Helsedirektoratet

Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024

Årsrapport 2020

19.mai 2021

INNHOLD

BEGREPSLISTE 5

SAMMENDRAG 7

INNLEDNING 10

Om utfordringsbildet og handlingsplanen 10

Helsedirektoratets arbeid med tiltak og effekter knyttet til planen 11

ALLMENNLEGETJENESTEN I VÅRE NABOLAND 12

Felles utviklingsbilde i Europa 12

Dreining fra spesialist til primærhelsetjeneste 12

Rekrutteringsutfordringer i de nordiske land 13

Organisering og allmennlegens rolle i Norden 13

Kunnskap om kvalitet og tilgjengelighet i tjenestene 14

DEL 1: EN ATTRAKTIV OG TRYGG KARRIEREVEI

1. BESKRIVELSE, HOVEDFUNN OG VURDERINGER 16

1.1. Beskrivelse av målområdet 16

1.2. Hovedfunn og vurderinger 17

2. LEGER I DEN KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN 20

2.1. Avtalte legeårsverk i kommunene fordelt på avtaleform og KOSTRA-funksjon 20

2.2. Avtalte legeårsverk i kommunene pr. 10 000 innbyggere 22

2.3. Kort om helprivate allmennleger 24

3. UTVIKLINGEN I FASTLEGETJENESTEN 25

3.1. Mange utviklingstrekk påvirker fastlegeordningen 25

3.2. Vekst i antall fastlegeavtaler, men antall ubesatte lister øker 27

3.3. Utvikling i bruk av vikar 30

3.4. Utvikling i antall leger som starter og slutter i fastlegeordningen 34

3.5. Fastlegenes alderssammensetning 36

3.6. Næringsdrift er den dominerende driftsmodellen, men antall på fastlønn øker 38

3.7. Jevn økning i kvinneandel blant fastlegene 40

4. STATUS FOR PROSJEKTER RELATERT TIL ARBEIDSBELASTNING 41

4.1. Oppgavefordeling og samhandling med spesialisthelsetjenesten 41

4.2. Forenkling av administrative prosesser og hensiktsmessig oppgavefordeling 41

4.3. Gjennomgang av takstsystemet 42

4.4. Økt kunnskap om og organisering av legevaktarbeidet 42

4.4.1. Pilot digital legevakt 42

4.4.2. Ekspertgruppe legevakt 43

5. LEGER I SPESIALISERING OG EFFEKT PÅ REKRUTTERING 43
5.1. Rekrutteringsgrunnlag 43
5.2. LIS1-søknader og tilsatte - årlig statistikk 44
5.3. ALIS-avtaler og tilskuddsordninger 45
5.4. Regionale ALIS-kontor 46
5.5. Erfaringer fra ALIS pilotprosjekter 47
5.5.1. Prosjekt ALIS-Vest 47
5.5.2. Prosjekt ALIS-Nord 47
5.6. ALIS tilskudd som virkemiddel i kommuner med særskilte rekrutteringsutfordringer 48
5.7. Utvikling i antall og andel fastleger med spesialisering i allmennmedisin 48
5.8. Nye spesialistgodkjenninger i allmennmedisin 49

6. EFFEKT AV ENDRING I BASISFINANSIERING 50
6.1. Knekkpunkt – økt basistilskudd for de 1 000 første listeinnbyggerne 50
6.2. Grunntilskudd – status og utvikling 52
6.3. Utjamningstