Erfaringer fra tiden som LIS1 i kommunehelsetjenesten

LIS1 består av 12 måneder klinisk praksis i spesialisthelsetjenesten, etterfulgt av seks måneder i kommunehelsetjenesten. Praksis i kommunehelsetjenesten gjennomføres på blant annet fastlegekontor, og gir de nyutdannede legene et innblikk i hverdagen som fastlege.

De som har vært LIS1 ved et fastlegekontor, oppgir stort sett at de har hatt positive opplevelser (Figur 7-8). Mellom 82 og 89 prosent er helt eller litt enige i at de samlet sett er fornøyd med tjenesten, og at de har inntrykk av at det er godt sosialt og faglig miljø på legekontoret. Mange er også helt eller litt enige i at de har fått god oppfølging fra veileder (74 prosent) og supervisor (67 prosent). Om lag halvparten er litt eller helt enige i at tjenesten som LIS1 har gjort det mer sannsynlig at de velger å bli fastlege i fremtiden.

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

**Sitat fra en lege som har fullført kommunehelsetjenesten av LIS1, oppgitt i spørreundersøkelsen**

I fritekstsvar om hva som var særlig lærerik og vellykket ved oppholdet som LIS1 ved legekontor, er det flest som trekker fram tett oppfølging fra kollegaer, veileder og supervisor. Når det gjelder negative opplevelser under LIS1-oppholdet, trekker flest fram at dette er knyttet til manglende

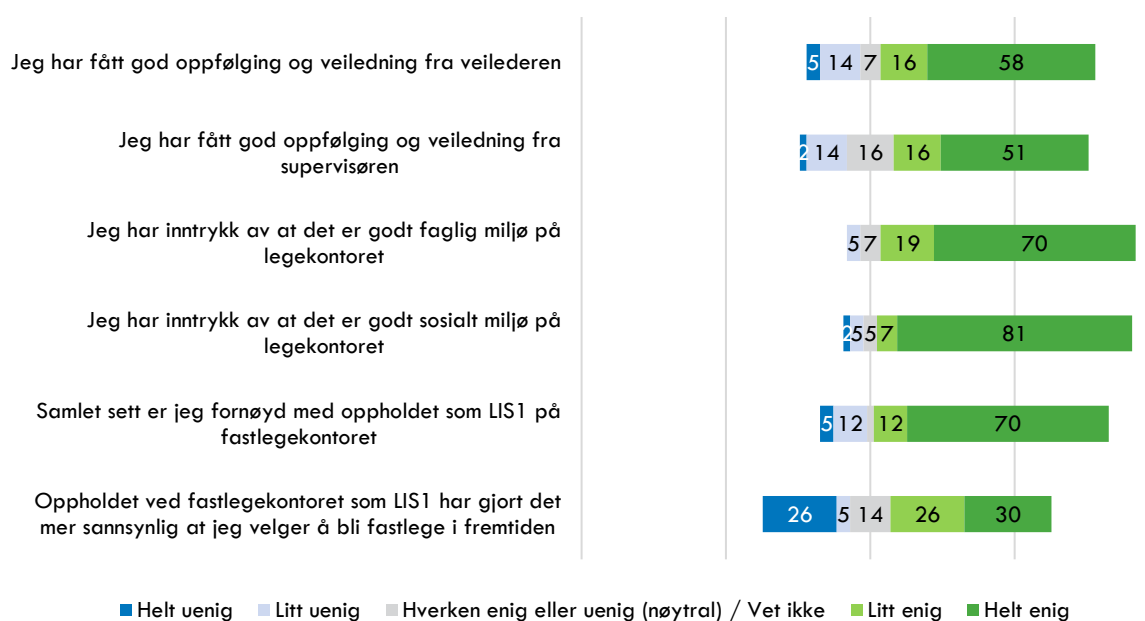
oppfølging og en følelse av å stå alene med mye ansvar for pasienter og drift. En lege beskriver det slik:

*«For mye ansvar som LIS1, lite tid til veiledning. Påvirket av legemangel i kommunen, noe som gjør at LIS1 blir "brukt som" kommuneoverlege 2»*

**Sitat fra en lege som har fullført kommunehelsedelen av LIS1, oppgitt i spørreundersøkelsen**

De fleste respondentene (60 prosent) måtte ikke vente (utover 1-2 måneder vanlig ventetid) fra de fullførte medisinstudiet til de startet som LIS1, mens 17 prosent hadde ventet mer enn ett år. Blant de som måtte vente (utover 1-2 måneder vanlig ventetid) var det vanligst å jobbe som sykehuslege i lokalsykehus eller sentralsykehus (46 prosent), etterfulgt av fastlegevikar (26 prosent).

**Figur 7-8: Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn om tiden som LIS1 ved et legekontor?**



**Kilde: Spørreundersøkelse til medisinstudenter og LIS1 våren 2022, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. N=43**

## 8. Kvalitetsbegrepet og arbeid med kvalitetsforbedring

*Handlingsplanens tiltak knyttet til kvalitet innebærer både å styrke det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring i allmennlegetjenesten generelt og å bedre kvaliteten for brukere med omfattende behov, men arbeidet med disse tiltakene er fortsatt i startfasen. På spørsmål om hva som definerer god kvalitet i allmennlegetjenesten, trekker fastleger i intervjuundersøkelsen særlig frem kontinuitet i pasient-legeforholdet, tid til og tilgjengelighet for pasientene, faglig oppdatering, og god kommunikasjon med andre helsetjenester. Likevel oppgir fastlegene, både i spørreundersøkelsen og i intervjuer, at de mangler tid til å arbeide med kontinuerlig kvalitetsforbedring. Fastleger forteller også i intervjuer at de opplever en økende arbeidsmengde knyttet til brukere med omfattende behov, som for eksempel personer med rus- og psykiske lidelser, beboere på sykehjem, og beboere på heldøgns omsorgsbolig, og peker på behovet for å styrke helsetjenestetilbudet til disse pasientgruppene.*

Det andre målområdet i handlingsplanen handler om at alle innbyggere skal oppleve en allmennlegetjeneste av god kvalitet. Kvalitet er et vidt begrep, som kan bety ulike ting i forskjellige sammenhenger. Ved utviklingen av spesialistutdanningen i allmenntjenestemedisin i Norge, ble det lagt vekt på at allmenntjenestemedisinen skal være kontinuerlig, omfattende, personlig og forpliktende, ofte omtalt som KOPF (Offentlige legers landsforening, 1978). Senere har også andre verdier, som for eksempel tilgjengelighet, blitt vektlagt (WONCA, 2011). Hva som definerer god kvalitet i helsetjenesten, utvikler seg over tid og avhenger også av samfunnsutviklingen og politiske føringer. Det vises ofte til at tjenester av god kvalitet kjennetegnes ved at de er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Helsedirektoratet, 2017). God kvalitet krever en praksis der faglige avgjørelser er basert på systematisk innhentet forsknings- og erfaringsbasert kunnskap, sammen med pasientens egenvurdering og behov i en gitt situasjon (kunnskapsbasert praksis). De siste årene har primærhelsetjenesten fått ansvar for stadig flere pasienter, inkludert flere pasienter med kroniske lidelser og sammensatte behov. Ved behandling av flere pasienter med ulike behov, er det viktig med en allmennlegetjeneste som sikrer god kvalitet til alle innbyggere.

I bred forstand er hele handlingsplanen ment å bidra til å sikre god kvalitet i allmennlegetjenesten, mens enkelte av tiltakene adresserer kvalitet og kvalitetsforbedring direkte. Blant annet inkluderer handlingsplanen tiltak for å bedre kvaliteten på tjenestene til brukere med omfattende behov. Dette gjelder særlig tilbudet til personer på sykehjem og heldøgns omsorgsbolig, hvor det kan være krevende for kommunene å sikre god legedekning og hvor det er behov for mer kunnskap om hvorvidt behovene til brukerne dekkes. I tillegg inkluderer handlingsplanen tiltak for å bedre kvaliteten på det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Fastlegene oppgir at de bruker lite tid på systematisk kvalitetsarbeid, samtidig som bruk av kunnskap og erfaringer er essensielt for kontinuerlig evaluering og forbedring av allmennlegetjenesten. Videre opplever et økende antall innbyggere å stå på liste uten fast lege i en kortere eller lengre periode. Dette reduserer tilgjengeligheten til en fast lege, og reduserer kontinuiteten i relasjonen mellom listeinnbygger og lege (Helsedirektoratet, 2021). Tall fra Helsedirektoratet på den nasjonale kvalitetsindikatoren varighet på fastlege-listeinnbygger-relasjon viser at gjennomsnittlig varighet økte marginalt fra 2020 til 2021, mens medianen ble marginalt redusert.

Som et utgangspunkt for å vurdere utviklingen i arbeidet med kvalitetsforbedring i løpet av handlingsplanens periode, har vi i denne første evalueringsrapporten kartlagt fastlegenes vurdering av kvalitetsbegrepet, i hvilken grad de opplever å ha mulighet til å arbeide med

systematisk kvalitetsarbeid, og deres vurderinger av helsetilbudet til brukere med omfattende behov.

## 8.1 Fastlegers vurdering av kvalitetsbegrepet

På spørsmål om hva som definerer god kvalitet i allmennlegetjenesten, trekker fastlegene vi har intervjuet frem flere ulike aspekter av kvalitetsbegrepet. Dette gjelder særlig følgende aspekter:

- **Kontinuitet i pasient-lege-forholdet:** Flere av fastlegene trekker frem kontinuitet i pasient-lege-forholdet som den viktigste kvalitetsdimensjonen, og at dette er noe av det aller viktigste fastlegeordningen bidrar til. At fastlegen kjenner pasienten og pasienthistorikken godt bidrar til bedre og riktigere behandling for pasientene, ved at legen kan utarbeide en tilpasset behandlingsplan og gi pasienten en trygg og god pasientopplevelse. I tillegg ble det nevnt at kontinuitet også bidrar til fastlegens effektivitet, ved at kjennskapen til pasienten gjør det enklere for legen å diagnostisere og gi rett behandling.
- **Tid til pasientene:** Flere av fastlegene trekker også frem viktigheten av å ha tid til pasientene som en kvalitetsdimensjon, og at for stor arbeidsbelastning går utover kvaliteten. Dette handler både om tid til å lytte og forstå pasientenes problemstillinger, men også at fastlegen har tid til å både fange opp og følge opp pasienter som har behov for hjelp, men som ikke nødvendigvis oppsøker fastlegen selv.
- **Tilgjengelighet:** Tilgjengelighet for pasientene trekkes også frem som en viktig del av kvalitetsbegrepet. Samtidig peker også flere fastleger på at det å øke pasientenes tilgjengelighet til fastlegetjenester ikke er synonymt med økt kvalitet. Det å gjøre fastlegetjenesten «for tilgjengelig» kan bidra til å øke arbeidsmengden for fastleger i så stor grad at det slår negativt ut på kvaliteten.
- **Faglig oppdatering:** Mulighet til å holde seg oppdatert på ny medisinsk kunnskap og kunne utvikle seg faglig trekkes også frem av flere fastleger som en del av kvalitetsbegrepet. I dette ligger også mulighet til å delta på kurs og drive kontinuerlig arbeid med kvalitetsforbedring.
- **God kommunikasjon med andre helsetjenester:** Å ha en god dialog med spesialister og andre kommunale helse- og omsorgstjenester, og tid til å diskutere med dem, ble også nevnt av fastlegene i intervjuene som en del av det som definerer god kvalitet i allmennlegetjenesten.

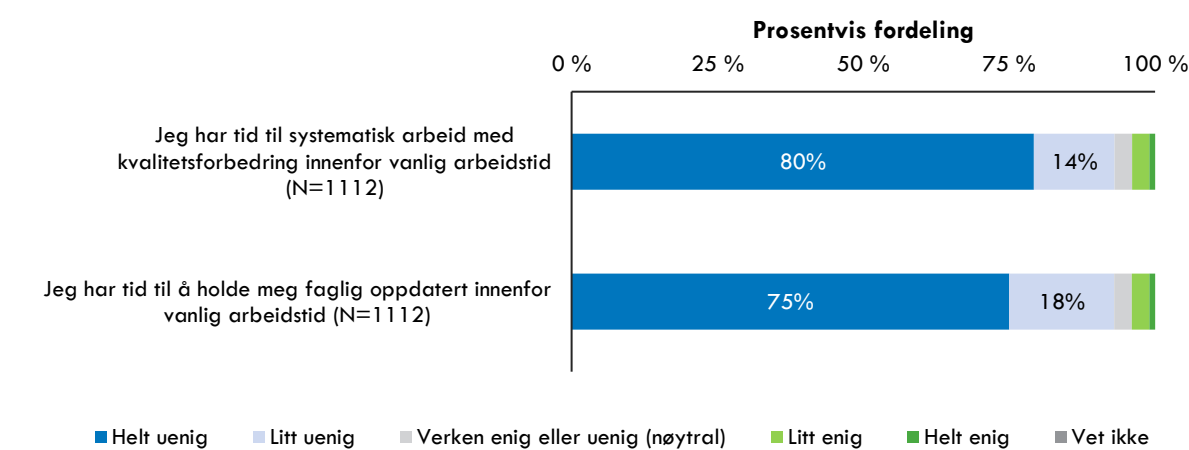
**I vår spørreundersøkelse svarer 34 prosent av fastlegene at kommunen i stor grad har utfordringer knyttet til tilgjengelighet og kvalitet på tilbudet av allmennlegetjenester til befolkningen.** Andelen som svarer dette høyere blant fastleger i kommuner med mellom 10 000 og 50 000 innbyggere enn blant fastleger i kommuner med øvrige kommunestørrelser. Svarfordelingen varierer i liten grad etter fastlegens driftsform og kjønn.

## 8.2 Fastlegers vurdering av mulighet til å arbeide med kvalitetsforbedring

En sentral del av handlingsplanens målsetninger når det kommer til kvalitet handler om å sikre systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen. Handlingsplanen er imidlertid lite konkret om hvordan kvalitetsforbedringer skal oppnås og hva som skal til for å sikre systematisk arbeid med utvikling og forbedring av allmennlegetjenesten. HelseDirektoratet har opplyst at de arbeider med et nasjonalt system for kvalitetsforbedring som operasjonaliserer elementer fra handlingsplanen. Vi vil følge dette arbeidet videre i neste evalueringsrapport.

**Både i spørreundersøkelsen og i intervjuer oppgir fastlegene at de mangler tid til å arbeide med kontinuerlig kvalitetsforbedring.** I spørreundersøkelsen svarer 80 prosent av fastlegene at de er helt uenige i at de har tid til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring, mens 75 prosent er helt uenige i at de har tid til å holde seg faglig oppdatert innenfor vanlig arbeidstid (Figur 8-1). I sum er 90-95 prosent av fastlegene i spørreundersøkelsen litt eller helt uenig i disse påstandene.

**Figur 8-1: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander om tid til kvalitetsarbeid?**



**Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger i januar 2022, utført av Oslo Economics og Universitet i Oslo.**

Det er generelt lite variasjon i andelen av fastlegene som oppgir at de ikke har tid til kvalitetsforbedringsarbeid og å holde seg faglig oppdatert, både på tvers av fastlegens driftsform og folkemengden i kommunen fastlegen jobber i. Fastleger som oppgir å være tilfredse med arbeidsmengden sin virker i større grad å ha tid til kvalitetsforbedringsarbeid og å holde seg faglig oppdatert enn de som ikke er tilfreds med arbeidsmengden sin, men også i denne gruppen svarer det overveiende flertallet (80-85 prosent) at de er litt eller helt uenige i påstandene.

Dette virker ikke å ha endret seg det siste året. 85 prosent av fastlegene i spørreundersøkelsen oppgir at de er helt uenige (og 8-9 prosent litt uenige) i at de har fått mer tid til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og mer tid til å holde seg faglig oppdatert innenfor vanlig arbeidstid de siste 12 månedene.

Resultatene i spørreundersøkelsen stemmer overens med funn fra intervjuer, der fastlegene forklarer at arbeid med kvalitetsforbedring nedprioriteres på grunn av mangel på tid og manglende økonomisk kompensasjon. Arbeidet med kvalitetsforbedring blir heller ikke nødvendigvis regelmessig og systematisk, men mer ad hoc og avhengig av at noen «drar det i gang og tar ansvar for det»). Det er også viktig å få med hele legekantoret i arbeidet. Enkelte av fastlegene opplever at de ofrer fritid for å drive kvalitetsforbedringsarbeid, og at det som egentlig burde vært en del av jobben må sikres gjennom individuell dedikasjon. Andre beskriver mer systematisk arbeid, blant annet som del av en kommunal bistilling innen kvalitetsarbeid, og etablerte rutiner for faste, regelmessige drøftingsmøter i større og mindre grupper. Flere av fastlegene trekker også frem at de veileder LIS1 som en del av å sikre god kvalitet og kvalitetsforbedringsarbeid, og at de lærer mye av å holde seg oppdatert i forbindelse med veiledningen.

Blant fastlegene som svarte på spørreundersøkelsen hadde 30 prosent deltatt på kurs eller annen etterutdanning der kvalitetsforbedring var et av temaene. Flere av fastlegene i intervjuundersøkelsen gir også positive tilbakemeldinger om deltakelse på kurs, hvor flere trekker frem kurs fra Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL). Det er samtidig flere av fastlegene som opplever at de ikke har tid og økonomi til å delta på de kursene og videreutdanningene de ønsker. En fastlege oppsummerer det slik i spørreundersøkelsen:

*«Synes det SKIL presenterer er interessant, men det går på bekostning av inntjening å skulle gjøre det i arbeidstiden og på bekostning av fritid om det må gjøres etter jobb.»*

**Sitat fra en fastlege, oppgitt i spørreundersøkelsen**

### 8.3 Fastlegers erfaringer med helsetjenestetilbudet til brukere med omfattende behov

En viktig del av å øke kvaliteten i allmennlegetjenesten består av å sikre at brukerne med de mest omfattende behovene mottar tjenester av god kvalitet. Eksempler på pasientgrupper som har omfattende behov er personer med rus- og psykiske lidelser, beboere på sykehjem, og beboere i heldøgns omsorgsbolig.

I spørreundersøkelsen trekker fastlegene frem utfordringer knyttet til pasienter med psykiske lidelser, herunder at de opplever en økende arbeidsmengde knyttet til denne pasientgruppen samtidig som de opplever at tjenestetilbudet ikke er tilstrekkelig. En fastlege beskriver det slik i et åpent svar i spørreundersøkelsen:

*«Det er stadig flere komplekse problemstillinger der pasienter har psykosomatiske og sosiale utfordringer [...] der verken det psykiske helsetilbudet i kommunen eller annet tilbud favner godt nok omkring pasienten. I tillegg oppleves spesialisthelsetjenesten i psykiatri å være mindre og mindre tilgjengelig og slik blir fastlegene sittende igjen med problemstillinger man verken har tilstrekkelig kompetanse til eller avsatt tilstrekkelig tid til. [...] Svært ofte føler jeg som fastlege at jeg står alene igjen på det synkende skipet sammen med pasienten»*

---

#### Sitat fra en fastlege, oppgitt i spørreundersøkelsen

Når det gjelder legenes tilstedeværelse på sykehjem, varierer dette mellom kommunene. I vår intervjuundersøkelse fortalte enkelte fastleger at kommunen de er fastlege i har sykehjemsleger i egne, faste stillinger. Dette gjør at disse kommunene opplever god tilgang på legetimer i sykehjem, noe som ble bekreftet gjennom intervjuer med representanter fra kommunene. I disse tilfellene er det usikkert i hvilken grad en oppfordring om en lokal norm og plan for antall legetimer i sykehjem, slik handlingsplanen legger opp til, vil medføre noen vesentlige endringer. Andre fastleger (de fleste i vårt utvalg til intervjuer) forteller at kommunen de jobber som fastlege i har sykehjemstjeneste som kommunal bistilling for fastlegene. Enkelte av fastlegene er skeptiske til om en lokal norm vil ha noen effekt, med mindre det følger med midler til å sikre ønsket antall legetimer i sykehjem i lys av dagens situasjon i fastlegeordningen. Samtidig er flere av fastlegene i intervjuundersøkelsen positive til at det utarbeides bemanningsnormer, og peker på at dette i seg selv kan være et viktig signal for at kvaliteten på tjenestene skal heves. Enkelte foreslår også at en slik norm kan være nasjonal heller enn lokal. Samtidig er det andre fastleger igjen som fremhever at fleksibilitet og lokale tilpasninger er ønskelig, ettersom det kan variere mellom kommuner hva som er den mest hensiktsmessige løsningen gitt ulike forutsetninger. Fastlegene trekker også frem at pasientpopulasjonen på sykehjem blir stadig sykere, slik at behovet for å sikre kvalitet har økt. Flere av fastlegene og kommuneoverlegene vi har snakket med påpeker imidlertid at det per årsskiftet 2021/2022 ikke foreligger bemanningsnorm på sykehjem eller klare beskjeder om å utarbeide en slik bemanningsnorm, slik dette omtales som en del av tiltak 10 i handlingsplanen.

Flere av fastlegene i intervjuundersøkelsen trekker videre frem at beboere på heldøgns omsorgsbolig er blant de pasientene med store og omfattende behov som ikke får et tilfredsstillende tilbud av allmennlegetjenester i dag. De peker på at etter hvert som beboerne på sykehjem stadig har blitt sykere, har dette igjen ført til stadig sykere beboere på heldøgns omsorgsbolig. I motsetning til beboere på sykehjem, har beboere i heldøgns omsorgsbolig ikke rett på egen institusjonslege, men skal behandles av fastlegen sin. En utfordring er at beboerne i heldøgns omsorgsbolig ofte er for syke til å oppsøke fastlege på egen hånd. Videre opplever fastlegene vi har intervjuet at fastlegens ansvar for de stadig sykere beboerne i heldøgns omsorgsbolig bidrar til økt arbeidsmengde.

Senter for omsorgsforskning gjennomførte i 2020-2021 en kartlegging av det medisinskfaglige tilbudet i heldøgns omsorgsbolig på oppdrag fra Helsedirektoratet, og som del av handlingsplanen (Senter for omsorgsforskning, 2021). Kartleggingen viste at beboerne utgjør en variert gruppe som gjennomgående har et stort behov for medisinskfaglig oppfølging, sammenfallende med funn fra våre intervjuer med fastleger. Hvordan det medisinskfaglige tilbudet ble organisert, varierte fra kommune til kommune, med i hovedsak tre ulike modeller for organisering; enten at hver beboer betjenes av den fastlegen de står på listen til, at noen få fastleger ga legetjenester til flere av beboerne, eller at alle beboerne i en omsorgsbolig hadde samme fastlege. Kartleggingen fant videre at når én eller et par leger behandlet alle beboerne syntes det å gi bedre integrerte tjenester og bedre samhandling med annet medisinskfaglig personell. For å sikre medisinskfaglig oppfølging til beboere på heldøgns omsorgsbolig fremover pekes det særlig på at faste årskontroller hos beboere og integrerte timer eller faste «årshjul» for oppfølging kan være nyttig. Kartleggingen pekte også på behovet for å utrede organiseringsformer og løsninger for å knytte fastleger tettere til omsorgsboligene, samt å nærmere kartlegge innhold og omfang av hjelpebehov i de ulike beboergruppene.

## 9. Teambaserte tjenester

*Handlingsplanen trekker frem at teambaserte tjenester vil være viktig for å ruste helsetjenesten for økende kompleksitet i helseutfordringene, og at utviklingen av teambaserte tjenester blant annet skal bygge på erfaringer fra pilotprosjekt med primærhelseteam. Evalueringen av pilotprosjekt med primærhelseteam viser blant annet at fastlegene opplever å få mer tid til kvalitetsarbeid og at primærhelseteam påvirker arbeidsmiljøet positivt.*

*Våre undersøkelser tyder på at graden av teambasert arbeid i dagens allmennlegetjeneste varierer, mellom både kommuner og mellom legekantor i samme kommune, og at fastlegene har ulik oppfatning av hva en teambasert fastlegetjeneste innebærer. Spørreundersøkelsen viser at tilnærmet alle fastlegene er kollega med en helsesekretær, mens om lag en tredjedel er kollega med en sykepleier, og at over halvparten kunne tenke seg å jobbe i team på legekantoret med psykolog og/eller sykepleier. Intervjuundersøkelsen tyder på at fastlegene har delte meninger om å skape en mer teambasert fastlegeordning enn i dag. Økt bruk av både gruppepraksis og tverrfaglige team, som er utbredt i andre land og yrkesgrupper, kan bidra til økt faglig fellesskap og å avlaste fastlegene for administrativt arbeid. Våre funn tyder imidlertid på at fastleger i dag ikke ser verdien av denne måten å jobbe på, noe som kan henge sammen med manglende kunnskap om mulige innretninger av gruppepraksiser.*

Det tredje målområdet i handlingsplanen handler om at allmennlegetjenesten skal være teambasert. I tråd med at pasientenes behov og situasjon har endret seg, endrer også kravene til allmennlegetjenesten seg. Samtidig forventes flere pasienter med sammensatte sykdomsbilder og en økende andel eldre i årene som kommer. Økende kompleksitet i helseutfordringene skaper et behov for teambaserte løsninger. En teambasert allmennlegetjeneste handler om økende grad av samarbeid mellom fastlegene på legekantoret, involvering av andre grupper helsepersonell (for eksempel sykepleier, psykolog, fysioterapeut), samt involvering av pasientene selv (brukerinvolvering).

Ifølge handlingsplanens tiltak 13 innebærer en teambasert fastlegeordning at fastlegene skal lede det kliniske arbeidet i legekantor med flere personellgrupper, arbeidsdele med disse 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. Utviklingen av en teambasert tjeneste handler også om god og effektiv ressursbruk, med rett kompetanse til rett sted. 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 dette kapitlet beskriver vi status for dagens organisering av fastlegekantor, erfaringer fra pilotprosjekt med primærhelseteam, samt fastlegers preferanser for og vurdering av muligheter for teamarbeid, som et utgangspunkt for å følge utviklingen mot en teambasert fastlegeordning.

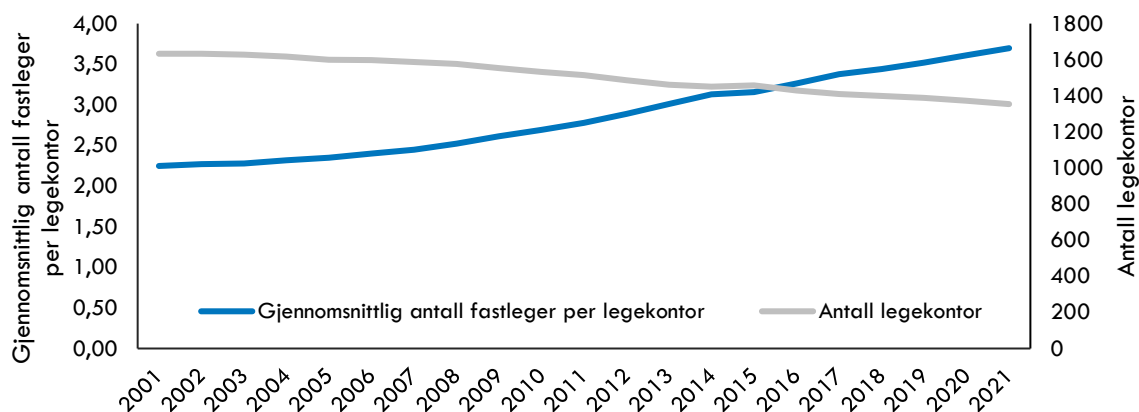
### 9.1 Organisering av fastlegekantorene

**Tall fra FLO viser at antall legekantor har gått ned, samtidig som antallet fastleger ved hvert kontor øker.** Antall legekantor i Norge er blitt redusert fra 1 633 legekantor i 2001 til 1 354 legekantor i 2021; samtidig har gjennomsnittlig antall fastleger per legekantor økt fra 2,25 til 3,70 i samme periode (Figur 9-1). Mens halvparten av landets legekantor hadde færre enn to leger i fjerde kvartal 2001, hadde halvparten av legekantorene færre enn tre leger 20 år senere.



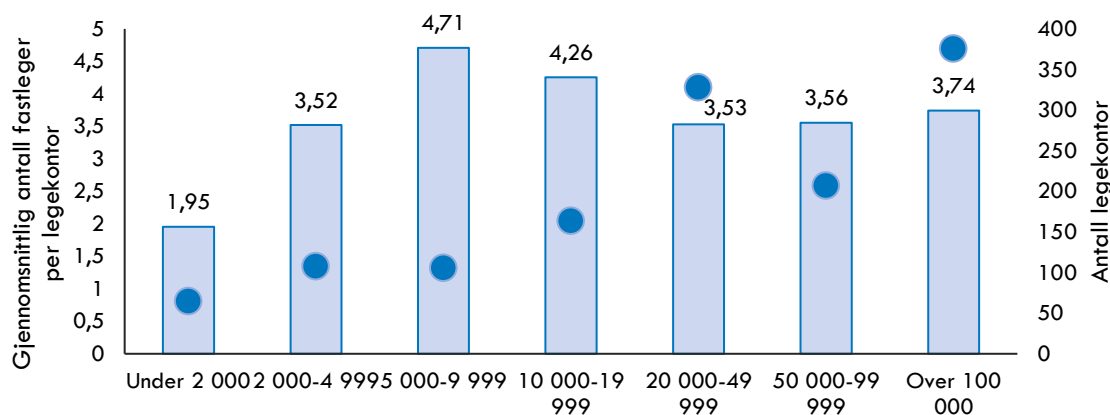
Dersom man tar utgangspunkt i hver enkelt lege, jobbet halvparten av legene på kontor med færre enn tre leger i fjerde kvartal 2001, og færre enn fem leger i fjerde kvartal 2021. Per mars 2022 var 6,2 prosent av landets lister tilknyttet solopraksis, mens 4,5 prosent var tilknyttet felleslister. Gjennomsnittlig antall fastleger per legekantor varierer med kommunistørrelse; det er høyest gjennomsnitt i kommuner med mellom 5 000 og 10 000 innbyggere, og lavest gjennomsnitt i kommuner med under 2 000 innbyggere (Figur 9-2).

**Figur 9-1: Gjennomsnittlig antall fastleger per legekantor, og antall legekantor 2001-2021.**



Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics.

**Figur 9-2: Gjennomsnittlig antall fastleger per legekantor og antall legekantor, etter kommunistørrelse.**



Kilde: FLO. Analyse: Oslo Economics.

**Tabell 9-1: Antall og andel fastlegelister tilknyttet solopraksis og felleslister, mars 2022**

	Totalt antall (andel)	Hvorav antall lister med fast lege (andel)	Hvorav antall lister uten fast lege (antall)
Antall lister totalt	5 263	5 027	236
Antall lister tilknyttet solopraksis	326 (6,2%)	307 (6,1%)	19 (8,1%)
Antall felleslister	238 (4,5%)	218 (4,3%)	20 (8,5%)

Kilde: Helfo, basistilskuddsrapport mars 2022

Fastlegene som svarte på spørreundersøkelsen oppga i gjennomsnitt at fem fastleger arbeider ved sitt legekantor (Tabell 9-2), mens det vanligste svaret (modus) var fire leger på legekantoret. Det var ingen signifikante forskjeller i legekantorets størrelse på tvers av ulike driftsformer.

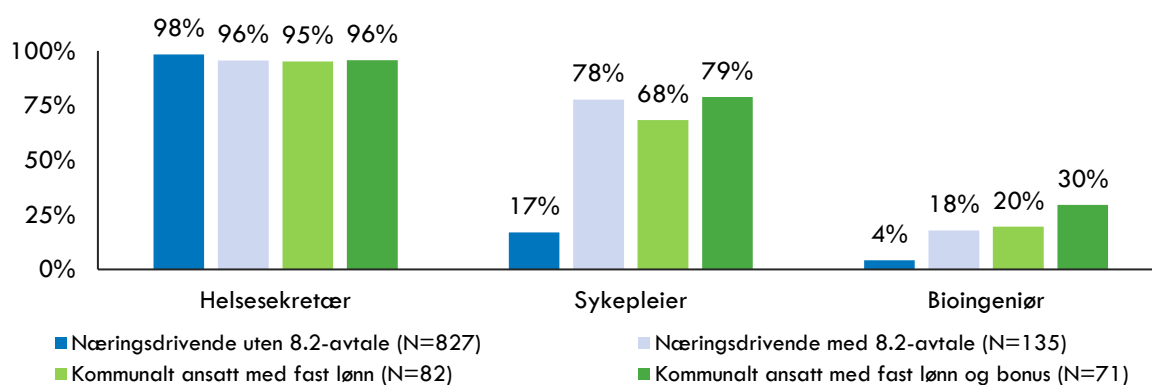
**Tabell 9-2: Hvor mange leger arbeider ved ditt legekontor med egen fastlegeavtale (deg selv inkludert)?**

	Alle	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus	Selvstendig næringsdrivende uten kommunal leieavtale	Selvstendig næringsdrivende med kommunal leieavtale
Gjennomsnitt	5,0	4,9	5,5	4,9	5,8
Median	5	4	5	5	5
Modus	4	3	6	4	3
N	1 053	80	70	773	130

Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger i januar 2022, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. 68 tomme svar på spørsmålet er utelatt fra beregningen.

Tall fra spørreundersøkelsen tyder på at landets legekontor i hovedsak består av fastleger og helsesekretærer, selv om nærmere 4 av 5 fastleger som enten er kommunalt ansatte eller næringsdrivende med kommunal leieavtale oppgir at det også jobber sykepleier på legekontoret. Tilnærmet alle legekontorene har ansatt helsesekretær; 95-98 prosent av fastlegene svarte at de hadde dette, uavhengig av driftsform. Om lag en tredjedel av fastlegene oppga at sykepleiere er ansatt ved legekontoret, men andelen varierte etter driftsform. Andelen var 17 prosent for selvstendig næringsdrivende uten kommunal leieavtale, som utgjør den største gruppen fastleger, mens andelen var mellom 68-79 prosent for de øvrige driftsformene. Selvstendig næringsdrivende uten en kommunal leieavtale eller lignende har som regel ansvar for ansettelser og lønn til ansatte ved legekontoret. I intervjuundersøkelsen oppgir næringsdrivende fastleger at de synes det er (for) dyrt å ansette sykepleiere, både med tanke på lønn, pensjonsforpliktelser og sosiale kostnader.<sup>43</sup> Et mindretall (4 til 30 prosent, avhengig av driftsform) av fastlegene oppgir i spørreundersøkelsen å ha bioingeniører ansatt ved legekontoret.

**Figur 9-3 Hvilke andre typer helsepersonell arbeider fast ved ditt legekontor? Andel som har svart bekreftende for ulike yrkesgrupper**



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

## 9.2 Erfaringer med samarbeid fra 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 «skrøpelige eldre» og brukere med utviklingshemming og funksjonsnedsettelse, samt «svake etterspørre».

<sup>43</sup> Pensjonsordningen for sykepleiere administreres av Kommunal Landspensjonskasse (KLP). Kilde: <https://www.nsf.no/arbeidsvilkar/pensjon>

Som del av pilotprosjektet prøver man ut to nye finansieringsmodeller. Pilotprosjektet omfatter 17 legekantor i ni kommuner.

Den fjerde evalueringsrapporten av pilotprosjektet er en sluttrapport for utprøvingen i perioden 2018-2021 og oppsummerer evalueringens funn frem til utgangen av 2021 (Abelsen, et al., 2022). Evalueringen viser at primærhelseteam har påvirket arbeidsformen på legekantorene med større vektlegging av ledelse, tverrfaglighet og proaktivitet, systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og tettere oppfølging av pasienter i målgruppene. Primærhelseteam har også påvirket arbeidsformen i møte med pasienter ved blant annet å tilby sykepleierkonsultasjoner, flere årskontroller og hjemmebesøk. Analysene tyder også på at legekantorene har en mer proaktiv arbeidsform enn før, og at PHT gjør legekantorene mer tilgjengelig for andre kommunale tjenester, mens kontakten med spesialisthelsetjenesten virker i hovedsak å foregå som før.

Evalueringen tyder på at PHT bidrar til bedre kvalitet i oppfølgingen av målgruppen for PHT. Pasienter og pårørende har i intervjuer fortalt at de har opplevd økt tilgjengelighet til helsetjenester med primærhelseteam. Tilgjengelighet har blitt skapt på andre måter enn gjennom tradisjonelle konsultasjoner med fastlegen på legekantoret, for eksempel ved hjemmebesøk. Undersøkelsene som inngår i evalueringen viser at legekantorene arbeider på en måte som gir potensial for helsegevinst hos enkelte pasientgrupper, for eksempel ved å gi oppfølging og opplæring i egen sykdom, som bidrar til å mestre egen helsetilstand og livssituasjon. Til sammen opplever de fleste ansatte på legekantorene i forsøket at primærhelseteam gir gevinster for pasientene. Det samlede informasjonsgrunnlaget viser også tendenser til bedre ressursbruk i form av bedre oppfølging på fastlegekantoret av målgruppene i forsøket. Denne ressursbruken har et potensial til å forsinke og/eller redusere behov for omfattende helsetjenester.

Evalueringen viser også at de fleste ansatte på legekantorene i forsøket opplever å jobbe som et team, og at primærhelseteam har påvirket arbeidsmiljøet positivt. Fastlegene i forsøket opplever ikke redusert arbeidsmengde som følge av primærhelseteam, men de opplever å ha mer tid til kvalitetsarbeid. Evalueringen peker på at en viktig forutsetning for å oppnå omtalte gevinster av primærhelseteam, er at de ansatte ønsker å jobbe i team og at legekantoret arbeider med å utvikle teamarbeidet og involverer primærhelseteam-sykepleieren og helsesekretæren på en god måte i arbeidet, slik at den tverrfaglige tilnærmingen kommer både pasientene og medarbeiderne ved legekantoret til gode.

### 9.3 Fastlegers preferanser for teamarbeid

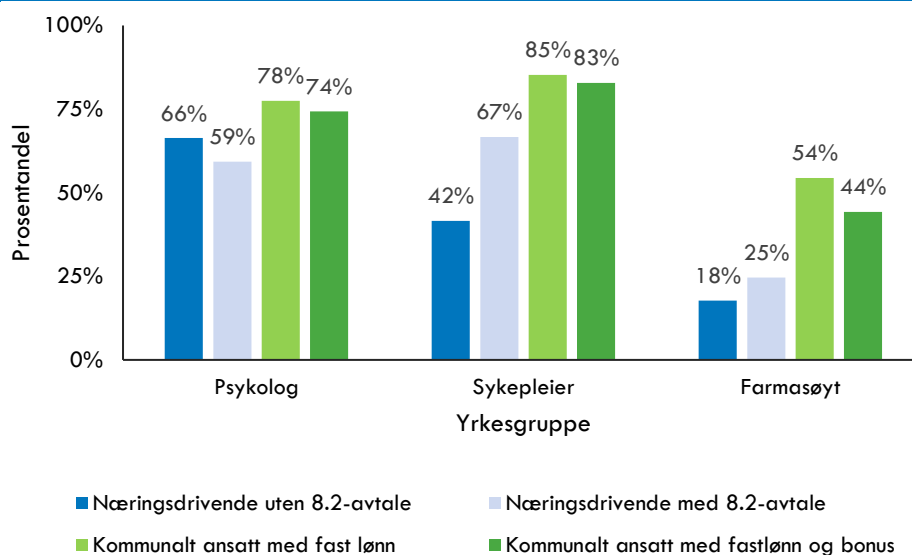
**Våre undersøkelser tyder på at graden av teambasert arbeid varierer mellom både kommuner og mellom legekantor i samme kommune, og at fastlegene har ulik oppfatning av hva en teambasert fastlegetjeneste innebærer.** I intervjuundersøkelsen trekker fastlegene frem ulike eksempler på hvordan de arbeider teambasert i dag, herunder samarbeid med andre fastleger på legekantoret, samarbeid med andre yrkesgrupper på legekantoret (for eksempel helsesekretær og sykepleier), og gjennom samarbeid med andre tjenester (for eksempel hjemmetjenesten, NAV og spesialisthelsetjenesten). Flere opplever at de har jobbet på en teambasert måte over lang tid, for eksempel med sykepleiere på legekantor.

**I intervjuundersøkelsen trekker enkelte fastleger frem at samlokalisering med andre fagprofesjoner og tjenester bidrar til å fremme teambasert arbeid.** De gir eksempler på kommuner der fastleger er samlokalisert med andre fagprofesjoner, som for eksempel fysioterapeut, psykolog, NAV og andre tjenester i samme bygg (for eksempel et kommunalt helsehus). Fastleger som har denne organiseringen beskriver en hverdag preget av lav terskel for tverrfaglige samarbeid og drøfting, og tett kontakt med andre kommunale tjenester. Samlokaliseringen bidrar til å legge til rette for teambasert arbeid rundt pasienter, uten behov for samorganisering på samme legekantor.

Når det gjelder å jobbe i team med andre yrkesgrupper, var det, blant de tre yrkesgruppene vi spurte om, flest fastleger som kan tenke seg å jobbe i team på legekantoret med psykolog (67 prosent), etterfulgt av sykepleier (50 prosent), og dernest farmasøyt (23 prosent). Kommunalt

ansatte fastleger svarte i større grad enn næringsdrivende fastleger at de kan tenke seg å jobbe i team med andre yrkesgrupper (Figur 9-4). Disse fastlegene representerer i større grad små kommuner; for eksempel utgjorde andelen kommunalt ansatte 59 prosent av respondentene i kommuner med under 5 000 innbyggere, sammenlignet med 2,3 prosent i kommuner med over 100 000 innbyggere. Videre oppga 44 prosent av fastlegene at de kunne tenke seg å jobbe med andre yrkesgrupper enn de vi spurte spesifikt om, hvorav flest oppga fysioterapeut som den yrkesgruppen de kunne tenke seg å arbeide med i team på legekantoret.

**Figur 9-4: Kunne du tenke deg å jobbe i team med følgende yrkesgrupper på legekantoret? Andel fastleger som svarer ja**

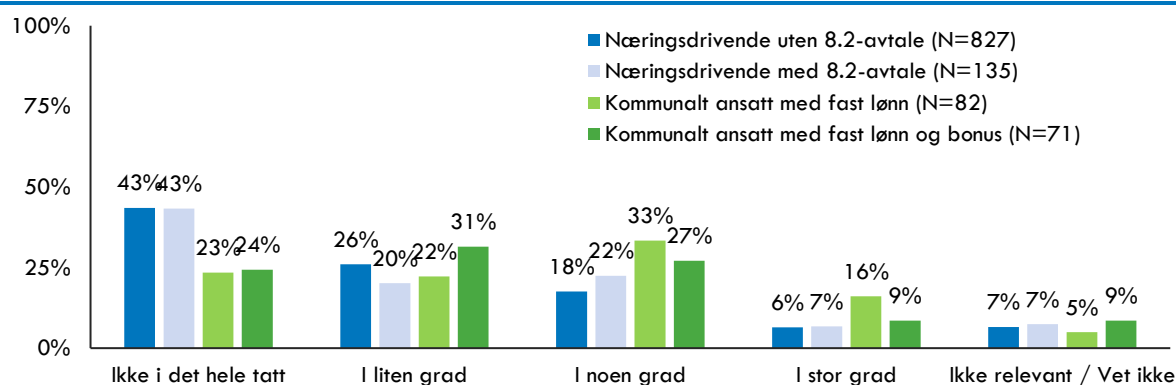


**Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger januar 2022, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo. N=1094-1105 på tvers av svarkategoriene. I tillegg til å svare «ja» for de ulike yrkesgruppene, kunne fastlegene alternativt svare «nei», «vet ikke» eller «ikke relevant».**

Selv om en del fastleger er åpne for å samarbeide med andre yrkesgrupper i team på legekantoret, er det mange som kommenterer at dette kan gi noen utfordringer. En av utfordringene er for eksempel at dagens lokaler ikke har kapasitet til flere ansatte. Det er også flere fastleger som kommenterer at det å samarbeide mer med for eksempel sykepleiere i team på legekantoret kan bli krevende sett i lys av begrenset tilgang på sykepleiere og allerede utfordringer med å rekruttere sykepleiere til andre helsetjenester, og at det vil kreve midler til å ansette disse.

**Spørreundersøkelsen til fastleger tyder på at muligheter for å jobbe teambasert har begrenset betydning for hvorvidt de fortsetter som fastlege.** Fastleger med næringsdrift svarer i større grad at muligheten til å jobbe i større tverrfaglige team ikke i det hele tatt, eller i liten grad, påvirker positivt om de ønsker å fortsette som fastlege sammenlignet med kommunalt ansatte. Det var ingen signifikante forskjeller i svarfordelingen blant fastleger i ulike alderskategorier. Samtidig var om lag halvparten av fastlegene uenige i at handlingsplanen vil bidra til å skape en mer teambasert allmennlegetjeneste (Vedlegg D, spørsmål 32c), og **fastleger i intervjuundersøkelsen pekte på at handlingsplanen bør bli mer tydelig på hvordan mer teambaserte tjenester skal supplere måten å drifte på fremfor å erstatte det som allerede er velfungerende.**

**Figur 9-5: I hvilken grad vil mulighet til å jobbe i større tverrfaglige team bidra positivt til om du fortsetter som fastlege?**



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

**Intervjuundersøkelse tyder også på at fastlegene har delte meninger om å skape en mer teambasert fastlegeordning enn i dag.** En del av fastlegene uttrykker en skepsis knyttet til mer teambaserte fastlegetjenester generelt, dels grunnet usikkerhet hva det skal innebære, hvordan det skal finansieres og hvordan det skal organiseres. I intervjuene kommer det frem ulike bekymringer knyttet til en teambasert fastlegeordning. Fastlegene forteller at de er bekymret for å miste selvstendighet, fleksibilitet og autonomi, og for å få «tredd ned et system over hodet». Flere uttrykker også bekymring for å få mindre tid med pasienter, og skape større avstand mellom lege og pasient, ved at de i større grad skal ha en lederrolle, og i mindre grad være lege og lede klinisk arbeid. Fastlegene peker på at de også er redde for å «miste» faglige interessante oppgaver til for eksempel sykepleiere, og at dersom de likevel må se over og kvalitetssikre arbeidet til andre, vil det føre til dobbeltarbeid heller enn besparelse. Enkelte peker på at det er krevende å skulle delegerer oppgaver og samtidig stå til ansvar for kvaliteten som leveres uten å ha den samme kontrollen over dette som tidligere. Enkelte trekker også frem praktiske utfordringer, som hvordan ny organisering skal finansieres og gjennomføres i praksis, for eksempel for fastleger som i dag ikke har plass på legekantoret til flere ansatte. Denne typen bekymringer kommer også frem i åpne svar fra fastlegene i spørreundersøkelsen. En fastlege beskriver det slik:

*«Jeg er ikke interessert i endringer som gjør at jeg må møte mindre pasienter og jobbe mer administrativt. Det er nettopp pasientmøtene som gjør at jeg ønsker å være fastlege. Altså ser ikke jeg på en løsning hvor jeg må være leder og koordinere flere ansatte/behandlere enn det vi gjør nå, som en god løsning i det hele tatt.»*

#### Fastlege, oppgitt i spørreundersøkelse

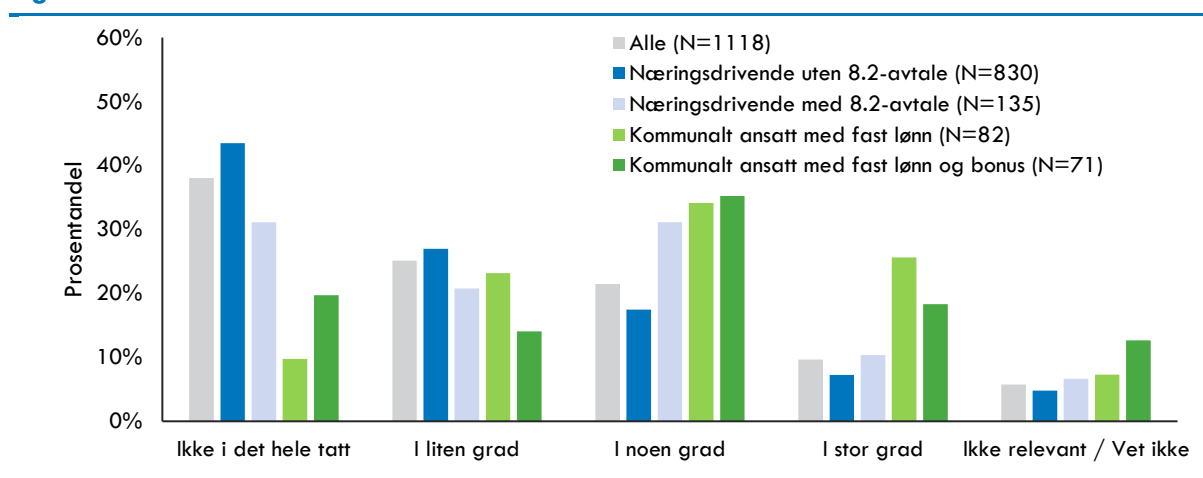
#### Fastlegers vurderinger av modellen med primærhelseteam

Handlingsplanen trekker frem at utviklingen av teambaserte tjenester blant annet skal bygge på erfaringene fra pilot med primærhelseteam, som startet i 2018. Primærhelseteam innebærer at fastlege, sykepleier og helsesekretær arbeider sammen om oppfølgingen av enkeltpasienter, under ledelse av fastlegen. Per mai 2022 deltar 17 legekantor i pilotforsøket (Abelsen, et al., 2022).

**Både intervju- og spørreundersøkelsen til fastleger tyder på at mange fastleger er usikre på hvorvidt modellen med primærhelseteam egner seg for deres legekantor;** i spørreundersøkelsen oppga 63 prosent av fastlegene at modellen med primærhelseteam i liten grad eller ikke i det

hele tatt egner seg for deres legekantor (Figur 9-6).<sup>44</sup> Andelen er signifikant høyere blant selvstendig næringsdrivende enn kommunalt ansatte fastleger, som utgjør flesteparten av fastlegene i mindre folkerike kommuner. Det er også signifikante forskjeller i svarfordelingene blant fastleger i kommuner av ulik størrelse; andelen som er mener modell med primærhelseteam egner seg for sitt legekantor er fallende med økende kommunestørrelse. At fastleger i mindre folkerike kommuner virker mer positive til primærhelseteam, kan tenkes å henge sammen med at de oftere er samlokalisert med andre kommunale tjenester, og har positive erfaringer med å jobbe mer teambasert allerede som følge av dette. Det kan også henge sammen med at antallet ansatte på legekantorene er færre i de minste kommunene (Figur 9-2), noe som gir fastlegen et mindre team å skulle lede, alt annet likt. Videre er det signifikant flere unge fastleger (under 40 år) som mener at modellen med primærhelseteam egner seg for sitt legekantor (sammenlignet med fastleger over 40 år). Tilsvarende er andelen som mener det egner seg fallende med antall år man har jobbet som fastlege.

**Figur 9-6: I hvilken grad tror du at modellen med primærhelseteam egner seg for ditt legekantor?**



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

Fastlegene i intervjuundersøkelsen har delte meninger om primærhelseteam. Enkelte fastleger i intervjuundersøkelsen er positive til en teambasert fastlegeordning gjennom å trekke på erfaringer fra pilot med primærhelseteam. Informantene trekker frem at en mer teambasert tjeneste kan gi økt kvalitet, men de tror ikke det vil virke avlastende for legene. Noen av fastlegenes holdninger gir uttrykk for manglende kjennskap til forsøket med primærhelseteam, for eksempel bekymring om at primærhelseteam vil innebære tap av lokale tilpasninger ved dagens organisering, fleksibilitet og autonomi. Flere peker på at de er bekymret for å bli sittende igjen med kun de «krevende oppgavene» eller de «krevende» pasientene. Enkelte er også bekymret for at det blir mindre effektivt, at man skal gi sykepleiere legeoppgaver, og at legen mister kontroll og oversikt over andre personers arbeid med pasienter samtidig som man er medisinsk ansvarlig. Andre peker på utfordringer knyttet til rekruttering av andre sykepleiere til fastlegeordningen, samt utfordringer knyttet til behovet for finansiering – et finansieringsbehov flere mener ressursene heller burde gå til ytterligere styrking av basisfinansieringen.

*«Jeg ønsker mindre administrativt og koordinerende arbeid. Jeg ønsker spesielt ikke slikt ansvar i primærmedisinsk team; Jeg ønsker ikke "avlastning" fra andre yrkesgrupper til "enkle oppgaver", slik at jeg selv kun blir sittende igjen med ansvar for de aller tyngste, vanskelige oppgavene. Jeg ønsker å følge mine pasienter gjennom mange år, gjennom mange aldre og*

<sup>44</sup> Fastlegene ble presentert følgende beskrivelse som introduksjon til dette spørsmålet: «Primærhelseteam er et eksempel på en teambasert tilnærming til fastlegjetjenesten. Primærhelseteam innebærer at fastlege, sykepleier og helsesekretær arbeider sammen om oppfølgingen av enkeltpasienter, under ledelse av fastlegen.»

ulike helseutfordringer, både alvorlig sykdom og hverdagsutfordringer, og også "hyggelige" hendelser, som f.eks. svangerskapsomsorg.»

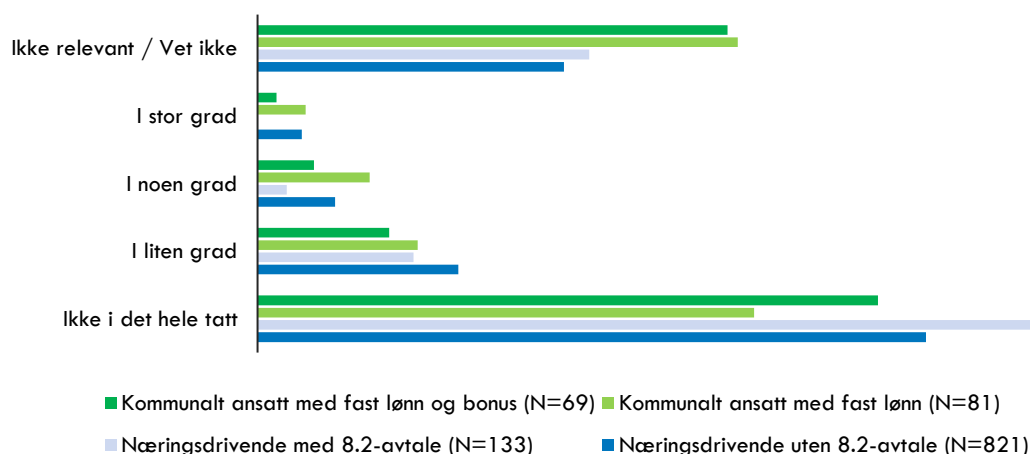
Sitat fra en fastlege, oppgitt i spørreundersøkelsen

### Fastlegers vurdering av mulighet for gruppeavtaler for fastlegekontor

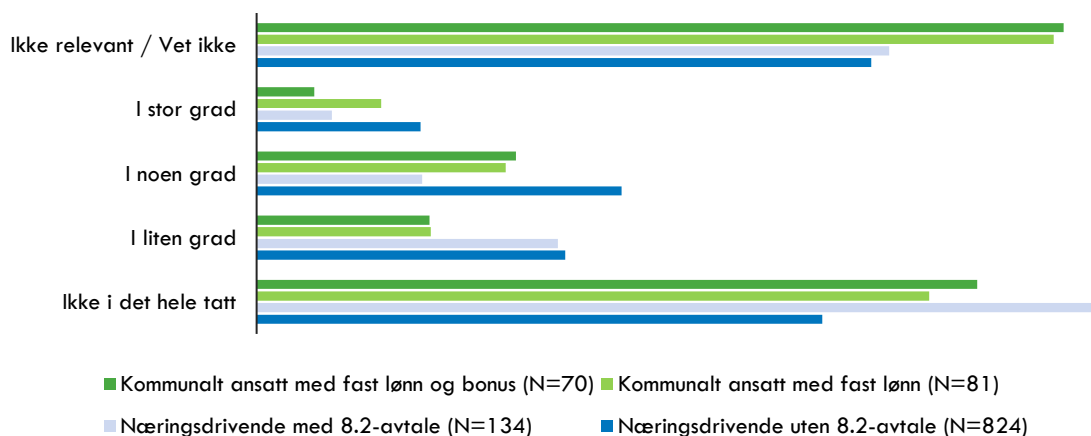
Økt bruk av både gruppepraksis og tverrfaglige team, som er utbredt i andre land og yrkesgrupper, kan bidra til økt faglig fellesskap og å avlaste fastlegene for administrativt arbeid. Som et virkemiddel for å skape en teambasert fastlegeordning, vil regjeringen utrede gruppeavtaler, det vil si avtaler som innebærer at et legekontor har én felles avtale med kommunen som gir kontoret et samlet og overordnet ansvar. I spørreundersøkelsen oppga flesteparten av fastlegene (63 prosent av alle og 59 prosent av næringsdrivende uten kommunal leieavtale) at en gruppeavtale med 3-15 fastleger ikke vil påvirke om de fortsetter som fastlege i det hele tatt, at de ikke vet, eller at de vurderer at det ikke er relevant (Figur 9-7). Andelen som vurderer at det kan bidra positivt, er høyest blant næringsdrivende fastleger, som disse avtalene er mest relevante for. Vi fant tilsvarende på tilsvarende spørsmål om større gruppeavtaler (mer enn 15 fastleger).

**Figur 9-7: I hvilken grad vil ansettelse og/ eller deleierskap i et foretak / gruppeavtale med a) 3-15 fastleger og b) mer enn 15 fastleger bidra positivt til om du fortsetter som fastlege?**

#### a) Gruppeavtale med 3-15 fastleger



#### b) Gruppeavtale med mer enn 15 fastleger



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

## 10. Bruk av digitale verktøy for kommunikasjon og pasientoppfølging

*Digitalisering muliggjør nye måter å jobbe på, og kan bidra til bedret kvalitet og pasientsikkerhet. Handlingsplanen inkluderer tiltak som innebærer å legge til rette for bruk av nye arbeidsverktøy og øke bruken av e-konsultasjoner der dette er en hensiktsmessig konsultasjonsform. Bruken av digitale verktøy som kjernejournal, elektronisk meldingsutveksling, helsenorge.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 2020 til desember 2020 økte andelen e-konsultasjon utenfor normal arbeidstid fra 8 til 16 prosent, og ved utgangen av 2021 har andelen økt videre til 22 prosent. Det er delte meninger blant fastlegene rundt bruken av e-konsultasjon. Noen opplever det som avlastende, effektivt og hensiktsmessig for visse typer konsultasjoner. Andre opplever at det er tidkrevende, en uhensiktsmessig kommunikasjonsform, og at det øker pasientenes tilgjengelighet til fastlegen på bekostning av fastlegenes arbeidsbelastning. For tiden pågår det et pilotprosjekt for å prøve ut et triageringsverktøy for e-konsultasjon som har som formål å heve kvaliteten og sikre målrettet bruk av disse konsultasjonene.*

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. 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.

### 10.1 Utvikling i bruk av ulike digitale verktøy

Bruken av ulike digitale verktøy, som kjernejournal, elektronisk meldingsutveksling, helsenorge.no og e-resept, har økt betydelig de senere årene og er i dag veletablert i helsesektoren.

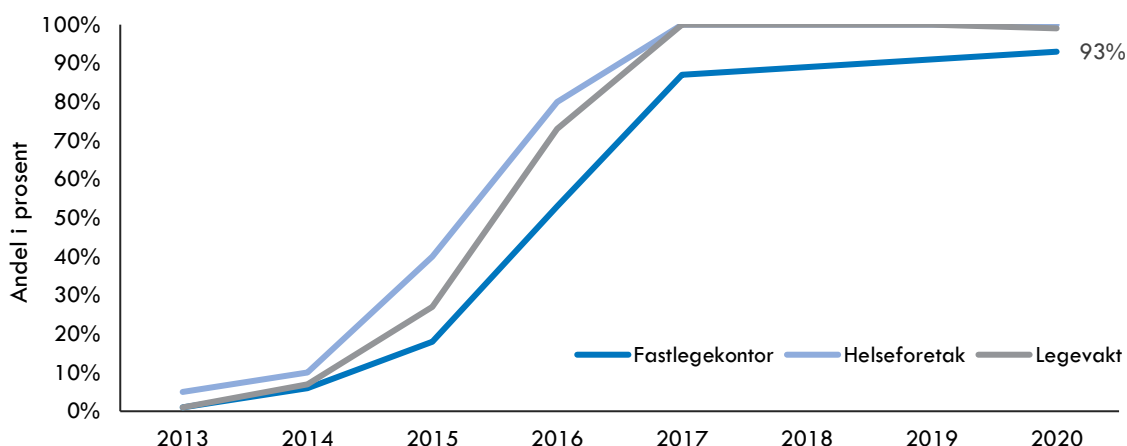
#### Kjernejournal

Kjernejournal (helsenorge.no) er en elektronisk løsning som samler viktige helseopplysninger og gjør dem tilgjengelige både for innbygger og helsepersonell. Ifølge informasjon fra Direktoratet for e-helse (2022), har store deler av helsesektoren innført kjernejournal. Fra 2017 hadde alle helseforetak og legevakter tatt kjernejournal i bruk, og fra 2021 har tilnærmet alle fastlegekontor tatt i bruk løsningen. Neste fase med innføring er sykehjem og hjemmesykepleie i kommunehelsetjenesten. Tall fra nasjonal e-helsemonitor viser at innføringstakten for kjernejournal vokste raskt særlig i perioden 2013 til 2017 (Figur 10-1).

Ifølge tall fra nasjonal e-helsemonitor hadde nesten 30 000 helsepersonell gjort ett eller flere oppslag i kjernejournal ved utgangen av 2021, hvorav om lag 22 000 var leger. Samme år gjorde helsepersonell (leger og sykepleiere) i gjennomsnitt omtrent 38 000 oppslag i kjernejournal per uke, en økning på om lag 49 prosent sammenlignet med 2020 (Direktoratet for e-helse, 2022).



**Figur 10-1: Andel fastlegekontor, helseforetak og legevakt som har tatt i bruk kjernejournal, 2013-2020**



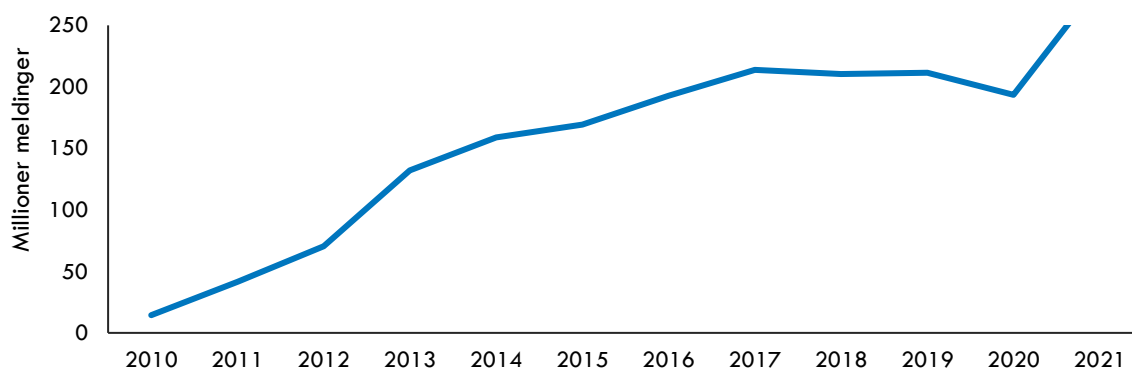
**Kilde: Direktoratet for e-helse. Nasjonal e-helsemonitor.**

I løpet av 2021 hadde over 3 850 000 innbyggere sett på sin kjernejournal, en økning på 26 prosent fra 2020. Av alle innbyggere som har åpnet sin kjernejournal har 82 prosent sett på egne legemidler, 54 prosent på kritisk informasjon, og 26 prosent på aggregert logg over helsepersonell som har vært inne på deres kjernejournal. Dette kan ifølge Direktoratet for e-helse indikere at de som er inne på tjenesten faktisk kontrollerer at riktig informasjon er registrert (Direktoratet for e-helse, 2022). Innbyggere kan også registrere opplysninger om kontaktpersoner, kommunikasjonsbehov og sykdomshistorie selv. Ved utgangen av 2021 hadde over 807 000 innbyggere lagt inn informasjon i egen kjernejournal. Tilsvarende tall var 3 361 innbyggere i 2014 (Direktoratet for e-helse, 2022).

### Elektronisk meldingsutveksling

Elektronisk meldingsutveksling er elektronisk kommunikasjon mellom aktører i helse- og omsorgssektoren, og et virkemiddel for å realisere mål om helhet og samhandling i helse- og omsorgstjenesten. Tall fra nasjonal e-helsemonitor viser at antall elektroniske medisinske meldinger har ligget på rundt 200 millioner meldinger per år de siste fem årene, men økte fra 193 millioner meldinger i 2020 til 284 millioner meldinger i 2021 (Figur 10-2). Økningen skjedde over flere samhandlingsområder, men knyttet seg særlig til koronahåndtering, herunder Nasjonalt vaksinasjonsregister (SYSVAK), svarrapporter inkludert laboratoriesvar, og frikort/egenandel.

**Figur 10-2: Antall medisinske meldinger (millioner meldinger)**

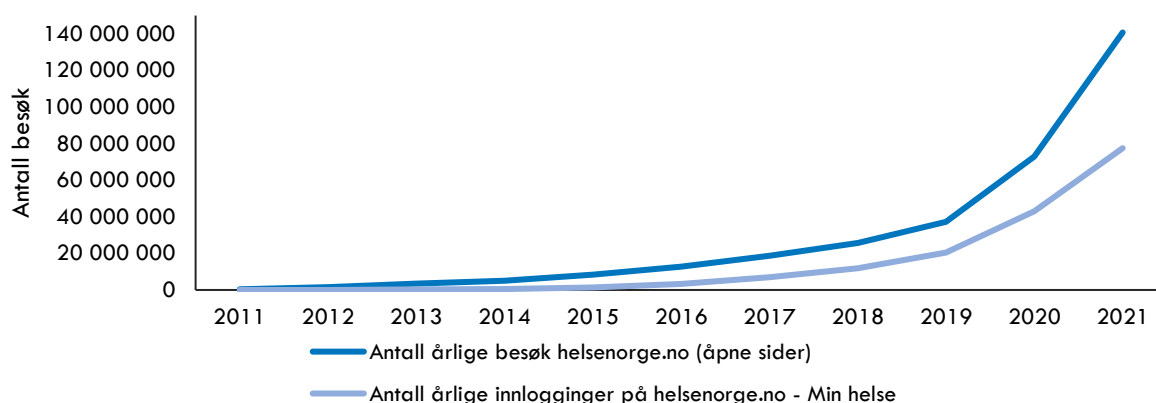


**Kilde: Direktoratet for e-helse. Nasjonal e-helsemonitor.**

## Helsenorge.no

Nettsiden helsenorge.no er den offentlige helseportalen for innbyggere i Norge. Portalen inneholder åpne informasjonssider med kvalitetssikret helseinformasjon om blant annet forebygging, helse, sunnhet, sykdom, behandling og den enkeltes rettigheter som pasient. Portalen inneholder også selvbetjeningsløsninger med tilgang til ulike helserelaterte nettjenester gjennom innlogging på "Min helse", som ble etablert i 2012. Innlogging på Helsenorge gir innbygger mulighet til blant annet å kontakte fastlege, bytte fastlege, se oversikt over egne vaksiner, legemidler, timeavtaler og pasientjournal fra sykehus, samt sende søknader til pasientreiser. Både antall besøk på helsenorge.no (åpne sider) og antall innlogginger på Min helse har økt betydelig fra 2011 til 2021 (Figur 10-3).<sup>45</sup> Bruken av helsenorge.no ble nærmest doblet under koronapandemien, fra 72 millioner besøk i 2020 til 140 millioner besøk i 2021, og fra 43 millioner innlogginger i 2020 til 77,5 millioner innlogginger i 2021.

**Figur 10-3: Utvikling i bruk av helsenorge.no, 2011-2021**

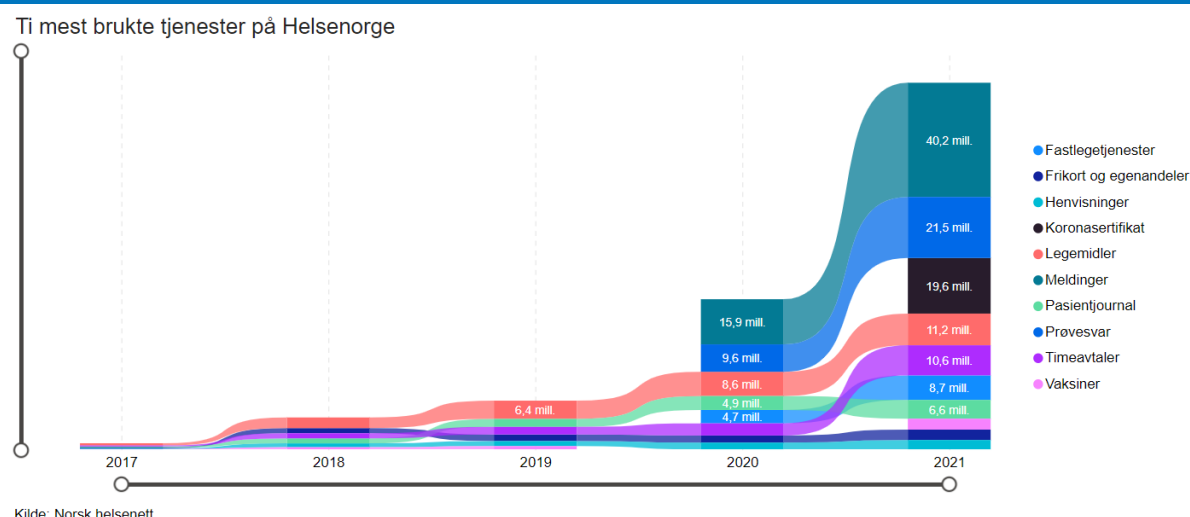


**Kilde: Direktoratet for e-helse. Nasjonal e-helsemonitor.**

Informasjon fra Direktoratet for e-helse (2022) viser at meldinger mellom innbyggere og helsetjenesten var den mest besøkte helsetjenesten på Helsenorge i 2021. Koronasertifikat ble lansert sommeren 2021, og har i løpet av andre halvår 2021 inntatt tredjepllassen over mest brukte tjenester på Helsenorge (Figur 10-4).

<sup>45</sup> Et besøk er en økt hvor personen åpner én eller flere sider på helsenorge.no fra nettleseren sin. Besøket starter når personen åpner den første siden, og avsluttes når personen ikke har åpnet flere sider på en halvtime. Hvis en person bruker flere nettlesere – for eksempel på både PC og mobiltelefon – vil dette regnes som separate besøk. En innlogging telles hver gang en person logger inn på helsenorge.no. Personen kan logge inn flere ganger i løpet av samme besøk, og dette telles da som separate innlogginger. Kilde: Direktoratet for e-helse, Nasjonal e-helsemonitor.

**Figur 10-4: Ti mest brukte tjenester på helsenorge.no, 2017-2021. Millioner besøk per år.**



**Kilde: Norsk Helsenett. Hentet fra Nasjonal e-helsemonitor.**

### E-resept

E-resept er en nasjonal løsning for sikker overføring av reseptinformasjon. E-resept gir tryggere legemiddelbruk og færre feil ved forskrivninger og utleveringer. E-resept startet som pilot i 2011 og ble innført fra 2013. Det arbeides med å tilrettelegge for innføring av e-resept til andre rekviertgrupper, for eksempel tannleger og kommunale helse- og omsorgsenheter (Direktoratet for e-helse, 2022).

Både fastleger, legevakter, sykehus, apotek og bandasjister bruker e-resept. I dag er omtrent 93 prosent av alle resepter utskrevet elektronisk. Antall rekvirerte e-resepter har økt fra om lag 18 millioner i 2013 til om lag 29,8 millioner i 2021 (Direktoratet for e-helse, 2022).

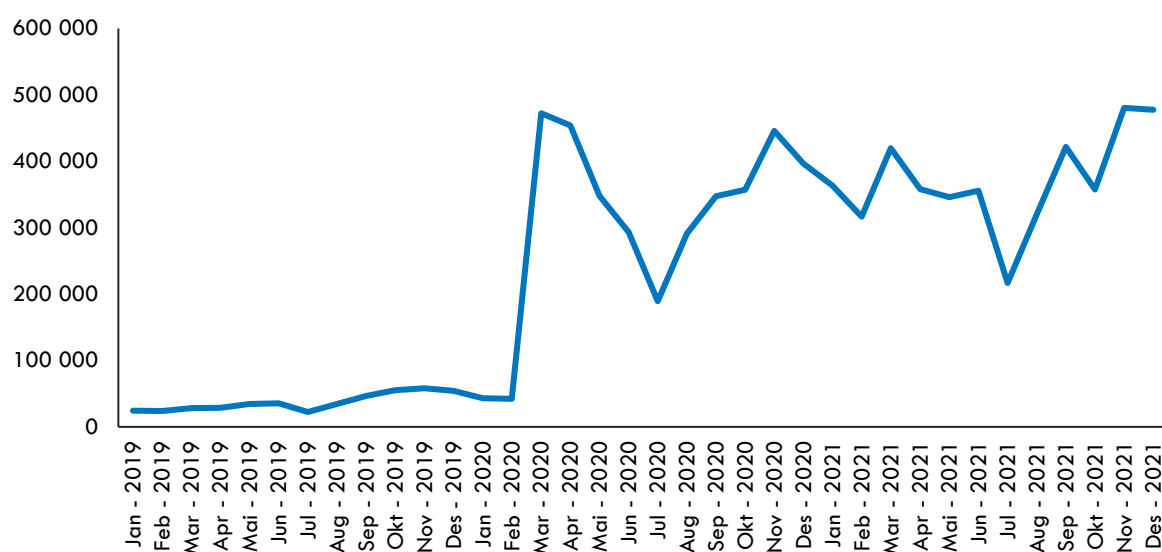
## 10.2 Bruk av e-konsultasjoner

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.

**Bruken av e-konsultasjoner hos fastlege økte kraftig ved starten av koronapandemien i mars 2020. Antall e-konsultasjoner steg fra i underkant av 50 000 konsultasjoner februar 2020 til over 470 000 konsultasjoner i mars 2020.** Bruken har svingt noe i etterkant noe, men har ligget på et høyt nivå igjennom 2020 og 2021 (Figur 10-5). **I desember 2021 var det omtrent like mange e-konsultasjoner som i mars 2020.**

**Veksten i antall e-konsultasjoner har medført at e-konsultasjoner utgjør en høyere andel av alle konsultasjoner hos fastlege sammenlignet med tidligere. Andelen e-konsultasjoner har økt fra 2 prosent i første kvartal 2019 til 29 prosent i fjerde kvartal 2021 (Helsedirektoratet, 2022).** Ved starten av koronapandemien var det en særlig høy andel e-konsultasjoner, og i april 2020 utgjorde e-konsultasjoner 41 prosent av alle konsultasjoner hos fastlege. Andelen e-konsultasjoner har falt noe siden, men ligger fortsatt betydelig høyere enn før pandemien.

**Figur 10-5: Antall e-konsultasjoner\* hos fastlege per måned, 2019-2021**



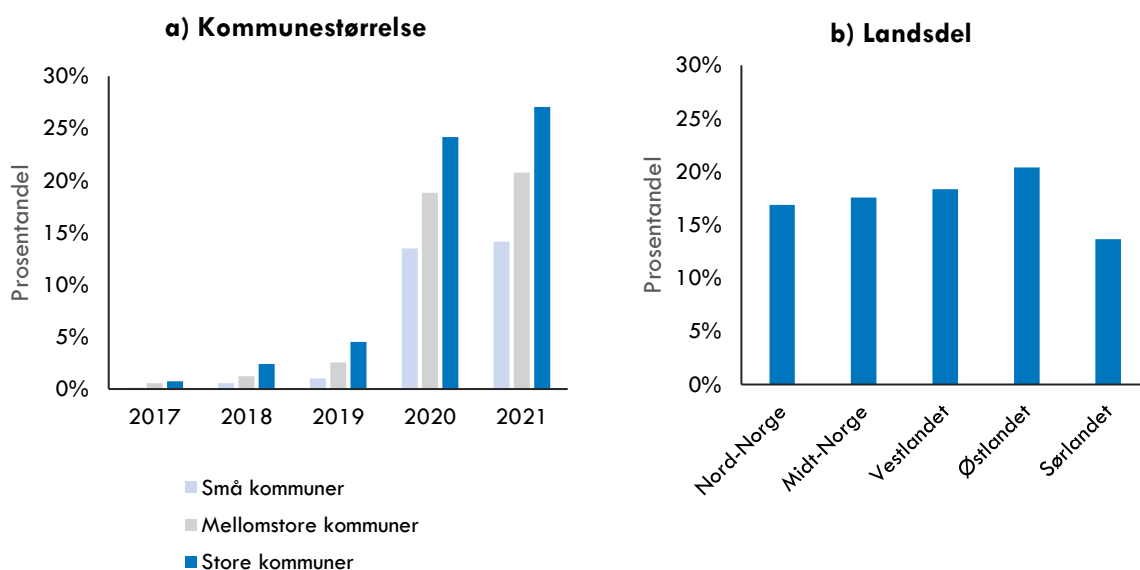
Kilde: Kommunalt pasient- og brukerregister. \* Inkluderer konsultasjoner med takstkode 2æ eller 2æk.

**E-konsultasjoner er mindre utbredt blant eldre pasienter.** Siden mars 2020 har andelen e-konsultasjoner av konsultasjoner hos fastlege jevnt over ligget 10-15 prosentpoeng lavere blant pasienter over 60 år sammenlignet med pasienter 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.

#### Variasjoner i bruken av e-konsultasjoner etter kommuner og landsdeler

Andelen e-konsultasjoner er høyest i store kommuner målt etter innbyggertall, og andelen er fallende med redusert innbyggertall (Figur 10-6). Andelen e-konsultasjoner er videre høyest på Østlandet, og lavest på Sørlandet.

**Figur 10-6: Andel (prosent) e-konsultasjon av alle konsultasjoner, fordelt på a) kommunestørrelse i 2017-2021, og b) landsdel i 2021.**

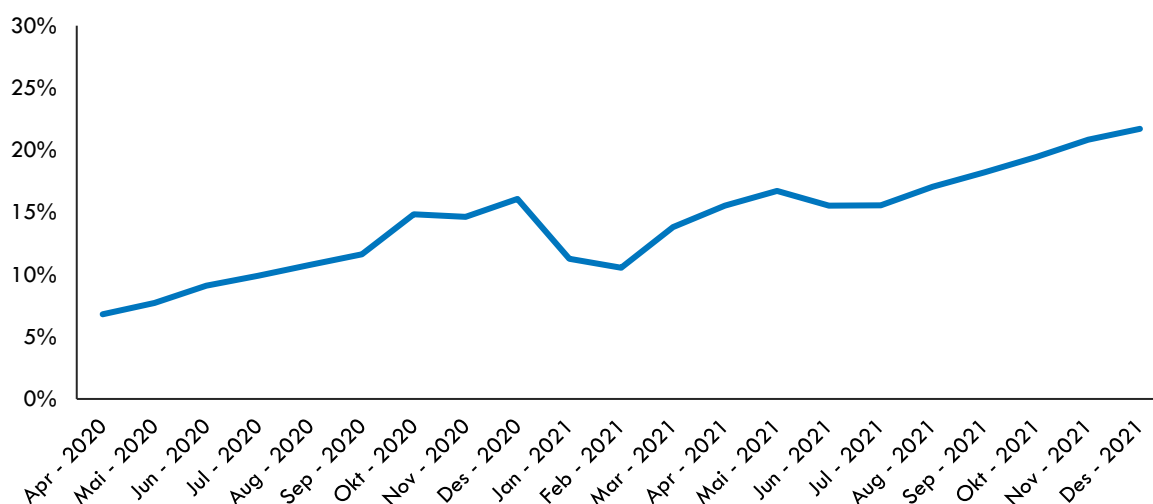


Kilde: KUHR og SSB. Små kommuner: <5 000 listeinnbyggere, mellomstore kommuner: 5 000 – 20 000 listeinnbyggere, store kommuner: >20 000 listeinnbyggere

### E-konsultasjoner utenfor normal arbeidstid

I april 2020 ble det innført en egen takstkode (2æk) for e-konsultasjon utenfor normal arbeidstid (helg eller etter kl. 16 i hverdage). **Fra april 2020 til desember 2020 økte andelen e-konsultasjon utenfor normal arbeidstid fra om lag 8 til 16 prosent. I løpet av 2021 har andelen økt videre til 22 prosent per desember 2021** (Figur 10-7). Det har med andre ord vært en utvikling der fastlegene i stadig større grad gjennomfører e-konsultasjoner på kveldstid og i helgene.

**Figur 10-7: Utvikling i andel av e-konsultasjoner utenfor vanlig arbeidstid\* (etter kl. 16 eller helg)**



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

Det kan være flere ulike grunner til at andelen av e-konsultasjoner som gjennomføres utenfor normal arbeidstid har økt. En mulig forklaring er at e-konsultasjoner utenfor normal arbeidstid er bedre honorert enn de innenfor normal arbeidstid. Mens honoraret for e-konsultasjon på dagtid utgjør 170 kroner (refusjon 15 kroner og 155 kroner egenandel), utgjør den 307 kroner for e-konsultasjon på kveldstid (refusjon 45 kroner og egenandel 262 kroner). 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.

Funn fra intervjuer og spørreundersøkelse rettet mot fastleger viser at erfaringene med e-konsultasjon er delte, og avhengig av blant annet sammensetning av listepopulasjon. Noen fastleger opplever at e-konsultasjoner fungerer avlastende, og at det er en mer effektiv og hensiktsmessig måte å gjennomføre enkelte typer konsultasjoner eller oppfølging av pasienter på, som for eksempel oppfølging av sykmeldinger. En av fastlegene beskriver det slik i spørreundersøkelsen:

*«Man ser under pandemien stor nytte av digitale konsultasjon, og det er en forutsetning av flere konsultasjoner kan avholdes digitalt. Dette letter arbeidsbyrden, og har også mindre samfunnsøkonomisk inngripen da pasienten slipper reise, ta fri fra jobb etc.»*

Sitat fra en fastlege, oppgitt i spørreundersøkelsen

Andre fastleger fremhever at bruken av e-konsultasjoner gir pasientene økt tilgjengelighet til fastlegen, noe som går på bekostning av fastlegens arbeidsbelastning. Flere fastleger opplever bruken av e-konsultasjon som tidkrevende, en lite hensiktsmessig kommunikasjonsform, og at det kan resultere i ekstra konsultasjoner. Det nevnes blant annet at terskelen for å kontakte fastlegen blir så lav at det gir en stor økning i antall henvendelser, samtidig som flere av henvendelsene er mangelfulle eller dreier seg om ting som ikke kan løses uten fysisk konsultasjon. Det nevnes også at enkelte pasienter sender mange meldinger på e-konsultasjon, før fastlegen har hatt mulighet til å se og besvare henvendelsen. En del fastleger oppgir å ha skrudd av e-konsultasjonstjenesten fordi arbeidsmengden ble u håndterlig. Noen av legene foreslår at det skulle vært en begrensning i løsningen som sikret at samme pasient ikke kunne sende mer enn et visst antall meldinger via e-konsultasjon i løpet av en dag, eller at totalt antall henvendelser på e-konsultasjon begrenses innenfor et visst tidsrom.

*«Trykket på e-konsultasjoner /e-dialoger er blitt enormt, og usortert - krever mye tid. Tilgjengelighet for pasienter er bra, men føler fort jeg blir en chattedoktor.»*

---

Sitat fra en fastlege, oppgitt i spørreundersøkelsen

### **Pilot for utprøving av triageringsverktøy for e-konsultasjon på fastlegekontoret**

De nye digitale kontaktformene har ført til at en del fastleger opplever en økt arbeidsmengde. Det er behov for å kvalitetssikre kontaktene, og hindre at de digitale kontaktene øker arbeidsbelastningen for fastlegene. Som del av tiltak 16 i handlingsplanen har Helsedirektoratet derfor iverksatt en pilot for utprøving av et triageringsverktøy fra november 2021 til desember 2022. Å kombinere e-konsultasjonstjenestene med funksjonalitet for triagering, kan være et viktig tiltak for å heve kvaliteten.

Et triageringssystem vil kunne rute en del av henvendelsene som tidligere har krevd personlig og manuell vurdering, til en digital kontakt. Det vil kunne minske behovet for manuelle kontakter, og dermed kunne gi bedre tilgjengelighet til personlig kontakt for de som trenger det. Gjennom at innbyggerne gir informasjon om årsak til henvendelsen og opplysninger om sin helsetilstand, vil denne informasjonen stilles til rådighet for medhjelper og fastlege som skal ha kontakten. Dette vil kunne øke kvaliteten på konsultasjonen, fordi innbyggeren forbereder seg før legetimen. Det vil også kunne bidra til at fastlegen kan forberede seg i forkant.

Helsedirektoratet har lyst ut en tilskuddsordning for piloten for å rekruttere legekontorer til å delta. Det ble valgt ut følgende legekontorer: SIO legekontor i Oslo, Vossevangen legekontor på Voss, Gildheim legekontor i Trondheim, og Frei legekontor i Kristiansund. Piloten omfatter i alt 30 fastleger fordelt på de 4 legekantorene. Helsedirektoratet opplyser om at erfaringene fra prosjektet hittil er gode, og at legekantorene opplever det som svært nyttig å få utfylt skjema på forhånd fra pasientene. Pasienten og legen er mer forberedt, noe som kan gi bedre kvalitet på timen.

## 11. Oppsummering og samlet vurdering

*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. Per mai 2022, to år etter lanseringen av handlingsplanen, er ni tiltak iverksatt, mens syv er pågående og ett er satt på vent.*

*De samlede funnene i evalueringen, basert på analyser av registerdata, spørreskjemaundersøkelser og intervjuundersøkelser, tyder på at det fortsatt er betydelige rekrutteringsutfordringer og behov for å utvikle fastlegeordningen. Tiltakene i handlingsplanen synes å være relevante, og flere av tiltakene er fortsatt under utvikling. Enkelte av tiltakene bør styrkes ytterligere for å nå handlingsplanens mål. I det videre arbeidet med handlingsplanen og en bærekraftig og fremtidsrettet allmennlegetjeneste, er det behov for å tilrettelegge for bedre arbeidsvilkår for eksisterende fastleger, og få flere leger inn i fastlegeordningen.*

### 11.1 Implementering av tiltakene i handlingsplanen

I dette avsnittet oppsummerer vi status for implementeringen av tiltakene i handlingsplanen (Tabell 11-1), uavhengig av selve effektene av dem. **Per mai 2022 kan ni tiltak klassifiseres som iverksatte tiltak, og syv tiltak som pågående tiltak. Ett tiltak er utsatt inntil videre.**

**Tabell 11-1: Oppsummert status for implementering av tiltakene**

Tiltak	Status	Kort oppsummering
Tiltak 1: Endret og styrket basisfinansiering	Iverksatt	<ul style="list-style-type: none"><li>Styrket basistilskudd, knekkpunkt og tidsbegrenset grunntilskudd ble innført 1. mai 2020.</li></ul>
Tiltak 2: Gjennomgang av takstsystemet	Pågående	<ul style="list-style-type: none"><li>Helsedirektoratet har levert en gjennomgang av takster (2021).</li><li>Helse- og omsorgsdepartementet, KS og Legeforeningen har begynt arbeidet med å gjennomgå takstsystemet.</li><li>Det er innført enkelte endringer i takstsystemet fra 1. juli 2021.</li></ul>
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 2021, men det er fortsatt en relativt lav andel avtaler i små kommuner.</li><li>Ny nasjonal ALIS-ordning fra 2022.</li></ul>
Tiltak 4: Styrke ALIS-kontorene	Iverksatt	<ul style="list-style-type: none"><li>Bevilgede midler til ALIS-kontor er økt fra 10 millioner kroner i 2020 til 40 millioner kroner i 2022.</li></ul>
Tiltak 5: Tilrettelegge for en bedre arbeidsdeling og samhandling med spesialisthelsetjenesten	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>Helsefelleskap er etablert eller i etableringsfasen, og det pågår utviklingsarbeid.</li></ul>
Tiltak 6: Avlaste fastlegene for oppgaver	Pågående	<ul style="list-style-type: none"><li>Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet har gjennomgått attester og erklæringer i egen rapport.</li><li>Pasientreiser HF har gjennomgått fastlegenes arbeid med pasientreiser.</li><li>Tiltaket har foreløpig ikke medført endringer i fastlegenes oppgaver.</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 har levert kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning i 2021.</li> <li>• Pilotprosjekt legevakt er forlenget frem til 30.06.2022.</li> </ul>
Tiltak 8: Styrke SOP og Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i 2020	Iverksatt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SOP ble tilført 25 millioner kroner i 2020 og 20 millioner kroner for 2021/22.</li> <li>• Fondet ble tildelt 24 millioner kroner i 2020, og 40 millioner kroner for 2021/22.</li> </ul>
Tiltak 9: Tilrettelegge for et hensiktsmessig antall LIS1-stillinger	Iverksatt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall tilsatte i LIS1-stillinger har økt fra 2019 til 2021.</li> <li>• Gitt planlagte nye LIS1-stillinger med oppstart høst 2022 og vår 2023 vil Helsedirektoratet nå sitt eget måltall om 1 150 LIS1-stillinger per år.</li> </ul>
Tiltak 10: Bedre kvaliteten på legetjenester til brukere med omfattende behov	Pågående	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Senter for omsorgsforskning har levert rapporten «Kartlegging av medisinsk faglig 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>• For 2022 er det bevilget 32,7 millioner kroner til totalt 65 introduksjonsavtaler.</li> <li>• Kommunene kan søke Helsedirektoratet om rett til å inngå introduksjonsavtale med sine leger (frist 15. mars 2022).</li> <li>• Kommunene kan søke om tilskudd til introduksjonslege gjennom den nye Nasjonal ALIS-tilskuddet (frist 1. oktober 2022).</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 ytterligere tiltak for å styrke allmennlegetjenestens evne til å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring. Utredningen er til behandling hos Helse- og omsorgsdepartementet.</li> <li>• Deloppdraget med å utarbeide en veileder for hvordan kommunene kan utarbeide planer for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, med særlig fokus på legetjenesten, er mottatt, men utsatt da det må sees i sammenheng med behov og anbefalinger løftet i utredning av et nasjonalt system for kvalitetsforbedring. Arbeidet er planlagt startet opp i løpet av 2022-2023.</li> <li>• Det pågår arbeid med de øvrige delene av tiltaket.</li> </ul>
Tiltak 13: Skape en mer teambasert fastlegeordning	Pågående	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det pågår arbeid med å utvikle en mer teambasert fastlegeordning med utgangspunkt i evalueringen av pilotprosjektet med primærhelseteam og internasjonale erfaringer med lignende ordninger.</li> </ul>
Tiltak 14: Utrede gruppeavtaler for fastlegekontor	Ikke igangsatt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiltaket er foreløpig satt på vent.</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, blant annet elektronisk meldingsutveksling, EPJ-løftet, norsk helsenett, kjernejournal, e-resept, helsenorge.no, pasientens legemiddelliste, og digital hjemmeoppfølging.</li> </ul>



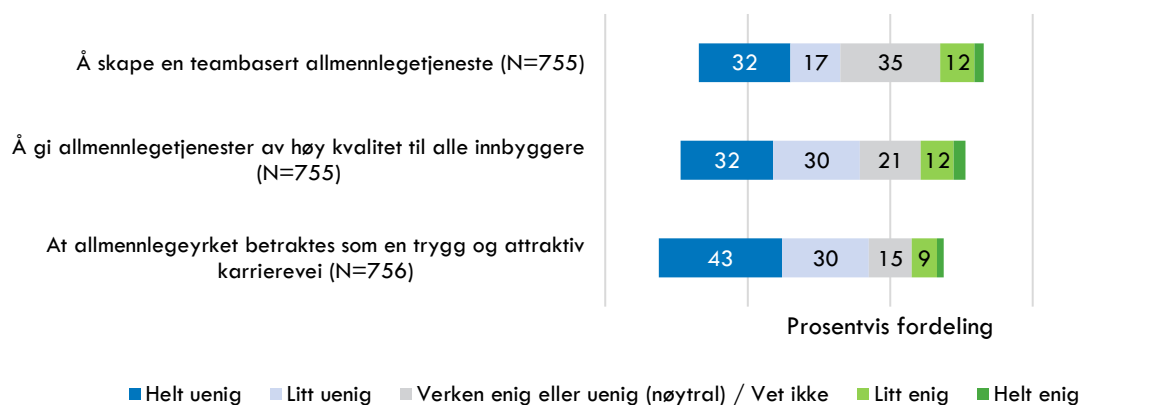
Tiltak 16: Øke bruken av e-konsultasjoner	Iverksatt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andelen e-konsultasjoner har økt vesentlig fra første kvartal 2019 til fjerde kvartal 2021.</li> <li>• Det skal vurderes på hvilken måte e-konsultasjoner kan benyttes i sykemeldingsarbeidet. Nasjonalt senter 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>• Det pågår utprøving av pilotprosjekt med triageringssystem for e-konsultasjoner hos fastlegene.</li> </ul>
Tiltak 17: Gi flere leger mulighet for lederutdanning	Iverksatt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall plasser på Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten har blitt utvidet.</li> <li>• I januar 2022 startet BI ny tilrettelagt utdanning rettet mot allmennleger (38 fastleger deltar i første kull).</li> </ul>

## 11.2 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 med hensyn til tiltakenes effekt og grad av måloppnåelse.

Flertallet av fastlegene som har svart på spørreundersøkelsen, kjenner til handlingsplanen for allmennlegetjenesten; 68 prosent oppgir at de delvis eller godt kjenner til innholdet, 26 prosent har hørt om handlingsplanen, mens 6 prosent oppgir at de ikke kjenner til handlingsplanen. Blant fastlegene som delvis eller godt kjenner til innholdet i handlingsplanen, er flertallet helt eller litt uenig i at handlingsplanen vil bidra til at allmennlegetjenesten betraktes som en trygg og attraktiv karrierevei, å gi allmentjenester av høy kvalitet til alle innbyggere, og å skape en teambasert allmennlegetjeneste (Figur 11-1). Flest er uenige i at handlingsplanen vil bidra til at allmennlegetjenesten betraktes som en trygg og attraktiv karrierevei.

**Figur 11-1: Spørsmål stilt til fastleger som kjenner innholdet i handlingsplanen delvis eller godt: Hvor enig eller uenig er du i at handlingsplanen vil bidra til ...**



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

Andelen som er uenige i at handlingsplanen vil bidra til å nå de overordnede målene, er høyere blant fastlegene som svarer at de kjenner innholdet i handlingsplanen godt sammenlignet med de som delvis kjenner til innholdet. Det er ingen signifikante forskjeller mellom fastleger i små og større kommuner med tanke på om de er enige eller uenige i at handlingsplanen vil bidra til å nå de overordnede målene. Næringsdrivende fastleger (med eller uten kommunal leieavtale) er i

større grad enn fastlønnede fastleger helt eller litt uenige i at handlingsplanen vil bidra til å skape en teambasert allmennlegetjeneste. Blant enkelte fastleger i spørreundersøkelsen, uttrykkes det mistillit til helsemyndighetene, og liten tro på tiltakene som inngår i handlingsplanen. Enkelte fastleger opplever at myndighetene har liten forståelse for hverdagen som fastlege, og liten kontakt med helsesektoren. Samtidig trekker flere fastleger frem at tiltakene til en viss grad er gode, men at de i sum ikke vil være tilstrekkelig for å løse de problemene som oppleves i dag. Tilbakemeldingene kan tyde på at tiltakene som er iverksatt er de rette tiltakene, men at de ikke oppleves kraftfulle nok.

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.

### 11.2.1 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 spørreundersøkelsen til fastleger oppgir 70 prosent at de i stor grad er enig i at økt basistilskudd bidrar til stabilisering.</li> <li>Flertallet av fastlegene opplever at basistilskuddet ikke er tilstrekkelig styrket for å kompensere for økonomisk tap ved listereduksjon.</li> <li>Det er ingen klare tegn til at knekkpunktet har ført til en reduksjon i gjennomsnittlig listelengde, men det er tegn til en konvergering mot 1 000 pasienter på listen.</li> <li>Frafallsanalyse i fastlegeordningen viser at avgangen fra fastlegeyrket er innenfor normalt nivå siden innføringen av ordningen.</li> <li>Det er fortsatt utfordringer med rekruttering. Netto tilvekst av fastleger er lav, og var i 2021 lavere enn foregående år.</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 ikke i tilstrekkelig grad understøtter rekruttering.</li> </ul>	<p>Styrket basisfinansiering har foreløpig ikke ført til ønskede effekter og måloppnåelse, særlig knyttet til rekruttering.</p> <p>Situasjonen uten iverksatte tiltak er ukjent, og kunne ha vært mer krevende.</p>
Økte muligheter for kompetanseheving og kvalitetsutvikling for allmennleger	<ul style="list-style-type: none"> <li>85 prosent av fastlegene i spørreundersøkelsen er helt uenige i at de har fått mer tid til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og tid til å holde seg faglig oppdatert innenfor vanlig arbeidstid de siste 12 månedene.</li> <li>Økningen i antall ALIS-avtaler med tilskudd fra Helsedirektoratet legger til rette 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 utdanningsenhet, og driver utadrettet virksomhet knyttet til spesialistutdanningen. Det tar tid å etablere ALIS-kontorene.</li> </ul>	<p>Foreløpig ingen observerbar effekt/måloppnåelse på muligheter for kompetanseheving og kvalitetsutvikling for etablerte fastleger med fullført spesialistutdanning.</p> <p>Tiltak knyttet til ALIS-avtaler og ALIS-kontor legger til rette for økte muligheter for kompetanseutvikling gjennom spesialistutdanningen.</p>
Økt rekruttering og stabilitet blant	<ul style="list-style-type: none"> <li>Det er fortsatt utfordringer med rekruttering. Netto</li> </ul>	<p>Foreløpig ingen tegn til ønskede effekter og</p>

allmennleger	<p>tilvekst av fastleger er på det laveste siden 2014.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 av 5 fastleger i spørreundersøkelsen vurderer det som svært usannsynlig at de fortsatt er fastlege om fem år.</li> <li>• Frafallsanalyse i fastlegeordningen viser at avgangen fra fastlegeyrket er innenfor normalt nivå siden innføringen av ordningen.</li> </ul>	<p>måloppnåelse, særlig knyttet til rekruttering. Situasjonen uten iverksatte tiltak er ukjent, og kunne ha vært enda vanskeligere.</p> <p>Informasjon om antallet leger som påbegynner spesialisering i allmenmedisin er ikke strukturert på en måte som gjør det mulig å beskrive om antall leger som begynner på spesialiseringsløp har økt eller avtatt.</p>
Bedre og riktigere utnyttelse av allmennlegens tid og kompetanse	<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. Enkelte fastleger oppgir i intervju at samhandlingen med spesialisthelsetjenestene har blitt noe bedre de siste par årene.</li> <li>• Flere fastleger opplever at arbeid med ulike attester og erklæringer er nødvendig bruk av tid og kompetanse.</li> </ul>	<p>Foreløpig for lite grunnlag/for tidlig for å vurdere grunnet status for implementering av relevante tiltak</p>
Bedre organisering av allmennlegetjenesten	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingen vesentlige tiltak/endringer i organiseringen av allmennlegetjenesten på overordnet nivå.</li> <li>• Det er betydelige forskjeller i vaktbelastning og organisering av legevakt mellom små og store kommuner. Et økende antall pasienter uten fastlege betyr flere henvendelser til legevakt og en større arbeidsbelastning for legevaktlegene. Ubesatte fastlegestillinger øker vaktbelastningen på fastlegene.</li> </ul>	<p>Foreløpig for lite grunnlag/for tidlig for å vurdere grunnet status for implementering av relevante tiltak</p>
Redusert arbeidsbelastning for allmennleger	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 80 prosent av fastlegene i spørreundersøkelsen opplever for stor arbeidsbelastning, og 90 prosent opplever økt arbeidsbelastning i løpet av de siste 12 månedene.</li> <li>• Flertallet av fastleger i spørreundersøkelsen svarer at arbeidsbelastningen knyttet til samhandling med andre kommunale helsetjenester og spesialisthelsetjenesten har økt de siste 12 månedene.</li> <li>• Fastlegenes anslag på tid brukt på ulike oppgaver per uke er på samme eller noe høyere nivå sammenlignet med tidligere undersøkelser.</li> <li>• Et økende antall pasienter uten fastlege betyr flere henvendelser til legevakt og en større arbeidsbelastning for legevaktlegene. Ubesatte fastlegestillinger øker vaktbelastningen for fastlegene.</li> </ul>	<p>Foreløpig ingen observerbar effekt/måloppnåelse</p>

## 11.2.2 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 tillegg er flere andre indikatorer utredet for publisering i 2022.</li> <li>• 30 prosent av fastlegene i spørreundersøkelsen hadde deltatt på kurs eller annen etterutdanning der kvalitetsforbedring var et av temaene.</li> <li>• 80 prosent av fastlegene i spørreundersøkelsen er helt uenige i at de har tid til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring.</li> </ul>	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.
Behovstilpassede tjenester til alle, også de med omfattende behov	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 34 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.</li> <li>• Fastleger i intervjuundersøkelsen opplever økt arbeidsmengde knyttet til brukere med omfattende behov. De peker på behovet for å styrke helsetjenestetilbudet til disse pasientgruppene.</li> </ul>	Foreløpig for lite grunnlag/for tidlig for å vurdere grunnet status for implementering av relevante tiltak
En mer tilgjengelig allmennlegetjeneste	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En tredjedel av fastlegene i spørreundersøkelsen vurderer at allmennlegetjenesten i deres kommune i stor grad har utfordringer når det gjelder tilgjengelighet og kvalitet på tilbudet.</li> <li>• Den avtalte kapasiteten i fastlegeordningen er ved utgangen av 2021 lavere enn folkemengden.</li> <li>• Andelen fastleger med åpne lister er redusert.</li> <li>• Andelen innbyggere som har tilgang til leger av begge kjønn med åpen liste i sin kommune er redusert.</li> <li>• Antall innbyggere på liste uten fast lege har økt i 2021.</li> <li>• Flere kommuner enn før har innbyggere på liste uten fast lege, og lister uten fast lege er forekommer i alle landsdeler.</li> <li>• Antall e-konsultasjoner har økt.</li> </ul>	<p>Flere av utviklingstrekkene peker i retning av en mindre tilgjengelig allmennlegetjeneste når det gjelder tilgang til plass på fastlegeliste.</p> <p>Økt bruk av e-konsultasjon, også utenfor vanlig arbeidstid, tilsier økt tilgjengelighet til fastlegen for innbyggere.</p>
Forbedret kontinuitet og samhandling som gir gevinster for innbyggerne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Overordnet synes fastlegene i spørreundersøkelsen at samhandlingen med andre kommunale helse- og omsorgstjenester og med spesialisthelsetjenesten fungerer ganske godt.</li> <li>• Antall innbyggere på lister uten fast lege har økt. Dette reduserer tilgjengeligheten til en fast lege og reduserer kontinuiteten i relasjonen mellom listeinnbygger og lege.</li> <li>• Tall fra Helsedirektoratet viser at gjennomsnittlig varighet på fastlege-listeinnbygger-relasjon økte marginalt fra 2020 til 2021, mens medianen ble marginalt redusert.</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>• Både i spørreundersøkelsen og i intervjuer oppgir de fleste fastlegene at de mangler tid til å arbeide med kontinuerlig kvalitetsforbedring og holde seg faglig oppdatert.</li> </ul>	Foreløpig for lite grunnlag/for tidlig for å vurdere grunnet status for implementering av relevante tiltak

### 11.2.3 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>Helsesekretær er del av personellet ved de fleste fastlegekontor.</li><li>Kommunalt ansatte fastleger og næringsdrivende fastleger med kommunal leieavtale har ofte ansatt sykepleiere. Næringsdrivende fastleger uten kommunal leieavtale oppgir at det er for kostbart å ansette sykepleier.</li><li>Fra intervjuene med fastleger finner vi at det er delte meninger om det er hensiktsmessig å skape en mer teambasert fastlegeordning enn i dag.</li><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></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>Bruken av samhandlingstaksen har økt siden den ble innført i 2019, men flertallet av fastlegene i spørreundersøkelsen svarer at de samhandler like mye med spesialisthelsetjenesten som før.</li><li>Flere tiltak, som helsefelleskap og praksiskonsulentordningen, er ment å bidra til god samhandling mellom nivåer i helsetjenesten.</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. Fastlegene har delte meninger om e-konsultasjoner er velfungerende til pasientoppfølging.</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. For 2022 er det forslag om økt bevilgning for å utvide antall plasser øremerket for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester.</li><li>På oppdrag fra Helsedirektoratet startet BI i januar 2022 å tilby en ny, tilrettelagt utdanning rettet mot ledere av primærhelseteam og gruppepraksiser. Første kull består kun av allmennleger (fastleger og leger som jobber på kommunal legevakt).</li></ul>	Foreløpig for lite grunnlag/for tidlig for å vurdere grunnet status for implementering av relevante tiltak

## 11.3 Avslutning og samlet vurdering

Formålet med handlingsplanen er å sikre en bærekraftig og fremtidsrettet allmennlegetjeneste. Handlingsplanen skal gjennom de tre målområdene bidra til å skape en attraktiv og trygg karrierevei, å gi allmennlegetjenester av høy kvalitet, og skape en teambasert allmennlegetjeneste.

De samlede funnene i evalueringen, basert på analyser av registerdata, spørreskjemaundersøkelser og intervjuundersøkelser, tyder på at det fortsatt er betydelige rekrutteringsutfordringer og behov for å utvikle fastlegeordningen. Analyser av registerdata viser blant annet at netto tilvekst av fastleger er lavere i 2021 enn foregående år. Samtidig er det totale antall listeplasser hos landets fastleger nå for lavt til at alle kan få oppfylt sin rett til å stå på liste hos en fastlege (jfr. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 c).

Spørreundersøkelsen blant fastleger viste videre at 83 prosent av fastlegene opplever at de jobber i en kommune som i noen eller stor grad har utfordringer knyttet til bemanning i allmennlegetjenesten. Samtidig vurderer 20 prosent av fastlegene (og 15 prosent av fastleger yngre enn 55 år) det som svært usannsynlig at de fortsatt jobber som fastlege om fem år. Kommunene ser behov for å gi økonomisk trygghet til unge leger, særlig knyttet til næringsdrift. Flere kommuner tar i bruk en rekke ulike tiltak for å rekruttere fastleger, herunder tilleggsfinansiering. Flere kommunerepresentanter gir uttrykk for at kommunale ansettelser av fastleger er kostbart for kommunen, men flere ser seg nødt til å benytte dette som rekrutteringstiltak. Fastleger opplever på sin side økende arbeidsbelastning, og at økonomisk kompensasjon ikke står i forhold til arbeidsmengden. Mange innbyggere møter en vikarlege når de oppsøker allmennlegetjenesten. Det er nødvendig med mer kunnskap om vikarlegene og tjenestene de leverer.

Vår vurdering er at handlingsplanens 17 tiltak til sammen retter seg mot sentrale utfordringer i fastlegetjenesten, men at flere av tiltakene ikke er kraftfulle nok, ikke er iverksatt eller ikke har vært iverksatt lenge nok. Det er samtidig viktig å understreke at den kontrafaktiske situasjonen uten tiltakene 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. Våre funn er i tråd med Helsedirektoratets konklusjon i fjerde kvartalsrapport for 2021 om at «*Handlingsplanens tiltak, rammer og verktøy er per i dag ikke er tilstrekkelig til å løse utfordringene. Det er behov for ytterligere strakstiltak med umiddelbar effekt og forsterket innsats også på lengre sikt.*»

Fastlegene opplever en økende arbeidsbelastning. De peker på flere oppgaver enn før, og mer arbeid per pasient. Både økt arbeidsbelastning, og offentlig oppmerksomhet om den krevende situasjonen, har trolig bidratt til rekrutteringsproblemer. Både avgang og rekrutteringsproblemer medfører samtidig mer arbeid for de gjenværende fastlegene. Lister uten fast lege må håndteres, legevakt må bemannes og kommunale allmenmedisinske oppgaver må løses, noe som øker arbeidsbelastningen for fastlegene. En sentral utfordring nå er å utforme tiltak som kan bidra til å komme ut av den negative spiralen som har utviklet seg. Fastlegene opplever videre at de ikke har tid til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og utvikling av teamarbeid og ledelse. Det er behov for å gjennomgå fastlegenes oppgaveportefølje, og vurdere hvilke oppgaver fastlegen bør ha, og hvilke oppgaver som bør håndteres av andre aktører.

I det videre arbeidet med handlingsplanen og en bærekraftig og fremtidsrettet allmennlegetjeneste, er det behov for å tilrettelegge for bedre arbeidsvilkår for eksisterende fastleger, og få flere leger til å velge spesialisering i allmenmedisin og etablering i fastlegeordningen. Dersom arbeidsforholdene bedres for eksisterende fastleger, vil det også virke positivt på rekrutteringen. Den mediaomtalte «fastlegekrisen» og pågående arbeid med tiltak har skapt usikkerhet omkring ordningen, både for leger som ønsker å selge sin praksis og for leger som vurderer å bli fastlege. Det er behov for å avklare rammebetingelsene og skape trygghet for nye og eksisterende fastleger. Samtidig er det viktig å sikre en attraktiv relativ inntekt i løpet av karrieren, og at inntektene står i rimelig forhold til arbeidsbelastningen og kostnadene ved å drive en praksis. Det er også viktig å sikre akseptabel risiko og forutsigbarhet, særlig de første årene. Dette omfatter økonomiske vilkår, opplæring, støtte til lederansvar og fraværsordninger ved for eksempel sykt barn. Etableringsstøtte som reduserer økonomisk risiko for nye fastleger, kan bidra til å få flere inn i ordningen. I videre utvikling av allmennlegetjenesten er det i tillegg viktig å hensynta ulik organisering og ulike utfordringer i forskjellige kommuner, og at fastlegene har ulike preferanser. Antall leger som velger å spesialisere seg i allmenmedisin er en viktig indikator på

hvor attraktivt det er å velge allmenmedisin som karrierevei. Det er behov for mer strukturert informasjon om antallet leger som går i gang med spesialistutdanningen i allmenmedisin.

Fastleger har i spørreundersøkelsen og intervjuer pekt på at bedre økonomiske vilkår vil bidra positivt til at de fortsetter som fastlege. Det er faglig belegg for å hevde at økt per capita-betaling på lengre sikt vil føre til at flere blir fastlege, at tilbudet av listeplasser går opp, at gjennomsnittlig listelengde går ned, og at flere innbyggere får listeplass og mulighet til å velge lege. En fordel ved å øke basistilskuddet er at det retter seg spesifikt mot listeansvar og gir bedre vilkår for næringsdrivende fastleger, som utgjør om lag 85 prosent av landets fastleger. Det vil også øke inntektene til kommunene for fastlønnede leger. I tillegg til å bidra til økt rekruttering, vil det trolig også øke arbeidstilfredsheten blant eksisterende fastleger.

For å gi mer treffende økonomisk kompensasjon for eksisterende arbeidsbelastning, kan det være aktuelt med risikojustert basistilskudd, det vil si differensiering av basistilskuddet basert på kjennetegn ved listeinnbyggerne. Kombinasjonen av økt gjennomsnittlig basistilskudd sammen med risikojustering anses å være en egnet løsning for å treffe de fastlegene som har særlig høy arbeidsbelastning per pasient. Basistilskudd kan også risikojusteres på en måte som gir større basistilskudd i kommuner med rekrutteringsproblemer. Knekkpunkt gir redusert insentiv til lengre lister for de legene som ønsker det. Derimot vil en risikojustert per capita-sats sikre økonomisk trygghet og tilstrekkelig kompensasjon for eksisterende arbeidsbelastning, samtidig som leger som ønsker lange lister får muligheten til det.

Antall LIS1-stillinger og antall ALIS-avtaler har økt, og fastleger opplever at de pålegges økende ansvar for veiledning og supervisjon av leger i spesialistutdanning, uten at denne typen arbeid er tilstrekkelig kompensert. Det er nødvendig å se nærmere på behovet for ytterligere kompensasjon for denne typen arbeid. Økningen i antall ALIS-avtaler øker også behovet for antall veiledere.

Videre kan økt bruk av gruppepraksiser, som er utbredt i andre land og yrkesgrupper, bidra til økt faglig fellesskap og fordele administrasjonsbyrden på flere leger. Våre funn tyder imidlertid på at mange fastleger i dag ikke ser verdien av denne måten å jobbe på, noe som kan henge sammen med manglende kunnskap om mulige innretninger av gruppepraksiser.

For å sikre at innbyggerne har god tilgang til allmenlegetjenester av høy kvalitet, er det behov for snarlige tiltak for å sikre attraktivitet og stabilitet i ordningen ved å bedre arbeidsvilkårene for allmennleger.

## 12. Referanser

- Abelsen, B., Gaski, M. & Brandstorp, H., 2015. Varighet av fastlegeavtaler. *Tidsskriftet Den norske Legeforening*, pp. 2045-9.
- Abelsen, B., Gaski, M. & Godager, G., 2022. *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Sluttrapport for 2018-2021 (Statusrapport IV)*, s.l.: s.n.
- Abelsen, B. et al., 2019b. *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Statusrapport II*, s.l.: s.n.
- Abelsen, B. et al., 2022. *Evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger: Sluttrapport for 2018-2021 (Statusrapport IV)*, s.l.: s.n.
- Abelsen, B. & Olsen, J. A., 2015. Young doctors' preferences for payment systems: The influence of gender and personality traits. *Human Resources for Health*, 13(69), pp. 1-9.
- ALIS Sør, 2022. *Årsrapport 2021*, Kristiansand: ALIS Sør.
- ALIS Øst, 2022. *Årsrapport 2021*, Hamar: ALIS Øst.
- 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.
- Baltagi, B., Bratberg, E. & Holmås, T., 2005. A panel data study of physicians' labour supply: the case of Norway. *Health Economics*, 14(10), pp. 1035-1045.
- Braun, V. & Clarke, V., 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), pp. 77-101.
- Chetty, R., Guren, A., Manoli, D. & Weber, A., 2011. Are micro and macro labor supply elasticities consistent? A review of evidence on the intensive and extensive margins.. *American Economic Review*, 101(3), pp. 471-475.
- Difi, 2017. *Innbyggerundersøkelsen 2017 - Hva mener innbyggerne?*, Oslo: Difi.
- Direktoratet for e-helse, 2018. *EPJ-løftet. Evaluering av EPJ-løftet. Juni 2018 (versjon 1.01)*, Oslo: Direktoratet for e-helse.
- Direktoratet for e-helse, 2019. *Protokoll for EPJ-utvikling 2019-2020*, Oslo: Direktoratet for e-helse.
- Direktoratet for e-helse, 2020. *EPJ-protokoll 2020-2021*, Oslo: Direktoratet for e-helse.
- Direktoratet for e-helse, 2022. *www.ehelse.no - E-resept*. [Internett]  
Available at: <https://www.ehelse.no/strategi/e-helsemonitor/bedre-sammenheng-i-pasientforlop/e-resept>  
[Funnet 26 April 2022].
- Direktoratet for e-helse, 2022. *www.ehelse.no - Helsenorge*. [Internett]  
Available at: <https://www.ehelse.no/strategi/e-helsemonitor/bedre-sammenheng-i-pasientforlop/helsenorge#de-10-mest-brukte-tjenestene-pa-helsenorge>  
[Funnet 26 April 2022].
- Direktoratet for e-helse, 2022. *www.ehelse.no - Kjernejournal*. [Internett]  
Available at: <https://www.ehelse.no/strategi/e-helsemonitor/digitalisering-av-arbeidsprosesser/kjernejournal>  
[Funnet 26 April 2022].
- Dysvik, A. & Kuvaas, B., 2012. *Lønnsomhet gjennom menneskelige ressurser: evidensbasert HRM*. 2. red. s.l.:Fagbokforlaget.
- EY og Vista Analyse, 2019. *Evaluering av fastlegeordningen*, Oslo: s.n.



- FHI, 2019. *Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018/2019*, Oslo: s.n.
- Gaski, M., Fredriksen, M. K., Abelsen, B. & Nordberg, E. M. K., 2021. *Utdanningsstillinger i allmenmedisin: ALIS-Vest. Delrapport 3*, Tromsø: Nasjonalt senter for distriktsmedisin. UiT Norges arktiske universitet.
- Gaski, M., Fredriksen, M. K., Abelsen, B. & Nordberg, E. M. K., 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*, p. PMID: 22192424 DOI: 10.1016/j.jhealeco.2011.11.003.
- Godager, G. & Iversen, T., 2016. Brukernes erfaringer med fastlegeordningen. *HERO Skriftserie*.
- Godager, G., Iversen, T. & Lurås, H., 2005. Utviklingen i fastlegenes listelengder, driftsinntekter og takstbruk. *HERO Skriftserie*.
- Godager, G., Iversen, T. & Lurås, H., 2012. Framtidens betalingssystemer i allmenlegetjenesten. I: *Fremtidens Helse-Norge*. s.l.:Fagbokforlag, pp. 187-204.
- Godager, G., Iversen, T. & Snilsberg, Ø., 2020. Norge er trolig alene om å innføre omvendt overtid for fastleger. *Dagens Medisin*.
- Godager, G., Iversen, T. & Snilsberg, Ø., 2021. Betalingsmåter for teamarbeid i primærhelsetjenesten. I: *Mangfold og engasjement i ti år. Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo 2010-2020*. . s.l.:Norwegian Medical Society, pp. 100-109.
- Godager, G. & Lurås, H., 2005. I skyggen av Fastlegeordningen: Hvordan har det gått med det offentlige legearbeidet?. *HERO Skriftserie*, 2005(6).
- Godager, G. & Lurås, H., 2009. Dual job holding general practioniers: the effect of patient shortage. *Health Economics*, 18(10), pp. 1133-1145.
- Gosden, T., Forland, F. & Kristiansen, I. S., 2001. Impact of payment system on behaviour of primary care physicians: a systematic review. *Journal of Health Services Research & Policy*, pp. 44-55.
- Hansen, A. H., Halvorsen, P. A., Aaraas, I. J. & Førde, O. H., 2013. Continuity of GP care is related to reduced specialist healthcare use: a cross-sectional survey. *British Journal of General Practice*, pp. e482-e489.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2019. *Prop 1S 2019-2020*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet, 2021. *Prop 1S 2021-2022*, Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet, 2017. *Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*, Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2020. *Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan*, Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2020. *Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten: Rapport 2020*, s.l.: Desember.
- Helsedirektoratet, 2021. *Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan*, Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2021. *Oppfølging av Handlingsplan for allmenlegetjenesten 2020-2024 - Kvartalsrapport 3. kvartal 2021*, Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2021. *Oppfølging av Handlingsplan for allmenlegetjenesten 2020-2024 - Årsrapport 2020*, Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet, 2022. [Internett]  
Available at: Hentet fra: [Evalueringsplan for handlingsplan for allmenlegetjenesten 2020–2024](https://www.helsedirektoratet.no/tema/autorisasjon-og-</a></u></p>
</div>
<div data-bbox=)

[spesialistutdanning/spesialistutdanning-for-leger/lis1/soknad-og-frister](#)  
[Funnet Mars 2022].

Helsedirektoratet, 2022. [helsedirektoratet.no](#). [Internett]

Available at: [https://www.helsedirektoratet.no/NYHETER/50-MILLIONER-FOR-A-STYRKE-LEGEVAKTTJENESTEN-I-SMA-KOMMUNER?UTM\\_SOURCE=ABONNEMENT&UTM\\_MEDIUM=EPOST&UTM\\_CAMPAIGN=NYHET](https://www.helsedirektoratet.no/NYHETER/50-MILLIONER-FOR-A-STYRKE-LEGEVAKTTJENESTEN-I-SMA-KOMMUNER?UTM_SOURCE=ABONNEMENT&UTM_MEDIUM=EPOST&UTM_CAMPAIGN=NYHET)  
[Funnet 25 april 2022].

Helsedirektoratet, 2022. *Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. Kvartalsrapport 4. kvartal 2021*, Oslo: Helsedirektoratet.

Holte, et al., 2015c. General practitioners' altered preferences for private practice vs. salaried positions: a consequence of proposed policy regulations?. *BMC Health Services Research*, 25 Mars.

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.

Holte, J., Kjøer, T., Abelsen, B. & Olsen, J., 2015b. The impact of pecuniary and non-pecuniary incentives for attracting young doctors to rural general practice. *Social Science & Medicine*, Volum 128, pp. 1-9.

Holte, J., Sivey, P., Abelsen, B. & Olsen, J., 2015a. Modelling nonlinearities and reference-dependence in general practitioners' income preferences. *Health Economics*, Volum 25, pp. 1020-1038.

Iversen, T., 2016. Primary care: Effectiveness and costs. *World Scientific Handbook of Global Health Economics and Public Policies*, pp. 231-268.

Iversen, T. & Lurås, H., 2012. Capitation and incentives in primary care.. I: *The Elgar Companion to Health Economics*. s.l.:Edward Elgar Publishing.

Kahneman, D. & Tversky, A., 1979. Prospect Theory: an analysis of decision under risk. *Econometrica*, Volum 47, pp. 263-291.

Léger, P., 2008. Physician payment mechanisms. I: *Financing Health Care. New ideas for a changing society*. s.l.:s.n., pp. 149-176.

Nasjonal senter for distriktsmedisin, 2018. *Fastlegeordningen i Nord-Norge*. [Internett]

Available at: <https://www.nsdm.no/fastlegeordningen-i-nord-norge/>  
[Funnet 16 Februar 2021].

Nicholson, S., 2002. Physician specialty choice under uncertainty.. *Journal of Labor Economics*, 20(4), pp. 816-847.

Nicholson, S. & Propper, C., 2011. Medical workforce. I: *Handbook of Health Economics*. Vol 2 red. s.l.:Elsevier, pp. 873-925.

Offentlige legers landsforening, 1978. *Tanker om morgendagens primærlegetjeneste*, Oslo: s.n.

Rambøll Management Consulting, 2017. *Evaluering av utdanningstilbudet "Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten"*, Oslo: Rambøll Management Consulting.

Rambøll Management Consulting, 2021. *Evaluering av utdanningstilbudet "Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten"*, Oslo: Rambøll Management Consulting.

Rebnord, I., Eikeland, O., Hunskaar, S. & Morken, T., 2018. *Fastlegers tidsbruk*, Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin, Uni Research Helse.

Rizzo, J. & Blumenthal, D., 1996. Is the target income hypothesis an economic heresy?. *Medical Care Research and Review*, Volum 53, pp. 243-266.

Rizzo, J. & Zeckhauser, R., 2003. Reference incomes, loss aversion, and physician behavior. *Review of Economics and Statistics*, Volum 85, pp. 909-922.

- Sandvik, H., 2006. *Evaluering av fastlegereformen 2001-2005*, s.l.: Norges forskningsråd.
- Sandvik, H., Hetlevik, Ø., Blinkenberg, J. & Hunskaar, S., 2022. 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*, pp. 72 (715): e84-e90. DOI: <https://doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>.
- Scott, a., 2000. Economics of General Practice. I: *Handbook of Health Economics*. s.l.:Elsevier, pp. 1175-1200.
- Scott, A., H., H. J. & Witt, J., 2020. Preferences of physicians for public and private sector work. *Human Resources for Health*, 18(1), pp. 1-10.
- Senter for omsorgsforskning, 2021. *Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i heldøgns omsorgsboliger*, s.l.: Senter for omsorgsforskning.
- Sivey, P. et al., 2012. Junior doctors' preferences for specialty choice. *Journal of Health Economics*, 31(6), pp. 813-823.
- Sosial- og helsedepartementet, 1997. *Trygghet og ansvarlighet (Meld. St. nr. 23 (1996-97))*, s.l.: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedepartementet, 1999. *Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen) (Ot.prp. nr. 99 (1998-99))*, s.l.: Sosial- og helsedepartementet.
- SSB, 2011. Vekst i antall leger. *Samfunnspeilet*, Februar.
- SSB, 2020. *Fastlegers inntekter og kostnader i 2018 (2020/14)*, Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger, 2021. *Årsberetning 2020*, Oslo: Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger.
- Trønderopprøret, 2018. *Fastlegeordningen 2.0*, Trondheim: Trønderopprøret.
- Tversky, A. & Kahneman, D., 1991. Loss aversion in riskless choice: a reference-dependent model. *The Quarterly Journal of Economics*, Volum 106, pp. 1039-1061.
- WONCA, 2011. *The European Definition of General Practice/Family Medicine*, Barcelona: WONCA Europe.

## Vedlegg A: Beskrivelse 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. Kronetall 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 12-1 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 12-1) 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 12-1 beskriver situasjoner der en lege med fastlegekontrakt ikke har aktivitet i KUHR, for eksempel på grunn av permisjon.

**Tabell 12-1 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 Intervjuer

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 november 2021 til mars 2022. Intervjuene ble som hovedregel gjennomført digitalt på Teams med en varighet på én time, der to fra evalueringsteamet deltok. Enkelte intervjuer ble gjennomført over telefon med varighet på en halv time, med én eller to fra evalueringsteamet. I intervjuer med fastleger deltok en av de tilknyttede fagekspertene som selv er fastlege i flere av intervjuene.

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

For å sikre at intervjuobjektene dekker ulike typer kommuner med ulike kjennetegn har vi identifisert og valgt ut 12 casekommuner som grunnlag for rekruttering av informanter til intervjuer. Hensikten er å følge de samme kommunene og informantene over tid, samtidig som det er sikret en viss representativitet i intervjuobjekter langs viktige kriterier.

**Tabell 12-2: Nøkkelinformasjon om utvalgte casekommuner**

Kommune	Fylke	Befolkning 1.1.2021	Sentralitet*	Antall hjemler	Andel lister med ledig plass	Andel lister uten lege	Turnover av fastleger i 2020**
Oslo	Oslo	697 010	1	554	29 %	0 %	6 %
Tromsø	Troms og Finnmark	77 095	3	80	0 %	8 %	7 %
Namsos	Trøndelag	15 096	4	16	0 %	0 %	7 %
Bergen	Vestland	285 601	2	248	0 %	1 %	4 %
Meløy	Nordland	6 247	6	9	56 %	56 %	25 %
Ringerike	Viken	30 835	3	29	7 %	0 %	0 %
Vennesla	Agder	14 935	4	16	6 %	0 %	7 %
Sandefjord	Vestfold og Telemark	64 345	3	56	21 %	0 %	2 %
Elverum	Innlandet	21 292	3	20	15 %	0 %	0 %
Hjelmeland	Rogaland	2 580	6	2	100 %	0 %	50 %
Sande	Møre og Romsdal	2 445	6	3	33 %	33 %	33 %
Nesbyen	Viken	3 262	5	5	80 %	0 %	0 %

**Kilde: SSB og helsenorge.no. \* 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 2019 som ikke lenger var praktiserende fastlege i kommunen ved utgangen av 2020.**

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. 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), tre mellomstore kommuner (mellom 10 000 og 30 000 innbyggere) og fire 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 tre kommuner hadde ingen ledige listeplasser. I fem kommuner hadde mellom 10 og 80 prosent av listene ledig plass, og i to kommuner var det ledige plasser i 80 prosent eller mer av listene. I tillegg har vi sett på turnover blant fastlegene i hver kommune i 2020, altså andelen av de praktiserende fastlegene i kommunen ved utgangen av 2019 som ikke var praktiserende fastlege i kommunen ved utgangen av 2020.

Vi har også sikret variasjon i kommunesentralitet som målt i SSBs sentralitetsindeks. Alle seks sentralitetsnivåene er representert i utvalget av kommuner, hvorav halvparten av kommunene tilhørte en av de tre mest sentrale nivåene og 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 (2), Tromsø (2), Namsos, Bergen (2), Ringerike (2), Vennesla (2), Sandefjord, Elverum (2), Hjelmeland (2), Sande og Nesbyen. I tillegg har vi intervjuet en vikarierende lege, som også har vært fungerende kommuneoverlege i kommunen legen har vikariert i.

Fastlegene ble rekruttert fra de utvalgte casekommunene med hjelp fra Norsk Forening for Allmennmedisin (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 12-3: Utvalgte nøkkeltall blant fastlegene i utvalget**

Kjennetegn	Størrelse
Antall fastleger i utvalget	18*
Gjennomsnittlig antall pasienter på liste (min-maks)	1 010 (497-1 500)
Antall fastleger med gruppepraksis	17
Antall selvstendig næringsdrivende fastleger	17
Antall fastleger med 8.2-avtale/0-avtale	6**

**Kilde:** Intervjuer gjennomført av evalueringsteamet. **Data fra Helfo.** \*Vi har i tillegg intervjuet en vikarierende lege. \*\*Disse fordeler seg på 4 kommuner.

Syv av fastlegene i utvalget har over 1 000 pasienter på liste, og én fastlege har under 500 pasienter på liste. Det er én fastlege med fastlønn og solo praksis, mens resterende fastleger i utvalget er selvstendig næringsdrivende i en gruppepraksis.

Av 17 fastleger med selvstendig næringsdrift, har seks fastleger ulike varianter av en 8.2-avtale/nullavtale (fordelt på fire kommuner). Tre av fastlegene med 8.2-avtale/nullavtale har over 1 000 pasienter på liste.

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

### **Kommuneoverleger, etatsdirektører og kommunalsjefer eller tilsvarende**

Vi har gjennomført 12 intervjuer med informanter som er kommune-/bydelsoverleger (5), assisterende kommune-/bydelsoverleger (2), direktører for avdeling helse og omsorg/etat for helsetjenester (2) og kommunalsjefer helse og omsorg (3) i casekommunene. Informantene representerer Oslo (3), Tromsø (1), Bergen (2), Meløy (1), Ringerike (1), Vennesla (2), Elverum (1) og Hjelmeland (1). Personer med tilsvarende stillinger i øvrige kommuner i utvalget av casekommuner ble også invitert til å delta på intervju, men disse var enten ikke tilgjengelige i tidsrommet for intervjuer, takket nei eller responderte ikke på invitasjonen etter flere henvendelser.

På grunn av noe begrenset respons og tilgjengelighet blant denne gruppen informanter i casekommunene, har vi supplert med seks intervjuer med representanter fra ytterligere fem kommuner; Lindesnes (1), Grimstad (1), Lyngen (1), Kristiansund (2) og Molde (1). Disse informantene har stillinger som kommunalsjef for helse og omsorg (1), kommuneoverleger (3), enhetsleder for helsetjenester og legevakt (1) og avdelingsleder for legetjenester (1).

Til sammen er det gjennomført 18 intervjuer med representanter i denne gruppen.

### **Seksjons- og virksomhetsledere i kommunene**

Vi har gjennomført totalt ni intervjuer med andre ansatte i kommunene Tromsø (1), Namsos (1), Meløy (1), Vennesla (2), Sandefjord (1), Elverum (2) og Hjelmeland (1). Utvalget består av ledere for legetjenesten/allmennlegetjenester/lokalmedisinsk senter (4), ledere for hjemmesykepleie/sykehjem (4) og enhetsleder helse (1).

### **Utvalg av representanter i spesialisthelsetjenesten**

Vi har gjennomført totalt åtte intervjuer med representanter fra spesialisthelsetjenesten. Disse har stillinger som praksiskonsulenter, ledere for praksiskonsulentordningen (5), ledere for samhandlingsenhet/samhandlingsjefer (2) og overlege (1). Til sammen representerer disse informantene Oslo Universitetssykehus, Helse Nord-Trøndelag HF, Ringerike sykehus, Sørlandet sykehus, Sykehuset i Vestfold, Sykehuset i Innlandet Elverum og Stavanger Universitetssykehus.

### **Andre aktører**

I tillegg til har vi gjennomført intervjuer med utvalgte informanter fra andre aktører. Vi har intervjuet ALIS-kontorene Øst, Vest, Sør og Midt. Det deltok flere representanter fra kontorene på hvert intervju. Intervjuene med ALIS-kontorene involverte totalt 13 personer. Intervjuene med ALIS-kontorene ble gjennomført i februar/mars 2022. Vi har også gjennomført intervjuer med representanter fra KS, Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmenntjenestemedisin.

## **A.3 Spørreundersøkelser**

Vi har gjennomført to spørreundersøkelser i forbindelse med første evalueringsrapport, rettet mot to ulike målgrupper: (1) fastleger og fastlegevikarer, og (2) LIS1 og medisinstudenter. Datainnsamlingen er meldt til NSD Personvernombudet for forskning (NSD prosjektnummer 937829).

### A.3.1 Spørreundersøkelse blant fastleger og fastlegevikarer

Vi har gjennomført en spørreundersøkelse blant fastleger og fastlegevikarer som inngår i evalueringen. Temaer i undersøkelsen var finansiering, arbeidsforhold, kvalitetsforbedringsarbeid, faglig utvikling, teamarbeid 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 22,5 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

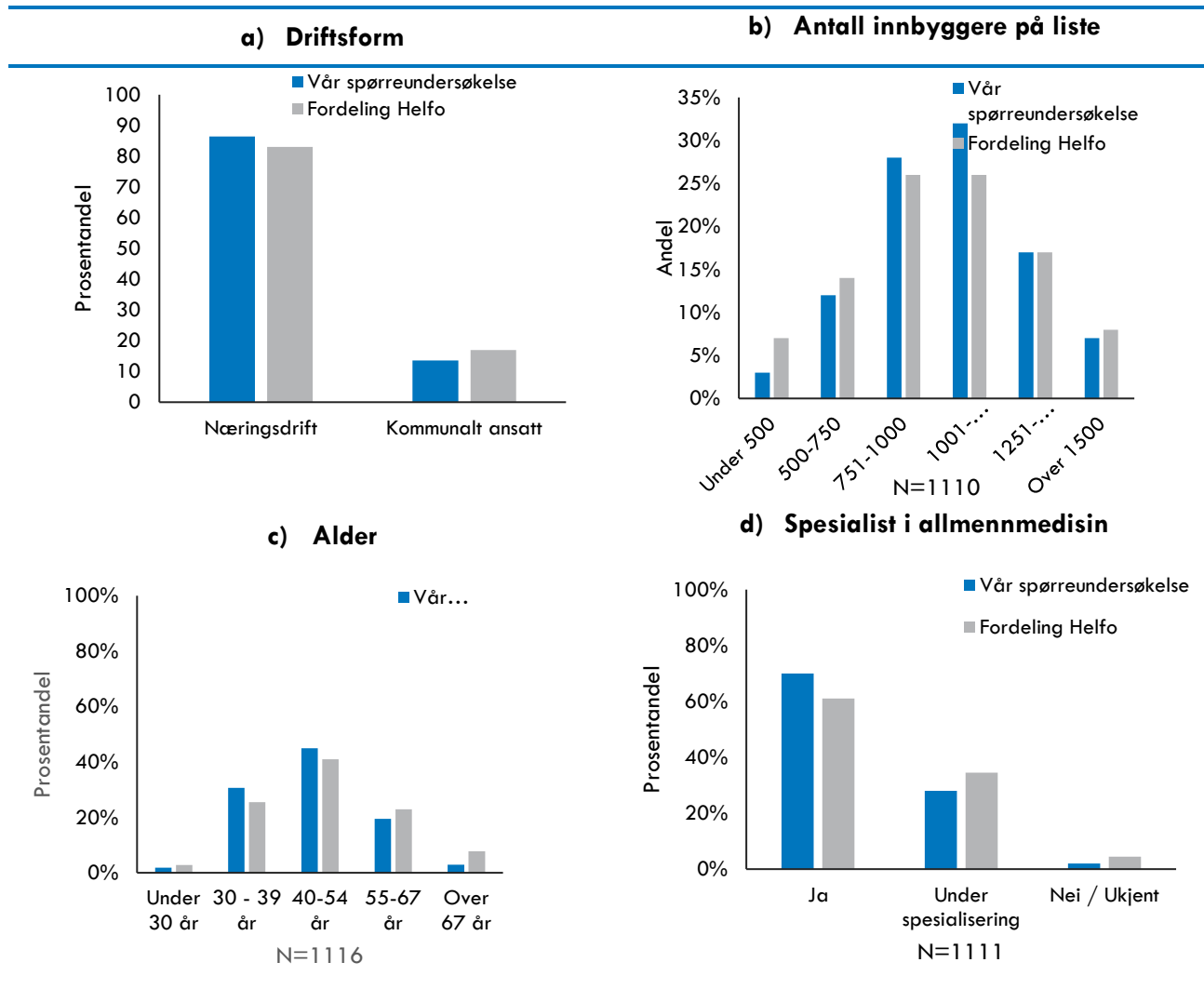
E-post med invitasjon til å delta i spørreundersøkelsen ble sendt til de legekantorene der vi hadde tilgang til e-postadresse. Dette var kun 650 av 1369 legekantorer i Norge. På grunn av dette sendte vi også ut invitasjonen til postmottak i kommuner med forespørsel om å distribuere invitasjonen videre. Undersøkelsen ble sendt ut 17. januar 2022 og avsluttet 7. februar 2022. I løpet av gjennomføringsperioden sendte vi ut påminnelser om undersøkelsen 31. januar, 3. februar, og en siste påminnelse 7. februar.

#### Studiepopulasjon

Totalt samtykket 1120 fastleger og fastlegevikarer til å delta i spørreundersøkelsen. 94 prosent av respondentene er fastleger og 6 prosent er fastlegevikarer. Fire respondenter oppgir å være LIS1, legevakslege og «annet», og er følgelig tatt ut av analysen. Kjønnfordelingen er 48 prosent kvinner og 51 prosent menn (1 prosent ønsker ikke å oppgi kjønn). Studiepopulasjonen i spørreundersøkelsen virker å være representativ for fastleger i Norge (Figur 12-1).



**Figur 12-1 Kjennetegn ved utvalget av fastleger i spørreundersøkelsen**



Kilde: Spørreundersøkelse til fastleger januar 2022, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo, Helfos system for administrering av fastlegeordningen (FLO).

### A.3.2 Spørreundersøkelse til LIS1 og medisinstudenter

Vi har gjennomført en spørreundersøkelse blant LIS1 og medisinstudenter. Temaer i undersøkelsen var preferanser for karrierevei rett etter fullført LIS1 og på lengre sikt (10-15 år), vurderinger av forhold knyttet til jobben som sykehuslege og fastlegejobben, samt vurderinger av fastlegejobbens attraktivitet og ønsket driftsform. Respondenter som er i eller har fullført kommunehelsedelen av LIS1 fikk også spørsmål knyttet til oppholdet ved fastlegekontoret.

For å kartlegge LIS1 og medisinstudentenes 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. Noen av de lukkede spørsmålene ble fulgt opp av et fritekstsvaret, der respondenten kunne utdype svarene sine. Fritekstsvarene ble lest og sammenfattet av evaluatør.

### Distribusjon

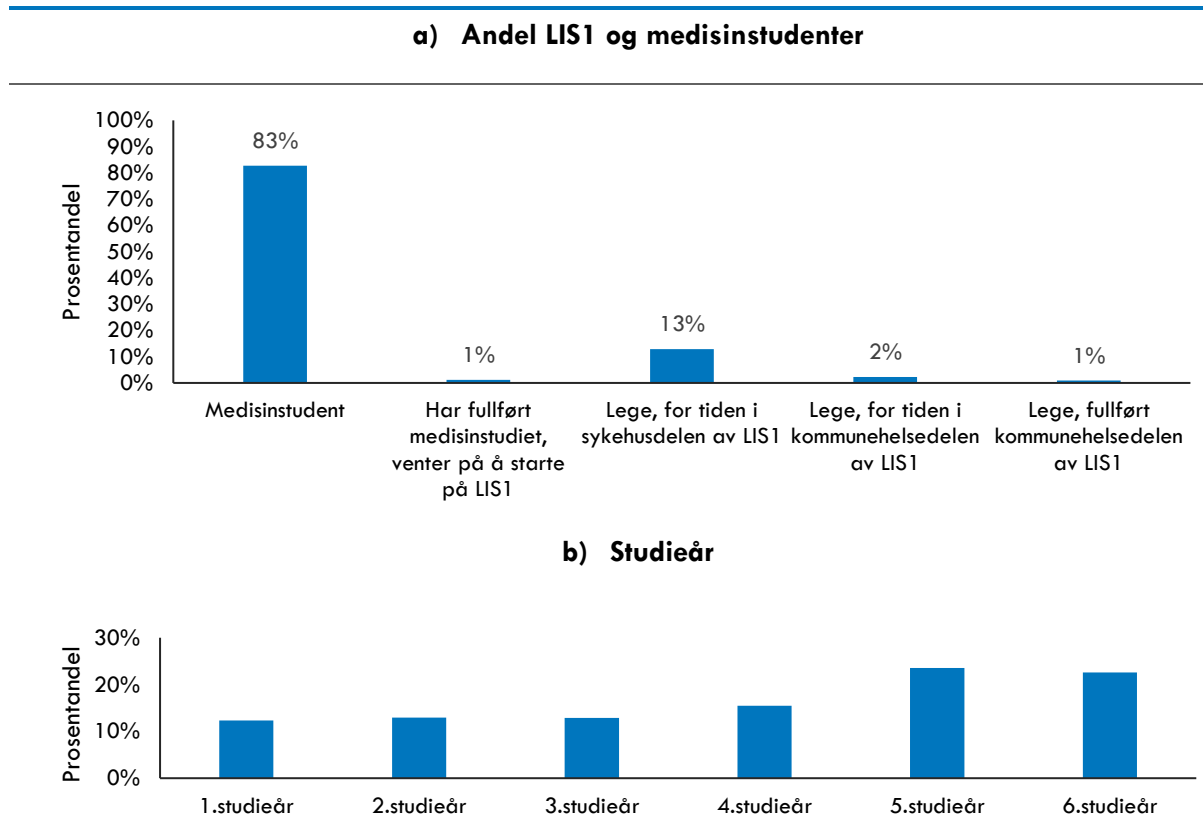
E-post med invitasjon til å delta i spørreundersøkelsen ble sendt via Norsk medisinstudentforening, Yngre legers forening og ANSA. 4 877 medlemmer mottok invitasjonen via Norsk medisinstudentforening, og blant disse svarte 909 personer (19 prosent). Via Yngre legers

forening mottok 971 leger invitasjonen, hvorav 175 svarte på spørreundersøkelsen (18 prosent). Vi har ikke fått oppgitt hvor mange som mottok spørreundersøkelsen fra ANSA. Undersøkelsen ble sendt ut 7. mars 2022 og avsluttet 29. mars 2022. I løpet av gjennomføringsperioden sendte vi ut to påminnelser om spørreundersøkelsen via de ovennevnte foreningene.

### Studiepopulasjon

Totalt samtykket 1 346 LIS1 og medisinstudenter til å delta i spørreundersøkelsen. 83 prosent av respondentene er medisinstudenter og 17 prosent er LIS1<sup>46</sup> (Figur 12-2). Fire respondenter oppgir å ha friår fra medisinstudiet for å jobbe ved sykehus eller som forsker, og er følgelig inkludert som medisinstudenter. Kjønsfordelingen er 72 prosent kvinner og 27 prosent menn (1 prosent ønsket ikke å oppgi kjønn).

**Figur 12-2 Kjennetegn ved utvalget LIS1 og medisinstudenter i spørreundersøkelsen**



Kilde: Spørreundersøkelse til LIS1 og medisinstudenter mars 2022, gjennomført av Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

## A.4 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:

- Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus
- Folkehelseinstituttet
- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM)
- Nasjonalt senter for e-helseforskning
- Allmennlegeforeningen

<sup>46</sup> 16 respondenter venter på å starte LIS1.

- 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 31. januar 2022 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.5 Dokumentstudier

Til arbeidet med rapporten har vi støttet oss på sentral litteratur på feltet. Et viktig dokumentgrunnlag er Helsedirektoratets kvartals- og årsrapporter som oppfølging av handlingsplanen, særlig årsrapporten for 2020 (Helsedirektoratet, 2021) og kvartalsrapport for fjerde kvartal 2021 (Helsedirektoratet, 2022). Videre er evalueringen av fastlegeordningen (EY og Vista Analyse, 2019), studie av fastlegenes tidsbruk (Rebnord, et al., 2018) og evaluering av pilotprosjekt med primærhelseteam (Abelsen, et al., 2022; Abelsen, et al., 2019b) sentrale kilder. Vi har også støttet oss på funn fra følgeevalueringer av ALIS-prosjekter (Gaski, et al., 2021; Holte, 2020; Holte, et al., 2021), for å vurdere samsvar med våre egne funn om ALIS-avtaler fra intervjuer. Fra noen av ALIS-kontorene har vi også mottatt årsrapporter for 2021, som vi har benyttet til å beskrive aktivitet og status ved kontorene utover informasjon fra intervjuer med representanter fra kontorene. Vi har også gjort forenklete litteratursøk på utvalgte temaer, for eksempel knyttet til betaling av leger.

## Vedlegg B: Resultater fra spørreundersøkelse til fastleger

**Spørsmål 1: Hva er mest beskrivende for din arbeidssituasjon? Prosentvis fordeling.**

	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Jeg er fastlege	87%	89%	86%	78%	77%
Jeg er fastlege, for tiden ute i permisjon	7%	6%	8%	6%	14%
Jeg er fastlegevikar	6%	5%	4%	16%	9%
Jeg er fastlegevikar, for tiden ute i permisjon	0%	0%	1%	0%	0%
<b>N</b>	<b>1113</b>	<b>828</b>	<b>134</b>	<b>82</b>	<b>69</b>

**Spørsmål 2: Hvilken type driftsform har du? Prosentvis fordeling.**

	Alle
Næringsdrift – legen holder både lokaler, utstyr og hjelpepersonell selv	74%
Næringsdrift – med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og / eller personell (omfatter 8.2-avtaler)	12%
Kommunalt ansatt med fast lønn	7%
Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus (tillegg av en viss andel av egenandeler og / eller Helfo-refusjon)	6%
<b>N</b>	<b>1118</b>

**Spørsmål 3: Kan du utdype innholdet i avtalen? Åpent spørsmål. [Spørsmålet gis kun til de som har svart «Næringsdrift med kommunal leieavtale (spørsmål 2)»]**

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

**Spørsmål 4: Kan du utdype innholdet i bonusavtalen? Åpent spørsmål. [Spørsmålet gis kun til de som har svart «Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus (spørsmål 2)»]**

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

**Spørsmål 5: Hvilken type driftsform ville du foretrukket dersom du kunne velge fritt?** Prosentvis fordeling.

	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Næringsdrift – legen holder både lokaler, utstyr og hjelpepersonell selv	44%	57%	7%	2%	9%
Næringsdrift – med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og / eller personell (omfatter 8.2-avtaler)	30%	29%	65%	7%	4%
Kommunal ansatt med fast lønn	5%	2%	1%	49%	1%
Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus (tillegg av en viss andel av egenandeler og / eller Helfo-refusjon)	21%	12%	27%	41%	86%
<i>N</i>	<i>1111</i>	<i>825</i>	<i>135</i>	<i>82</i>	<i>69</i>

**Spørsmål 6: Er du spesialist i allmenntjenestemedisin?** Prosentvis fordeling.

	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ja, etter gammel ordning	67%	73%	59%	39%	46%
Ja, etter ny ordning	3%	3%	2%	5%	4%
Er for tiden under spesialistutdanning i allmenntjenestemedisin etter gammel ordning	13%	11%	21%	10%	17%
Er for tiden under spesialistutdanning i allmenntjenestemedisin etter ny ordning	15%	10%	16%	44%	32%
Nei	2%	2%	2%	2%	0%
<i>N</i>	<i>1116</i>	<i>828</i>	<i>135</i>	<i>82</i>	<i>71</i>

**Spørsmål 7: Mottar du noen form for særskilt støtte for å gjennomføre spesialistutdanningen?**  
 Andel som oppgir. [Spørsmålet gis kun til de som har svart at de er under spesialisering etter ny eller gammel ordning (spørsmål 6)]

	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Nei	54%	67%	59%	27%	14%
Kompensasjon for kort liste	4%	4%	2%	2%	6%
Kompensasjon for fravær fra praksis knyttet til deltagelse på kurs	27%	26%	32%	23%	34%
Veiledning utover minimumskrav	5%	3%	4%	9%	14%
Dekning av kursutgifter (utover det som dekker av legeforeningens utdanningsfond II)	39%	26%	29%	64%	86%
Annet [Fritekst]	Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern				
N	311	183	49	44	35

**Spørsmål 8: Hvor viktig var driftsform da du begynte i din nåværende stilling?**

	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Viktig; ville ikke begynt i stillingen dersom det var en annen driftsform	47%	40%	54%	76%	83%
Verken viktig eller uviktig; ville kanskje begynt i stillingen selv med en annen driftsform	33%	37%	34%	10%	10%
Ikke viktig; ville begynt i stilling uansett driftsform	14%	16%	7%	7%	6%
Vet ikke	6%	7%	5%	7%	1%
N	1112	825	134	82	71

**Spørsmål 9: Ønsker du å bytte driftsform når du blir spesialist i allmenntjenesten?** [Spørsmålet gis kun til de som har svart at de er under spesialisering etter ny eller gammel ordning (spørsmål 6)]

	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ja	16%	13%	8%	16%	26%
Nei	56%	61%	55%	48%	40%
Vet ikke	28%	25%	29%	36%	34%
N	309	181	49	44	35

**Spørsmål 10: 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 6), at nåværende driftsform er næringsdrift (spørsmål 2) og at de hadde valgt kommunalt ansatt med fast lønn (spørsmål 5)]

	Alle
Jeg vil kun fortsette som fastlege om jeg blir tilbudt en ansettelse	16%
Foretrekker ansettelse, men jeg vil fortsette som fastlege på næringsdrift om jeg ikke får tilbud	67%
Jeg kommer antagelig ikke til å fortsette som fastlege, uavhengig av driftsform	17%
<i>N</i>	58

**Spørsmål 11: 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	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	21%	26%	12%	2%	4%
2: Litt uenig	23%	27%	21%	5%	6%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	10%	11%	7%	2%	6%
4: Litt enig	20%	19%	29%	18%	10%
5: Helt enig	26%	16%	31%	72%	75%
Vet ikke	0%	0%	0%	0%	0%
<i>N</i>	1116	829	134	82	71

b) Jeg er tilfreds med min inntekt, sett opp mot arbeidsmengde

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	34%	39%	28%	12%	13%
2: Litt uenig	27%	30%	21%	20%	15%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	8%	8%	8%	9%	15%
4: Litt enig	18%	16%	22%	28%	17%
5: Helt enig	13%	8%	20%	32%	39%
Vet ikke	0%	0%	0%	0%	0%
<i>N</i>	1116	828	135	82	71

c) De økonomiske rammebetingelsene for å starte opp som fastlege i min kommune i dag er gode

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	41%	50%	13%	17%	11%
2: Litt uenig	24%	28%	21%	7%	13%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	10%	9%	16%	13%	13%
4: Litt enig	12%	7%	26%	28%	18%
5: Helt enig	10%	3%	22%	28%	44%
Vet ikke	3%	3%	1%	6%	1%
<i>N</i>	1116	963	135	82	71



**Spørsmål 12: Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn om dagens innretning av takstsystemet? Dagens innretning av takstsystemet (normaltariffen) understøtter...Prosentvis fordeling.**

a) At jeg yter pasientbehandling av god kvalitet

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	9%	9%	7%	11%	15%
2: Litt uenig	21%	21%	18%	21%	20%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	19%	19%	16%	17%	27%
4: Litt enig	28%	27%	30%	32%	23%
5: Helt enig	23%	23%	29%	17%	14%
Vet ikke	1%	0%	1%	2%	1%
<i>N</i>	1118	830	135	82	71

b) At pasienter med omfattende behov følges opp på en god måte. (Med omfattende behov menes tilfeller hvor tilstanden ikke kan forklares utfra en avgrenset diagnose, men hvor flere symptomer og faktorer er vevd sammen)

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	18%	18%	18%	13%	24%
2: Litt uenig	31%	32%	22%	30%	28%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	15%	16%	10%	17%	17%
4: Litt enig	20%	19%	24%	22%	17%
5: Helt enig	15%	14%	24%	13%	13%
Vet ikke	1%	0%	2%	4%	1%
<i>N</i>	1118	830	135	82	71

- c) At annet helsefaglig personell på fastlegekontoret kan avlaste og bidrar med sin kompetanse der det er faglig riktig og hensiktsmessig

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	35%	39%	22%	33%	24%
2: Litt uenig	26%	27%	23%	21%	31%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	14%	13%	17%	18%	15%
4: Litt enig	17%	15%	24%	17%	21%
5: Helt enig	7%	6%	13%	10%	7%
Vet ikke	1%	1%	1%	1%	1%
<i>N</i>	1118	830	135	82	71

- d) God faglig praksis basert på tilgjengelig forskning og kunnskap

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	9%	9%	5%	11%	17%
2: Litt uenig	19%	18%	24%	27%	23%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	26%	28%	21%	18%	31%
4: Litt enig	22%	22%	26%	27%	13%
5: Helt enig	21%	22%	23%	15%	14%
Vet ikke	2%	1%	1%	2%	3%
<i>N</i>	1118	830	135	82	71

- e) Velfungerende samarbeid med øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	11%	10%	10%	15%	17%
2: Litt uenig	23%	24%	16%	24%	30%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	17%	18%	10%	12%	11%
4: Litt enig	33%	33%	38%	27%	28%
5: Helt enig	16%	14%	25%	22%	11%
Vet ikke	1%	1%	0%	0%	3%
<b>N</b>	<b>1116</b>	<b>828</b>	<b>135</b>	<b>82</b>	<b>71</b>

f) Velfungerende samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	14%	12%	17%	20%	23%
2: Litt uenig	27%	26%	28%	26%	37%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	15%	16%	10%	11%	8%
4: Litt enig	30%	31%	29%	29%	23%
5: Helt enig	13%	13%	16%	15%	8%
Vet ikke	0%	0%	1%	0%	1%
<b>N</b>	<b>1116</b>	<b>829</b>	<b>134</b>	<b>82</b>	<b>71</b>

g) Effektiv utnyttelse av digitale plattformer / verktøy i pasientoppfølging

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	14%	14%	12%	17%	17%
2: Litt uenig	23%	22%	27%	30%	31%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	21%	20%	19%	21%	31%
4: Litt enig	27%	28%	30%	18%	18%
5: Helt enig	13%	16%	10%	7%	1%
Vet ikke	2%	1%	2%	6%	1%
<i>N</i>	1117	829	135	82	71

Spørsmål 13: Hvor mange innbyggere har du på din fastlegeliste?

	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Under 500	3%	0%	1%	15%	21%
500-750	12%	4%	24%	49%	44%
751-1000	28%	24%	53%	24%	34%
1001-1250	32%	39%	16%	11%	1%
1251-1500	17%	22%	4%	1%	0%
Over 1500	7%	10%	1%	0%	0%
<i>N</i>	1115	827	135	82	71

Spørsmål 14: Kunne du tenke deg å endre listetaket ditt?

	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ja, jeg kunne tenke meg å øke listetaket	3%	2%	3%	10%	4%
Ja, jeg kunne tenke meg å redusere listetaket	67%	74%	59%	38%	34%
Nei	26%	21%	32%	50%	49%
Ikke relevant	4%	3%	6%	2%	13%
<i>N</i>	1117	829	135	82	71

**Spørsmål 15: I hvilken grad har endret basisfinansiering påvirket ditt ønskede listetak?**  
*Prosentvis fordeling*

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ikke i det hele tatt	48%	40%	62%	76%	82%
I liten grad	21%	24%	16%	9%	6%
I noen grad	22%	26%	16%	5%	6%
I stor grad	6%	8%	2%	0%	1%
Vet ikke	3%	2%	3%	11%	6%
<i>N</i>	1118	830	135	82	71

**Spørsmål 16: Har din faktiske listelengde blitt redusert etter at det ble innført endret basisfinansiering?** *Prosentvis fordeling*

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ja	26%	32%	16%	6%	9%
Nei	74%	68%	84%	94%	91%
<i>N</i>	1111	825	135	82	69

**Spørsmål 17: 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.** [Spørsmålet ble gitt til de som har svart nei på faktisk reduksjon i listelengde (spørsmål 16) og ja til ønske om å redusere listetak (spørsmål 14)]

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Kommunen har ikke akseptert redusert listelengde	13%	10%	20%	27%	30%
Det har ikke vært andre fastleger som kan ta over pasientene	54%	47%	82%	73%	80%
Det økonomiske tapet blir for stort	56%	67%	26%	3%	10%
Annet [fritekst]	<i>Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern</i>				
N	502	386	66	30	20

**Spørsmål 18: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander?**

a) Jeg opplever at min økonomiske risiko ved sykefravær har blitt redusert siden 2020

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	54%	59%	44%	32%	37%
2: Litt uenig	10%	11%	10%	1%	4%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	18%	14%	26%	30%	34%
4: Litt enig	6%	5%	10%	4%	3%
5: Helt enig	4%	4%	2%	6%	7%
Vet ikke	9%	7%	8%	27%	14%
<i>N</i>	1117	830	135	82	70

b) SOP er et viktig virkemiddel for å sikre rekruttering og stabilitet i allmennlegetjenesten

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	18%	19%	17%	12%	13%
2: Litt uenig	11%	11%	14%	7%	3%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	14%	12%	18%	12%	27%
4: Litt enig	17%	19%	13%	13%	11%
5: Helt enig	33%	35%	31%	24%	20%
Vet ikke	8%	5%	7%	30%	26%
<i>N</i>	1117	830	135	82	70



**Spørsmål 19: Anslagsvis hvor mange timer jobber du i gjennomsnitt per uke som fastlege med følgende oppgaver? Tabellen angir gjennomsnitt (standardavvik).**

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Samlet legearbeid*, snitt per uke					
0-19 timer	0,92%	1,22%	0%	0%	0%
20-29	1,00%	0,86%	2,31%	0%	1,49%
30-39	4,49%	4,16%	3,07%	10,26%	4,48%
40-49	24,18%	22,89%	25,39%	34,61%	25,37%
50-59	39,28%	42,11%	33,08%	29,49%	28,36%
60-69	19,78%	20,31%	20,77%	16,67%	14,93%
70-79	5,77%	5,51%	6,92%	3,84%	8,95%
≥80	4,58%	2,94%	8,46%	5,13%	16,42%
Samlet legearbeid*, median	54	54	54,25	50	56
Samlet arbeid på legekantor, median (andel som har oppgitt at de har oppgaven)	45 (100%)	48 (100%)	44 (100%)	38 (100%)	40 (100%)
Legevakt – hjemnevakt, median (andel som har oppgitt at de har oppgaven)	6 (14,4%)	4 (9,5%)	5 (23,1%)	16 (25,6%)	17 (43,3%)
Legevakt – tilstedevakt, median (andel som har oppgitt at de har oppgaven)	6 (50%)	5 (45,2%)	7 (69,2%)	8 (59%)	7 (61,2%)
Legevakt – bakvakt, median (andel som har oppgitt at de har oppgaven)	5 (20,3%)	4 (10,9%)	7 (57,7%)	8 (32,1%)	7 (49,3%)
Andre allmenmedisinske oppgaver / kommunale administrative oppgaver, median (andel som har oppgitt at de har oppgaven)	7 (53,5%)	6 (36,9%)	8 (73,1%)	10 (56,4%)	7,5 (62,7%)
N	1092	817	130	78	67

Respondenter som oppgir at de totalt jobber 0 timer i gjennomsnitt per uke (N=16), eller jobber over 112 timer i gjennomsnitt per uke (N=10), er tatt ut av utvalget. \*Samlet arbeidsbelastning er ikke medregnet timer oppgitt på «legevakt – bakvakt».

**Spørsmål 20: Hvordan opplever du din nåværende arbeidsbelastning?**

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Jeg har for stor arbeidsbelastning	80%	84%	79%	53%	62%
Jeg er tilfreds med arbeidsbelastning	20%	16%	21%	47%	38%
Jeg har for liten arbeidsbelastning	0%	0%	0%	0%	0%
<i>N</i>	1115	828	135	81	71

**Spørsmål 21: Hvordan opplever du at arbeidsbelastningen innen følgende områder har utviklet seg de siste 12 månedene?**

a) Pasientkonsultasjoner

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Betydelig redusert	0%	0%	0%	0%	0%
Noe redusert	8%	8%	9%	5%	4%
Ingen endring	23%	22%	25%	28%	31%
Noe økt	35%	34%	37%	45%	37%
Betydelig økt	31%	34%	27%	16%	21%
Ikke relevant	1%	1%	1%	2%	3%
Vet ikke	1%	0%	1%	4%	4%
<i>N</i>	1118	830	135	82	71

b) Legevakt

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Betydelig redusert	2%	2%	2%	1%	1%
Noe redusert	5%	4%	10%	9%	3%
Ingen endring	32%	32%	35%	27%	36%
Noe økt	16%	15%	14%	26%	24%
Betydelig økt	12%	11%	15%	16%	20%
Ikke relevant	27%	30%	23%	16%	10%
Vet ikke	6%	7%	2%	5%	6%
<i>N</i>	1095	811	133	81	70

c) Sykmeldinger

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Betydelig redusert	0%	0%	0%	0%	0%
Noe redusert	1%	1%	1%	2%	0%
Ingen endring	19%	16%	26%	32%	21%
Noe økt	39%	39%	39%	39%	36%
Betydelig økt	38%	41%	31%	21%	36%
Ikke relevant	1%	1%	1%	2%	3%
Vet ikke	1%	1%	1%	4%	4%
<i>N</i>	1116	829	135	82	70

d) Utstedelse av attester og erklæringer

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Betydelig redusert	1%	1%	1%	0%	0%
Noe redusert	8%	9%	7%	4%	6%
Ingen endring	22%	21%	23%	30%	23%
Noe økt	35%	33%	44%	41%	31%
Betydelig økt	31%	34%	23%	18%	35%
Ikke relevant	1%	1%	1%	2%	1%
Vet ikke	2%	1%	1%	4%	4%
<i>N</i>	<i>1117</i>	<i>829</i>	<i>135</i>	<i>82</i>	<i>71</i>

e) Samhandling med andre kommunale helsetjenester

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Betydelig redusert	0%	0%	0%	0%	0%
Noe redusert	2%	2%	1%	2%	3%
Ingen endring	27%	26%	23%	38%	32%
Noe økt	35%	34%	42%	34%	28%
Betydelig økt	34%	36%	33%	22%	29%
Ikke relevant	1%	1%	1%	2%	1%
Vet ikke	1%	1%	0%	1%	6%
<i>N</i>	<i>1118</i>	<i>830</i>	<i>135</i>	<i>82</i>	<i>71</i>

f) Samhandling med spesialisthelsetjenesten

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Betydelig redusert	1%	1%	1%	1%	1%
Noe redusert	2%	2%	2%	4%	3%
Ingen endring	40%	39%	38%	46%	46%
Noe økt	35%	36%	37%	34%	24%
Betydelig økt	20%	20%	20%	11%	18%
Ikke relevant	1%	0%	1%	2%	1%
Vet ikke	1%	1%	1%	1%	6%
<i>N</i>	<i>1117</i>	<i>829</i>	<i>135</i>	<i>82</i>	<i>71</i>

g) Pasientrelatert administrativt arbeid

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Betydelig redusert	0%	0%	0%	0%	0%
Noe redusert	0%	0%	1%	0%	0%
Ingen endring	10%	9%	9%	17%	11%
Noe økt	30%	27%	33%	40%	39%
Betydelig økt	59%	62%	56%	38%	45%
Ikke relevant	1%	0%	1%	4%	1%
Vet ikke	1%	1%	0%	1%	3%
<i>N</i>	<i>1118</i>	<i>830</i>	<i>135</i>	<i>82</i>	<i>71</i>

h) Administrasjon av egen praksis

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Betydelig redusert	1%	0%	2%	0%	1%
Noe redusert	1%	1%	1%	1%	4%
Ingen endring	33%	30%	53%	30%	36%
Noe økt	36%	41%	24%	26%	20%
Betydelig økt	22%	26%	10%	9%	9%
Ikke relevant	5%	1%	8%	26%	26%
Vet ikke	2%	1%	1%	9%	4%
<i>N</i>	1115	828	135	82	70

i) Samlet arbeidsbelastning

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Betydelig redusert	0%	0%	1%	0%	0%
Noe redusert	1%	0%	2%	0%	0%
Ingen endring	8%	6%	10%	17%	11%
Noe økt	39%	37%	44%	51%	39%
Betydelig økt	51%	55%	42%	27%	44%
Ikke relevant	1%	1%	1%	2%	3%
Vet ikke	1%	0%	0%	2%	3%
<i>N</i>	1118	830	135	82	71

**Spørsmål 22: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstander?**

a) Jeg har tid til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring innenfor vanlig arbeidstid

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	80%	82%	78%	61%	79%
2: Litt uenig	14%	12%	13%	30%	14%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	3%	2%	4%	2%	4%
4: Litt enig	3%	2%	4%	5%	1%
5: Helt enig	1%	1%	1%	1%	1%
Vet ikke	0%	0%	0%	0%	0%
<i>N</i>	1112	925	134	82	71

b) De siste 12 månedene har jeg fått mer tid til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	85%	88%	85%	65%	79%
2: Litt uenig	8%	7%	9%	18%	11%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	3%	3%	4%	9%	7%
4: Litt enig	2%	2%	2%	2%	0%
5: Helt enig	0%	0%	0%	1%	0%
Vet ikke	1%	0%	0%	5%	3%
<i>N</i>	1112	825	134	82	71

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

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	75%	78%	72%	55%	70%
2: Litt uenig	18%	16%	22%	34%	21%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	3%	3%	2%	5%	4%
4: Litt enig	3%	4%	2%	6%	1%
5: Helt enig	1%	0%	1%	0%	3%
Vet ikke	0%	0%	0%	0%	0%
<i>N</i>	1112	825	134	82	71

d) De siste 12 månedene har jeg fått mer tid til å holde meg faglig oppdatert innenfor vanlig arbeidstid

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	85%	87%	85%	67%	85%
2: Litt uenig	9%	8%	8%	15%	6%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	4%	3%	3%	10%	6%
4: Litt enig	2%	1%	3%	4%	0%
5: Helt enig	0%	0%	1%	1%	0%
Vet ikke	1%	0%	0%	4%	4%
<i>N</i>	1111	824	134	82	71



**Spørsmål 23: Har du i løpet av de siste 12 månedene deltatt på kurs eller annen etterutdanning der kvalitetsforbedring var et av temaene?**

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ja	30%	30%	28%	34%	35%
Nei	68%	69%	72%	63%	62%
Vet ikke	1%	1%	0%	2%	3%
N	1112	959	153	82	71

**Spørsmål 24: Hvor mange arbeider ved ditt legekantor med egen fastlegeavtale (deg selv inkludert)?**

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Gjennomsnitt (standardavvik)	5,0 (2,7)	4,9 (2,5)	5,8 (3,5)	4,9 (3,1)	5,5 (2,8)
N	1051	773	130	79	69

**Spørsmål 25: Kan du tenke deg å jobbe i team med følgende yrkesgrupper på legekantoret?**

a) Psykolog

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ja	67%	66%	59%	78%	73%
Nei	20%	21%	25%	10%	8%
Vet ikke	11%	11%	14%	13%	14%
Ikke relevant	2%	2%	2%	0%	4%
N	1105	822	132	80	71

b) Sykepleier

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ja	50%	41%	66%	85%	82%
Nei	35%	42%	22%	7%	10%
Vet ikke	13%	15%	12%	7%	7%
Ikke relevant	1%	2%	0%	0%	1%
<i>N</i>	<i>1104</i>	<i>818</i>	<i>134</i>	<i>81</i>	<i>71</i>

c) Farmasøyt

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ja	23%	18%	24%	54%	44%
Nei	54%	60%	52%	23%	27%
Vet ikke	19%	19%	23%	18%	20%
Ikke relevant	4%	4%	1%	5%	10%
<i>N</i>	<i>1094</i>	<i>812</i>	<i>132</i>	<i>79</i>	<i>71</i>

d) Andre yrkesgrupper

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ja	44%	42%	35%	65%	53%
Nei	25%	28%	31%	6%	11%
Vet ikke	27%	26%	31%	28%	30%
Ikke relevant	4%	4%	2%	0%	6%
<i>N</i>	<i>1092</i>	<i>810</i>	<i>131</i>	<i>82</i>	<i>70</i>

**Spørsmål 26: Hvilke andre yrkesgrupper kunne du tenke deg å jobbe med i team på legekantoret?** Åpent spørsmål. [Spørsmålet ble gitt til de som svarte at de kunne tenke seg å jobbe med andre yrkesgrupper (spørsmål 26)]

**Spørsmål 27: I hvilken grad tror du at modellen med primærhelseteam egner seg for ditt legekontor?**

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ikke i det hele tatt	38%	43%	31%	10%	20%
I liten grad	25%	27%	21%	23%	14%
I noen grad	21%	17%	31%	34%	35%
I stor grad	10%	7%	10%	26%	18%
Ikke relevant	1%	0%	0%	1%	6%
Vet ikke	5%	4%	7%	6%	7%
<i>N</i>	1118	830	135	82	71

**Spørsmål 28: I andre halvdel av 2019 ble det innført en samhandlingstakst mellom fastlege og lege i spesialisthelsetjenesten (takst 1j). I hvilken grad har samhandlingstaksten ført til at du samhandler mer eller mindre med leger i spesialisthelsetjenesten?**

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Samhandler betydelig mer enn før	6%	6%	7%	11%	3%
Samhandler litt mer enn før	26%	28%	29%	15%	15%
Samhandler like mye som før	63%	62%	58%	67%	73%
Samhandler litt mindre enn før	1%	1%	0%	0%	1%
Samhandler betydelig mindre enn før	0%	0%	1%	0%	0%
Vet ikke	3%	2%	5%	7%	7%
<i>N</i>	1117	829	135	82	71

**Spørsmål 29: Vurder følgende utsagn om samarbeid med andre deler av helse- og omsorgstjenesten:**

a) Overordnet fungerer samhandlingen med spesialisthelsetjenesten godt

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	8%	8%	7%	6%	11%
2: Litt uenig	27%	25%	26%	29%	41%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	16%	16%	19%	13%	15%
4: Litt enig	35%	36%	37%	32%	21%
5: Helt enig	14%	14%	10%	17%	8%
Vet ikke	1%	0%	0%	2%	3%
<i>N</i>	1117	829	135	82	71

b) Overordnet fungerer samhandlingen med andre kommunale helse- og omsorgstjenester godt

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	4%	5%	2%	2%	7%
2: Litt uenig	20%	20%	17%	17%	21%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	17%	19%	9%	9%	21%
4: Litt enig	43%	42%	52%	49%	30%
5: Helt enig	15%	13%	20%	21%	20%
Vet ikke	0%	0%	0%	2%	1%
<i>N</i>	1116	828	135	82	71

**Spørsmål 30: I hvilken grad har din kommune utfordringer knyttet til allmennlegetjenesten når det gjelder:**

a) Bemanning

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ikke i det hele tatt	3%	3%	4%	3%	4%
I liten grad	11%	12%	10%	9%	11%
I noen grad	32%	32%	31%	33%	39%
I stor grad	51%	51%	54%	54%	44%
Vet ikke	2%	3%	1%	1%	1%
<i>N</i>	1106	823	134	79	70

b) Tilgjengelighet og kvalitet på tilbudet til befolkningen

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ikke i det hele tatt	3%	3%	4%	5%	7%
I liten grad	15%	15%	20%	10%	20%
I noen grad	43%	43%	44%	48%	41%
I stor grad	33%	34%	30%	33%	31%
Vet ikke	4%	5%	2%	5%	1%
<i>N</i>	1114	828	135	80	71

**Spørsmål 31: Hvilken kjennskap har du til regjeringens handlingsplan for allmennlegetjenesten? Prosentvis fordeling**

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Kjenner ikke til den	6%	6%	7%	12%	3%
Har hørt om den, men kjenner ikke innholdet	26%	24%	32%	34%	30%
Kjenner delvis til innholdet	48%	50%	47%	35%	46%
Kjenner godt innholdet	20%	21%	13%	18%	21%
<i>N</i>	1116	828	135	82	71

**Spørsmål 32: Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn. Handlingsplanen vil bidra til...**  
*Prosentvis fordeling. [Spørsmålet ble gitt til de som svarte at de kjente delvis eller godt til innholdet i handlingsplanen (spørsmål 31)]*

a) At allmennlegetyrket betraktes som en trygg og attraktiv karrierevei

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	43%	45%	34%	33%	46%
2: Litt uenig	30%	29%	39%	33%	27%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	12%	11%	13%	14%	15%
4: Litt enig	9%	8%	10%	14%	8%
5: Helt enig	2%	2%	1%	5%	2%
Vet ikke	3%	4%	2%	2%	2%
<i>N</i>	756	583	82	43	48

b) Å gi allmennlegetjenester av høy kvalitet til alle innbyggere

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	32%	32%	32%	33%	40%
2: Litt uenig	30%	31%	34%	21%	31%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	17%	18%	13%	19%	13%
4: Litt enig	12%	11%	12%	19%	13%
5: Helt enig	4%	4%	6%	7%	4%
Vet ikke	4%	5%	2%	2%	0%
<i>N</i>	755	582	82	43	48

c) Å skape en teambasert allmennlegetjeneste

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
1: Helt uenig	32%	35%	28%	19%	21%
2: Litt uenig	17%	16%	24%	21%	19%
3: Verken enig eller uenig (nøytral)	26%	25%	24%	35%	29%
4: Litt enig	12%	12%	11%	14%	17%
5: Helt enig	3%	3%	4%	5%	4%
Vet ikke	9%	9%	9%	7%	10%
<i>N</i>	755	582	82	43	48

**Spørsmål 33: Hvor sannsynlig er det at du er fastlege om 5 år? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Svært usannsynlig	21%	22%	19%	17%	10%
Litt usannsynlig	17%	18%	19%	9%	23%
Litt sannsynlig	28%	28%	30%	28%	25%
Svært sannsynlig	22%	20%	20%	34%	31%
Vet ikke	9%	9%	8%	11%	10%
Ikke relevant (f.eks. skal snart gå av med pensjon)	3%	3%	4%	1%	1%
<i>N</i>	<i>1115</i>	<i>827</i>	<i>135</i>	<i>82</i>	<i>71</i>

**Spørsmål 34: I hvilken grad vil følgende faktorer knyttet til økonomiske rammebetingelser bidra positivt til om du fortsetter som fastlege?**

a) Økt basistilskudd (næringsdrift)

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ikke i det hele tatt	4%	1%	13%	19%	16%
I liten grad	4%	3%	11%	4%	3%
I noen grad	15%	14%	21%	13%	14%
I stor grad	70%	81%	46%	34%	33%
Ikke relevant	6%	1%	7%	29%	30%
Vet ikke	1%	1%	2%	3%	4%
<i>N</i>	<i>1106</i>	<i>825</i>	<i>131</i>	<i>80</i>	<i>70</i>



b) Mulighet for fastlønn

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ikke i det hele tatt	32%	38%	24%	5%	6%
I liten grad	22%	25%	27%	2%	3%
I noen grad	17%	17%	23%	10%	13%
I stor grad	19%	12%	18%	64%	55%
Ikke relevant	8%	6%	5%	19%	23%
Vet ikke	2%	3%	3%	0%	1%
<i>N</i>	1104	819	133	81	71

c) Tilskudd til utgifter i forbindelse med etterutdanning i allmenntjenestemedisin (resertifisering)

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ikke i det hele tatt	4%	3%	7%	4%	3%
I liten grad	7%	7%	8%	4%	1%
I noen grad	27%	28%	29%	14%	18%
I stor grad	58%	58%	53%	68%	61%
Ikke relevant	4%	3%	1%	11%	15%
Vet ikke	0%	0%	1%	0%	1%
<i>N</i>	1109	823	134	81	71

d) Styrkede sosiale ordninger og rettigheter ved f.eks. fravær

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ikke i det hele tatt	1%	1%	3%	5%	3%
I liten grad	2%	1%	4%	1%	0%
I noen grad	14%	15%	17%	10%	13%
I stor grad	79%	82%	75%	63%	64%
Ikke relevant	3%	1%	0%	19%	21%
Vet ikke	0%	0%	1%	2%	0%
<i>N</i>	1110	824	134	81	71

**Spørsmål 35: I hvilken grad vil følgende faktorer knyttet til arbeidsbelastning bidra positivt til om du fortsetter som fastlege?**

a) Redusert listelengde

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ikke i det hele tatt	4%	4%	7%	2%	6%
I liten grad	9%	8%	16%	6%	11%
I noen grad	30%	31%	24%	35%	34%
I stor grad	51%	53%	50%	47%	37%
Ikke relevant	4%	4%	2%	9%	11%
Vet ikke	1%	1%	1%	1%	1%
<i>N</i>	1109	823	134	81	71

b) Redusert arbeidsbelastning

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ikke i det hele tatt	2%	1%	2%	4%	0%
I liten grad	3%	3%	4%	6%	4%
I noen grad	17%	16%	19%	22%	21%
I stor grad	76%	79%	75%	64%	69%
Ikke relevant	1%	1%	1%	0%	4%
Vet ikke	1%	0%	0%	4%	1%
<i>N</i>	1107	821	134	81	71

c) Mer tid til faglig oppdatering

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ikke i det hele tatt	1%	1%	1%	0%	0%
I liten grad	3%	4%	1%	0%	3%
I noen grad	28%	29%	28%	21%	23%
I stor grad	67%	65%	69%	78%	72%
Ikke relevant	1%	1%	0%	0%	1%
Vet ikke	0%	0%	0%	1%	1%
<i>N</i>	1109	823	134	81	71

d) Avlastning av oppgaver jeg har i dag

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ikke i det hele tatt	8%	9%	7%	5%	6%
I liten grad	20%	22%	14%	14%	15%
I noen grad	33%	33%	37%	27%	37%
I stor grad	35%	32%	40%	51%	38%
Ikke relevant	3%	3%	1%	4%	4%
Vet ikke	1%	1%	0%	0%	0%
<i>N</i>	1109	823	134	81	71

e) Redusert legevaktbelastning

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ikke i det hele tatt	5%	5%	9%	5%	7%
I liten grad	12%	11%	14%	15%	10%
I noen grad	18%	16%	21%	19%	27%
I stor grad	39%	38%	37%	52%	49%
Ikke relevant	24%	28%	18%	7%	6%
Vet ikke	2%	2%	1%	2%	1%
<i>N</i>	1105	819	134	81	71

**Spørsmål 36: I hvilken grad vil følgende muligheter for ny organisering bidra positivt til om du fortsetter som fastlege?**

a) Mulighet for å jobbe i større tverrfaglige team

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ikke i det hele tatt	41%	43%	43%	23%	24%
I liten grad	25%	26%	20%	22%	31%
I noen grad	20%	18%	22%	33%	27%
I stor grad	7%	6%	7%	16%	9%
Ikke relevant	3%	3%	1%	1%	6%
Vet ikke	4%	4%	6%	4%	3%
<i>N</i>	<i>1109</i>	<i>824</i>	<i>134</i>	<i>81</i>	<i>70</i>

b) Ansettelse og/eller deleierskap i et foretak (gruppeavtale med 3-15 fastleger)

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ikke i det hele tatt	31%	28%	42%	33%	36%
I liten grad	14%	15%	15%	9%	9%
I noen grad	16%	18%	8%	12%	13%
I stor grad	7%	8%	4%	6%	3%
Ikke relevant	19%	19%	19%	15%	26%
Vet ikke	13%	12%	13%	25%	14%
<i>N</i>	<i>1109</i>	<i>824</i>	<i>134</i>	<i>81</i>	<i>70</i>

c) Ansettelse og/eller deleierskap i et større foretak (gruppeavtale med mer enn 15 fastleger)

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Ikke i det hele tatt	51%	52%	60%	38%	48%
I liten grad	14%	15%	12%	12%	10%
I noen grad	6%	6%	2%	9%	4%
I stor grad	3%	3%	0%	4%	1%
Ikke relevant	14%	13%	16%	15%	25%
Vet ikke	12%	11%	10%	22%	12%
N	1104	821	133	81	69

**Spørsmål 37: Er det andre forhold som påvirker om du fortsetter som fastlege? Åpent svar.**

*Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.*

**Spørsmål 38: Hvor mange vikarer arbeider ved ditt legekantor?**

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Gjennomsnitt (standardavvik)	1 (1,5)	0,97 (1,5)	1,4 (1,5)	1,4 (1,6)	1,4 (1,4)
Median	1	1	1	1	1
Min	0	0	0	0	0
Max	23	23	10	8	5
N	1015	762	118	70	65

**Spørsmål 39: Hvilke andre typer helsepersonell arbeider fast ved ditt legekantor? (Kryss av for alle relevante) Prosentvis fordeling**

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Helsesekretær	98%	98%	96%	95%	96%
Sykepleier	32%	17%	78%	68%	79%
Bioingeniør	9%	4%	18%	20%	30%
Andre [fritekst]	<i>Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern</i>				
N	1115	827	135	82	71

**Spørsmål 40: Hvor gammel er du? Prosentvis fordeling**

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Under 30 år	2%	1%	3%	9%	4%
30-39 år	31%	27%	38%	46%	47%
40-54 år	45%	47%	41%	31%	38%
55-67 år	20%	22%	15%	14%	10%
Over 67 år	3%	3%	4%	1%	1%
Ønsker ikke å oppgi	0%	0%	0%	0%	0%
<i>N</i>	<i>1116</i>	<i>829</i>	<i>135</i>	<i>81</i>	<i>71</i>

**Spørsmål 41: Hva er ditt kjønn? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Kvinne	48%	46%	49%	62%	58%
Mann	51%	53%	51%	38%	42%
Annet	0%	0%	0%	0%	0%
Ønsker ikke å oppgi	1%	1%	1%	0%	0%
<i>N</i>	<i>1113</i>	<i>827</i>	<i>134</i>	<i>81</i>	<i>71</i>

**Spørsmål 42: Hvor lenge har du vært fastlege / fastlegevikar? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Mindre enn ett år	3%	2%	4%	14%	6%
1-2 år	6%	4%	8%	16%	15%
3-5 år	14%	13%	16%	26%	18%
6-10 år	20%	20%	20%	17%	21%
Mer enn 10 år	56%	61%	53%	26%	39%
Ønsker ikke å oppgi	0%	0%	0%	1%	0%
Ikke relevant	0%	0%	0%	0%	0%
<i>N</i>	<i>1117</i>	<i>830</i>	<i>135</i>	<i>81</i>	<i>71</i>

**Spørsmål 43: I hvilket fylke jobber du som fastlege? Prosentvis fordeling.**

Kategori	Alle	Næringsdrivende uten 8.2-avtale	Næringsdrivende med 8.2-avtale	Kommunalt ansatt med fast lønn	Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus
Troms og Finnmark	7%	3%	16%	6%	45%
Nordland	4%	2%	3%	12%	23%
Trøndelag	14%	14%	16%	13%	4%
Møre og Romsdal	4%	2%	19%	2%	0%
Vestland	9%	7%	18%	23%	3%
Rogaland	8%	9%	2%	6%	8%
Agder	7%	7%	6%	13%	7%
Vestfold og Telemark	8%	9%	4%	6%	1%
Viken	20%	26%	3%	7%	3%
Oslo	10%	13%	0%	2%	3%
Innlandet	7%	7%	13%	6%	6%
Ønsker ikke å oppgi	1%	1%	0%	1%	0%
<i>N</i>	<i>1114</i>	<i>826</i>	<i>135</i>	<i>82</i>	<i>71</i>



**Spørsmål 44: Hvor mange innbyggere har kommunen hvor du jobber? Prosentvis fordeling.**

<b>Kategori</b>	<b>Alle</b>	<b>Næringsdrivende uten 8.2-avtale</b>	<b>Næringsdrivende med 8.2-avtale</b>	<b>Kommunalt ansatt med fast lønn</b>	<b>Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus</b>
Under 5 000 innbyggere	9%	1%	25%	31%	45%
Mellom 5 000 og 10 000 innbyggere	10%	5%	33%	20%	13%
Mellom 10 000 og 50 000 innbyggere	37%	38%	38%	36%	32%
Mellom 50 000 og 100 000 innbyggere	15%	19%	3%	8%	6%
Over 100 000 innbyggere	28%	37%	0%	5%	4%
Ønsker ikke å oppgi	1%	1%	01%	0%	0%
<b>N</b>	<b>1115</b>	<b>829</b>	<b>135</b>	<b>80</b>	<b>71</b>

## Vedlegg C: Resultater fra spørreundersøkelse til LIS1 og medisinstudenter

**Spørsmål 1: Hva er mest beskrivende for din nåværende studie-/arbeidssituasjon? Prosentvis fordeling.**

	<b>Alle</b>
Medisinstudent	83%
Har fullført medisinstudiet, venter på å starte på LIS1	1%
Lege, for tiden i sykehusdelen av LIS1	13%
Lege, for tiden i kommunehelsedelen av LIS1	2%
Lege, fullført kommunehelsedelen av LIS1	1%
N	1 346

**Spørsmål 2: Hvilket studieår av medisინutdanningen er du på nå? Prosentvis fordeling.**  
[Spørsmålet gis kun til de som har svart «Medisinstudent» (spørsmål 1)]

	<b>Alle</b>
1.studieår	12%
2.studieår	13%
3.studieår	13%
4.studieår	15%
5.studieår	24%
6.studieår	23%
Annet	0%
N	1 112

**Spørsmål 3: Hvor mange leger arbeider det på fastlegekontoret der du gjennomfører/gjennomførte LIS1? Prosentvis fordeling.** [Spørsmålet gis kun til de som har svart «Lege, for tiden i kommunehelsedelen av LIS1» eller «Lege, fullført kommunehelsedelen av LIS1» (spørsmål 1)]

	<b>Alle</b>
1	5%
2	14%
3-5	51%
6-10	30%
11-15	0%
16-20	0%
Vet ikke	0%
N	43

**Spørsmål 4: Hvor mange supervisører har du hatt under LIS1-oppholdet ditt på fastlegekontor?** Prosentvis fordeling. [Spørsmålet gis kun til de som har svart «Lege, for tiden i kommunehelsedelen av LIS1» eller «Lege, fullført kommunehelsedelen av LIS1» (spørsmål 1)]

	<b>Alle</b>
Ingen	7%
1	37%
2	35%
3 eller flere	19%
Vet ikke	2%
N	43

**Spørsmål 5: Er / var veilederen din også supervisor?** Prosentvis fordeling. [Spørsmålet gis kun til de som har svart «Lege, for tiden i kommunehelsedelen av LIS1» eller «Lege, fullført kommunehelsedelen av LIS1» (spørsmål 1)]

	<b>Alle</b>
Ja	81%
Nei	12%
Vet ikke	7%
N	43

**Spørsmål 6: Hvor mange innbyggere har kommunen hvor du gjennomfører / har gjennomført kommunehelsedelen av LIS1?** Prosentvis fordeling. [Spørsmålet gis kun til de som har svart «Lege, for tiden i kommunehelsedelen av LIS1» eller «Lege, fullført kommunehelsedelen av LIS1» (spørsmål 1)]

	<b>Alle</b>
Under 5 000 innbyggere	21%
Mellom 5 000 og 10 000 innbyggere	28%
Mellom 10 000 og 50 000 innbyggere	30%
Mellom 50 000 og 100 000 innbyggere	7%
Over 100 000 innbyggere	12%
Ønsker ikke å oppgi	2%
N	43

**Spørsmål 7: Hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn om tiden som LIS1 ved et fastlegekontor?** Prosentvis fordeling. [Spørsmålet gis kun til de som har svart «Lege, for tiden i kommunehelsedelen av LIS1» eller «Lege, fullført kommunehelsedelen av LIS1» (spørsmål 1)]

a) Jeg har fått god oppfølging og veiledning fra veilederen

	<b>Alle</b>
Helt uenig	5%
Litt uenig	14%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	5%
Litt enig	16%
Helt enig	58%
Vet ikke	2%
N	43

b) Jeg har fått god oppfølging og veiledning fra supervisøren(e)

	<b>Alle</b>
Helt uenig	2%
Litt uenig	14%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	7%
Litt enig	16%
Helt enig	51%
Vet ikke	9%
N	43

c) Jeg har inntrykk av at det er godt faglig miljø på legekantoret

	<b>Alle</b>
Helt uenig	0%
Litt uenig	5%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	7%
Litt enig	19%
Helt enig	70%
Vet ikke	0%
N	43

d) Jeg har inntrykk av at det er godt sosialt miljø på kontoret

	<b>Alle</b>
Helt uenig	2%
Litt uenig	5%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	5%
Litt enig	7%
Helt enig	81%
Vet ikke	0%
N	43

e) Samlet sett er jeg fornøyd med oppholdet som LIS1 på fastlegekontor

	<b>Alle</b>
Helt uenig	5%
Litt uenig	12%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	0%
Litt enig	12%
Helt enig	70%
Vet ikke	2%
N	43

- f) Oppholdet ved fastlegekontoret som LIS1 har gjort det mer sannsynlig at jeg velger å bli fastlege i fremtiden

	<b>Alle</b>
Helt uenig	26%
Litt uenig	5%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	12%
Litt enig	26%
Helt enig	30%
Vet ikke	2%
N	43

**Spørsmål 8: Er det noe som har fungert særlig godt under LIS1-oppholdet ved fastlegekontor som du ønsker å kommentere? Åpent spørsmål.**

*Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.*

**Spørsmål 9: Er det noe som har fungert mindre godt/dårlig under LIS1-oppholdet ved fastlegekontor som du ønsker å kommentere? Åpent svar.**

*Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.*

**Spørsmål 10: Hvilken jobb ønsker du deg rett etter fullført LIS1? Du kan krysse av på flere alternativer. Flervalgs spørsmål. Andel som oppgir.**

	<b>Alle</b>	<b>Medisinstudent, 1-5. studieår</b>	<b>Medisinstudent, 6.studieår</b>	<b>Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)</b>
Fastlege	29%	31%	31%	20%
Fastlegevikar	16%	13%	19%	24%
Kommunal lege uten fastlegeoppgaver	8%	8%	9%	12%
Sykehuslege ved lokalsykehus/sentralsykehus	68%	70%	66%	61%
Sykehuslege ved universitetssykehus	65%	73%	55%	45%
Jobb uten pasientkontakt (f.eks. patologi, mikrobiologi, farmakologi eller radiologi)	9%	9%	8%	11%
Jobb på universitet eller liknende med undervisning/forskning	18%	20%	16%	12%
Lege ved et helprivat medisinsk senter/legesenter/klinikk	27%	32%	20%	14%
Annet		<i>Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern</i>		
Vet ikke	4%	3%	5%	5%
N	1 346	862	251	233

**Spørsmål 11: Hvor viktig er følgende forhold for hvilken jobb du ønsker deg rett etter fullført LIS1? Prosentvis fordeling.**

a) Lønn

	<b>Alle</b>	<b>Medisinstudent, 1-5. studieår</b>	<b>Medisinstudent, 6.studieår</b>	<b>Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)</b>
Ikke viktig	6%	6%	6%	5%
Litt viktig	29%	32%	25%	27%
Ganske viktig	43%	42%	45%	47%
Veldig viktig	22%	21%	24%	21%
Vet ikke	0%	0%	0%	0%
N	1 343	860	250	233

b) Økonomisk forutsigbarhet i etableringsfase

	<b>Alle</b>	<b>Medisinstudent, 1-5. studieår</b>	<b>Medisinstudent, 6.studieår</b>	<b>Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)</b>
Ikke viktig	2%	2%	3%	1%
Litt viktig	12%	13%	11%	10%
Ganske viktig	36%	38%	31%	37%
Veldig viktig	49%	47%	54%	51%
Vet ikke	1%	1%	1%	0%
N	1 344	860	251	233

c) Arbeidsmengde

	<b>Alle</b>	<b>Medisinstudent, 1-5. studieår</b>	<b>Medisinstudent, 6.studieår</b>	<b>Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)</b>
Ikke viktig	2%	3%	2%	0%
Litt viktig	16%	17%	12%	15%
Ganske viktig	40%	41%	43%	33%
Veldig viktig	42%	39%	44%	52%
Vet ikke	0%	0%	0%	0%
N	1 341	859	249	233

d) At arbeidstiden hovedsakelig er på dagtid på hverdager

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Ikke viktig	16%	16%	18%	14%
Litt viktig	35%	38%	27%	36%
Ganske viktig	28%	28%	29%	27%
Veldig viktig	19%	16%	24%	21%
Vet ikke	2%	2%	2%	1%
N	1 345	861	251	233

e) Muligheter til faglig utvikling

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Ikke viktig	0%	0%	0%	0%
Litt viktig	7%	6%	6%	8%
Ganske viktig	26%	25%	30%	23%
Veldig viktig	66%	67%	63%	69%
Vet ikke	1%	2%	1%	0%
N	1 345	862	251	232

f) Muligheter til å jobbe i team med andre leger

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Ikke viktig	2%	2%	1%	1%
Litt viktig	11%	12%	10%	11%
Ganske viktig	34%	34%	34%	35%
Veldig viktig	51%	50%	53%	52%
Vet ikke	2%	1%	1%	1%
N	1 342	859	250	233

g) Muligheter til å jobbe i tverrfaglige team med andre helseprofesjoner (som psykolog, sykepleier, fysioterapeut, farmasøyt og lignende)

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Ikke viktig	10%	10%	12%	11%
Litt viktig	33%	30%	38%	37%
Ganske viktig	36%	36%	36%	35%
Veldig viktig	18%	21%	14%	14%
Vet ikke	2%	3%	1%	3%
N	1 344	861	251	232

h) Faglig miljø

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Ikke viktig	1%	1%	0%	0%
Litt viktig	6%	6%	5%	5%
Ganske viktig	31%	30%	35%	32%
Veldig viktig	61%	62%	58%	62%
Vet ikke	1%	1%	1%	1%
N	1 342	860	250	232

i) Mulighet for veiledning og støtte fra kollegær

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Ikke viktig	0%	0%	0%	0%
Litt viktig	2%	2%	1%	2%
Ganske viktig	18%	19%	15%	16%
Veldig viktig	79%	77%	84%	82%
Vet ikke	1%	2%	1%	0%
N	1 346	862	251	233

j) Sosiale ordninger og rettigheter (pensjon, sykepenger o.l.)

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Ikke viktig	1%	1%	2%	2%
Litt viktig	11%	10%	9%	15%
Ganske viktig	29%	29%	28%	30%
Veldig viktig	57%	57%	59%	53%
Vet ikke	2%	2%	1%	0%
N	1 344	860	251	233

k) Lokalisering i den delen av landet man ønsker å bo

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Ikke viktig	3%	3%	2%	2%
Litt viktig	13%	14%	12%	12%
Ganske viktig	30%	32%	24%	27%
Veldig viktig	53%	49%	61%	58%
Vet ikke	1%	2%	1%	1%
N	1 346	862	251	233



l) At arbeidet leder til / gir nyttig erfaring til den spesialiseringen man ønsker på sikt

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Ikke viktig	1%	1%	0%	0%
Litt viktig	9%	7%	10%	13%
Ganske viktig	33%	32%	35%	34%
Veldig viktig	55%	57%	53%	51%
Vet ikke	2%	3%	2%	2%
N	1 345	861	251	233

**Spørsmål 12: Er det andre forhold enn de nevnt over som er viktige for hvilken jobb du ønsker deg rett etter fullført LIS1? Åpent svar.**

*Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.*

**Spørsmål 13: Hvilken jobb ønsker du at du har om 10-15 år? Du kan krysse av på flere alternativer. Flervalgs spørsmål. Andel som oppgir.**

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Fastlege	36%	34%	43%	36%
Fastlegevikar	1%	2%	1%	1%
Kommunal lege uten fastlegeoppgaver	7%	6%	7%	10%
Sykehuslege ved lokalsykehus/sentralsykehus	60%	64%	55%	51%
Sykehuslege ved universitetssykehus	66%	73%	55%	51%
Jobb på universitet eller liknende med undervisning/forskning	28%	29%	27%	25%
Jobb uten pasientkontakt (f.eks. patologi, mikrobiologi, farmakologi eller radiologi)	10%	9%	11%	13%
Jobb som privatpraktiserende spesialist	36%	39%	32%	29%
Lege ved et helprivat medisinsk senter/legesenter/klinikk	33%	36%	29%	24%
Vet ikke	9%	8%	8%	12%
Annet		<i>Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern</i>		
N	1 346	862	251	233

**Spørsmål 14: Basert på ditt inntrykk av fastlegejobben, hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn? Prosentvis fordeling.**

a) Lønnsforholdene er gode

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	7%	8%	6%	4%
Litt uenig	20%	22%	18%	12%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	20%	20%	20%	22%
Litt enig	33%	31%	35%	40%
Helt enig	16%	14%	19%	20%
Vet ikke	4%	5%	2%	2%
N	1 345	862	251	232

b) Det er passe stor arbeidsbelastning

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	54%	55%	61%	44%
Litt uenig	30%	29%	26%	37%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	7%	6%	6%	8%
Litt enig	4%	3%	3%	6%
Helt enig	4%	3%	4%	4%
Vet ikke	2%	2%	1%	1%
N	1 345	862	251	232

c) Det er godt samsvar mellom lønn og arbeidsbelastning

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	31%	33%	33%	25%
Litt uenig	36%	36%	36%	33%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	15%	14%	16%	19%
Litt enig	10%	8%	9%	15%
Helt enig	4%	3%	4%	4%
Vet ikke	5%	5%	2%	4%
N	1 343	860	251	232

d) Det er mulig å ha en god balanse mellom jobb og fritid / familieliv

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	23%	23%	29%	20%
Litt uenig	37%	38%	38%	36%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	14%	14%	12%	17%
Litt enig	16%	15%	17%	17%
Helt enig	6%	6%	3%	6%
Vet ikke	3%	4%	1%	3%
N	1 344	861	251	232

e) Det er mange spennende arbeidsoppgaver

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	4%	4%	4%	5%
Litt uenig	12%	12%	12%	12%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	12%	13%	7%	13%
Litt enig	37%	39%	34%	29%
Helt enig	33%	29%	43%	39%
Vet ikke	1%	2%	0%	2%
N	1 344	861	251	232

f) Det er mye administrativt arbeid

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	1%	0%	0%	1%
Litt uenig	1%	1%	0%	1%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	4%	5%	1%	2%
Litt enig	22%	23%	18%	20%
Helt enig	70%	67%	78%	73%
Vet ikke	3%	3%	2%	3%
N	1 344	861	251	232

g) Yrket har høy status blant andre leger

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	17%	17%	16%	17%
Litt uenig	39%	38%	36%	44%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	32%	31%	38%	30%
Litt enig	6%	6%	6%	5%
Helt enig	1%	1%	1%	1%
Vet ikke	6%	7%	3%	3%
N	1 344	861	251	232

h) Yrket har høy status i samfunnet

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	5%	4%	6%	6%
Litt uenig	19%	19%	18%	19%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	22%	20%	25%	25%
Litt enig	40%	42%	36%	36%
Helt enig	13%	14%	12%	12%
Vet ikke	2%	2%	2%	2%
N	1 343	860	251	232

i) Det er gode sosiale ordninger og rettigheter

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	17%	13%	24%	23%
Litt uenig	23%	22%	25%	25%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	28%	28%	30%	22%
Litt enig	8%	9%	5%	6%
Helt enig	3%	2%	1%	5%
Vet ikke	21%	24%	15%	18%
N	1 342	860	250	232

j) Det er godt sosialt arbeidsmiljø

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	5%	4%	8%	4%
Litt uenig	20%	18%	23%	26%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	29%	29%	31%	26%
Litt enig	23%	24%	24%	22%
Helt enig	8%	7%	8%	10%
Vet ikke	15%	18%	6%	11%
N	1 343	860	251	232

k) Det er gode muligheter til faglig utvikling

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	5%	4%	7%	7%
Litt uenig	22%	23%	20%	22%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	26%	26%	30%	20%
Litt enig	27%	27%	25%	31%
Helt enig	8%	7%	10%	11%
Vet ikke	12%	13%	9%	9%
N	1 344	861	251	232

l) Det er mulig for meg å få jobb et sted jeg ønsker å bo

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	2%	2%	1%	0%
Litt uenig	4%	5%	4%	4%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	8%	8%	10%	5%
Litt enig	30%	32%	27%	29%
Helt enig	50%	47%	53%	58%
Vet ikke	6%	7%	5%	4%
N	1 344	861	251	232

m) Yrket er en trygg og attraktiv karrierevei

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	16%	15%	17%	16%
Litt uenig	27%	26%	31%	29%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	21%	21%	20%	23%
Litt enig	22%	23%	21%	18%
Helt enig	10%	11%	9%	9%
Vet ikke	3%	4%	1%	4%
N	1 343	861	251	231

**Spørsmål 15: Basert på ditt inntrykk av jobben som sykehuslege, hvor enig eller uenig er du i følgende utsagn? Prosentvis fordeling.**

a) Lønnsforholdene er gode

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	13%	9%	16%	24%
Litt uenig	26%	19%	40%	36%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	18%	20%	14%	13%
Litt enig	31%	36%	2%	23%
Helt enig	8%	10%	4%	3%
Vet ikke	5%	7%	2%	0%
N	1 343	860	250	233

b) Det er passe stor arbeidsbelastning

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	13%	10%	10%	25%
Litt uenig	40%	37%	51%	39%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	18%	20%	14%	14%
Litt enig	22%	23%	20%	18%
Helt enig	4%	4%	3%	3%
Vet ikke	4%	5%	2%	0%
N	1 342	859	250	233

c) Det er godt samsvar mellom lønn og arbeidsbelastning

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	19%	15%	21%	32%
Litt uenig	31%	27%	40%	39%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	16%	19%	11%	12%
Litt enig	22%	25%	23%	12%
Helt enig	4%	5%	3%	3%
Vet ikke	7%	9%	2%	2%
N	1 341	860	248	233

d) Det er mulig å ha en god balanse mellom jobb og fritid / familieliv

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	11%	9%	11%	20%
Litt uenig	37%	38%	39%	32%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	18%	19%	14%	18%
Litt enig	26%	25%	30%	26%
Helt enig	3%	4%	2%	2%
Vet ikke	5%	6%	3%	2%
N	1 340	858	249	233

e) Det er mange spennende arbeidsoppgaver

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	0%	0%	0%	0%
Litt uenig	1%	0%	1%	3%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	3%	2%	3%	3%
Litt enig	27%	26%	28%	26%
Helt enig	68%	69%	65%	67%
Vet ikke	2%	2%	2%	1%
N	1 340	859	249	232

f) Det er mye administrativt arbeid

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	2%	2%	2%	3%
Litt uenig	12%	11%	15%	11%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	22%	25%	20%	15%
Litt enig	42%	39%	45%	52%
Helt enig	14%	12%	16%	19%
Vet ikke	8%	11%	2%	0%
N	1 341	859	249	233

g) Yrket har høy status blant andre leger

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	0%	0%	0%	1%
Litt uenig	1%	0%	1%	2%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	13%	12%	12%	16%
Litt enig	42%	40%	50%	42%
Helt enig	40%	43%	35%	34%
Vet ikke	4%	5%	2%	3%
N	1 341	860	249	232



h) Yrket har høy status i samfunnet

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	0%	0%	0%	0%
Litt uenig	1%	0%	2%	1%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	7%	5%	10%	12%
Litt enig	37%	34%	39%	42%
Helt enig	53%	58%	49%	41%
Vet ikke	2%	2%	1%	3%
N	1 342	860	249	233

i) Det er gode sosiale ordninger og rettigheter

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	2%	1%	2%	3%
Litt uenig	8%	7%	10%	8%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	22%	23%	21%	18%
Litt enig	33%	31%	36%	36%
Helt enig	16%	14%	17%	24%
Vet ikke	20%	24%	13%	11%
N	1 341	860	248	233

j) Det er godt sosialt arbeidsmiljø

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	1%	0%	1%	1%
Litt uenig	4%	4%	5%	3%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	17%	19%	16%	11%
Litt enig	41%	39%	43%	46%
Helt enig	29%	26%	33%	39%
Vet ikke	8%	12%	3%	1%
N	1 342	860	249	233

k) Det er gode muligheter til faglig utvikling

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	0%	0%	0%	0%
Litt uenig	1%	0%	0%	2%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	3%	4%	1%	4%
Litt enig	30%	29%	31%	30%
Helt enig	64%	63%	66%	63%
Vet ikke	3%	4%	1%	0%
N	1 342	860	249	233

l) Det er mulig for meg å få jobb et sted jeg ønsker å bo

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	5%	5%	4%	8%
Litt uenig	24%	24%	25%	22%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	22%	23%	23%	20%
Litt enig	26%	25%	27%	27%
Helt enig	16%	15%	15%	21%
Vet ikke	7%	9%	6%	3%
N	1 342	860	249	233

m) Yrket er en trygg og attraktiv karrierevei

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Helt uenig	1%	1%	1%	1%
Litt uenig	5%	3%	3%	11%
Hverken enig eller uenig (nøytral)	12%	11%	19%	10%
Litt enig	42%	40%	44%	44%
Helt enig	37%	40%	31%	3%
Vet ikke	3%	4%	1%	2%
N	1 342	860	249	233

**Spørsmål 16: Dersom du som nyutdannet lege skal jobbe som fastlege, hvilken driftsform vil du foretrekke mens du gjennomfører spesialistutdanningen i allmennmedisin? Prosentvis fordeling.**

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Næringsdrift – legen holder både lokaler, utstyr og hjelpepersonell selv	4%	4%	3%	3%
Næringsdrift – med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller personell (omfatter 8.2-avtaler)	13%	13%	14%	10%
Kommunalt ansatt med fast lønn	15%	15%	11%	16%
Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus (tillegg av en viss andel av egenandeler og/eller Helfo-refusjon)	51%	47%	61%	58%
Vet ikke	17%	20%	11%	13%
N	1 342	860	251	231

**Spørsmål 17: Dersom du skal jobbe som fastlege og har fullført spesialistutdannelsen i allmennmedisin, hvilken driftsform vil du foretrekke? Prosentvis fordeling.**

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Næringsdrift – legen holder både lokaler, utstyr og hjelpepersonell selv	16%	16%	16%	14%
Næringsdrift – med kommunal leieavtale for lokaler, utstyr og/eller personell (omfatter 8.2-avtaler)	22%	23%	24%	19%
Kommunalt ansatt med fast lønn	8%	10%	5%	8%
Kommunalt ansatt med fast lønn og bonus (tillegg av en viss andel av egenandeler og/eller Helfo-refusjon)	32%	29%	36%	38%
Vet ikke	22%	23%	19%	21%
N	1 334	856	240	229

**Spørsmål 18: Hvordan vurderer du sannsynligheten for at du vil jobbe som fastlege i fremtiden? Prosentvis fordeling.**

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Jeg tror mest sannsynlig jeg kommer til å jobbe som fastlege	3%	3%	4%	5%
Fastlege er ett av arbeidsområdene jeg vurderer som sannsynlig, men noen forhold gjør at jeg er usikker	33%	31%	41%	34%
Fastlege er ett av arbeidsområdene jeg vurderer, men jeg tror det er mer sannsynlig at jeg velger et annet arbeidsområde	32%	32%	30%	30%
Jeg tror ikke jeg kommer til å jobbe som fastlege	31%	33%	24%	30%
Vet ikke	1%	1%	0%	0%
N	1 344	861	250	233

**Spørsmål 19: Er driftsform viktig for om du ønsker å bli fastlege? Prosentvis fordeling.**

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Ja, at jeg får den driftsformen jeg foretrekker er viktig for om jeg ønsker å bli fastlege	67%	65%	71%	72%
Nei, jeg kommer trolig til å bli fastlege uavhengig av driftsform	7%	8%	7%	5%
Nei, jeg kommer trolig ikke til å bli fastlege uavhengig av driftsform	26%	27%	22%	23%
N	1 113	684	221	208

**Spørsmål 20: Hva er den viktigste årsaken til at du er usikker på om du ønsker å bli fastlege?**  
 Åpent svar. [Spørsmålet ble kun gitt til de som ikke har svart «Jeg tror mest sannsynlig jeg kommer til å jobbe som fastlege (spørsmål 18)].

Fritekstsvar er utelatt av hensyn til personvern.

**Spørsmål 21: I hvilken grad kunne følgende forhold bidratt til å gjøre fastlegeyrket mer attraktivt for deg? Prosentvis fordeling.**

a) Redusere arbeidsmengde

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Ikke i det hele tatt	3%	3%	3%	3%
I liten grad	6%	7%	4%	4%
I noen grad	30%	32%	24%	29%
I stor grad	59%	56%	68%	63%
Vet ikke	2%	3%	1%	1%
N	1 341	859	250	232

b) Redusere legevaktsbelastning

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Ikke i det hele tatt	10%	10%	11%	10%
I liten grad	20%	20%	22%	19%
I noen grad	35%	37%	32%	35%
I stor grad	28%	25%	33%	33%
Vet ikke	6%	8%	3%	3%
N	1 340	859	250	231

c) Bedre lønnsforhold

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Ikke i det hele tatt	3%	3%	4%	3%
I liten grad	13%	12%	16%	16%
I noen grad	35%	33%	36%	37%
I stor grad	46%	48%	44%	43%
Vet ikke	3%	4%	1%	2%
N	1 341	860	250	231

d) Lavere investeringer knyttet til å kjøpe en praksis

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Ikke i det hele tatt	2%	2%	2%	3%
I liten grad	5%	5%	5%	2%
I noen grad	24%	24%	22%	25%
I stor grad	59%	55%	67%	65%
Vet ikke	10%	14%	4%	5%
N	1 340	859	250	231

e) Forbedre sosiale ordninger og rettigheter (pensjonsrettigheter, rettigheter ved sykdom osv.)

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Ikke i det hele tatt	2%%	2%	2%	3%
I liten grad	5%	5%	5%	5%
I noen grad	23%	24%	21%	21%
I stor grad	58%	54%	67%	64%
Vet ikke	12%	15%	6%	6%
N	1 341	860	250	231

**Spørsmål 22: Ønsker du å utdype hva som kunne gjort det mer attraktivt for deg å bli fastlege? Åpent svar.**

*Fritekstsvaret er utelatt av hensyn til personvern.*

**Spørsmål 23: Hvor studerer du / har du studert medisin? Dersom du har gjennomført ulike deler av studiet ved ulike skoler svarer du det stedet du har gjennomført størsteparten av studiet. Prosentvis fordeling.**

Studiested	Alle
UiO	19%
UiT	13%
NTNU	18%
UiB	17%
Studiested utenfor Norge, i et EØS-land eller Storbritannia	30%
Studiested utenfor Norge, ikke i et EØS-land eller Storbritannia	2%
Ønsker ikke å oppgi	1%
N	1 344

**Spørsmål 24: Hvor lang tid gikk det fra du fullførte medisinstudiet og til du startet som LIS1?**  
 Prosentvis fordeling. [Spørsmålet ble kun gitt til de som har svart «Lege, for tiden i sykehusdelen av LIS1», «Lege, for tiden i kommunehelsedelen av LIS1» eller «Lege, fullført kommunehelsedelen av LIS1» (spørsmål 1)].

	Alle
Måtte ikke vente (utover 1-2 måneder vanlig ventetid over juleferie eller sommerferie)	59%
3-6 måneder	15%
Mer enn 6 måneder og opptil 1 år	9%
Mer enn 1 år og opptil 1,5 år	5%
Mer enn 1,5 år og opptil 2 år	5%
Mer enn 2 år	7%
N	217

**Spørsmål 25: Hadde du noen av følgende legejobber i tiden mens du ventet på LIS1-stilling?**  
 Flervalgs spørsmål. Andel som oppgir. [Spørsmålet ble kun gitt de som har svart at de måtte vente over 3 måneder fra de fullførte medisinstudiet og til de startet som LIS1 (spørsmål 24)].

	Alle
Fastlege	2%
Fastlegevikar	26%
Kommunal lege uten fastlegeoppgaver	23%
Sykehuslege i lokalsykehus/sentralsykehus	46%
Sykehuslege i universitetssykehus	23%
Lege ved et helprivat medisinsk senter / legesenter/klinikk	9%
Jobb på universitet eller liknende med undervisning/forskning	7%
Jobb uten pasientkontakt (f.eks. patologi, mikrobiologi, farmakologi eller radiologi)	2%
Annet	Fritekst svar er utelatt av hensyn til personvern
N	90

**Spørsmål 26: Hvor gammel er du?**

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Gjennomsnitt	26	25	27	29
Median	25	24	26,5	28
N	1 183	762	202	219



**Spørsmål 27: Hva er ditt kjønn? Prosentvis fordeling.**

	<b>Alle</b>	<b>Medisinstudent, 1-5. studieår</b>	<b>Medisinstudent, 6.studieår</b>	<b>Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)</b>
Kvinne	72%	72%	74%	72%
Mann	27%	27%	25%	28%
Annet	0%	0%	0%	0%
Ønsker ikke å oppgi	1%	1%	1%	0%
N	1 343	860	250	233

**Spørsmål 28: Har du barn i følgende aldersgrupper? Prosentvis fordeling.**

	<b>Alle</b>	<b>Medisinstudent, 1-5. studieår</b>	<b>Medisinstudent, 6.studieår</b>	<b>Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)</b>
Jeg har barn under 6 år	5%	2%	5%	12%
Jeg har barn mellom 6-18 år	1%	0%	1%	1%
Jeg har både barn under 6 år og mellom 6-18 år	1%	1%	1%	1%
Jeg har ikke barn i alderen 0-18 år	92%	94%	92%	85%
Ønsker ikke å oppgi	1%	1%	2%	0%
N	1 331	847	251	233

**Spørsmål 29: Hvilket fylke er ditt opprinnelige hjemfylke? Prosentvis fordeling.**

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Troms og Finnmark	7%	8%	5%	6%
Nordland	5%	5%	5%	4%
Trøndelag	8%	8%	7%	7%
Møre og Romsdal	3%	3%	5%	2%
Vestland	12%	11%	12%	12%
Rogaland	10%	10%	8%	11%
Agder	5%	5%	6%	4%
Vestfold og Telemark	6%	5%	7%	4%
Viken	23%	23%	18%	28%
Oslo	16%	16%	17%	13%
Innlandet	5%	4%	7%	5%
Ønsker ikke å oppgi	2%	1%	2%	4%
N	1 335	856	247	232

**Spørsmål 30: Hvor mange innbyggere er det i ditt opprinnelige hjemfylke? Prosentvis fordeling.**

	Alle	Medisinstudent, 1-5. studieår	Medisinstudent, 6.studieår	Fullført medisinstudiet (LIS1 eller venter på LIS1)
Under 5 000 innbyggere	7%	7%	8%	5%
Mellom 5 000 og 10 000 innbyggere	10%	10%	12%	9%
Mellom 10 000 og 50 000 innbyggere	26%	27%	23%	27%
Mellom 50 000 og 100 000 innbyggere	18%	19%	17%	16%
Over 100 000 innbyggere	36%	35%	38%	38%
Ønsker ikke å oppgi	3%	2%	2%	5%
N	1 340	856	251	233

oslo**economics**

*[www.osloeconomics.no](http://www.osloeconomics.no)*

post@osloeconomics.no  
Tel: +47 21 99 28 00  
Fax: +47 96 63 00 90

Besøksadresse:  
Kronprinsesse Märthas plass 1  
0160 Oslo

Postadresse:  
Postboks 1562  
Vika  
0118 Oslo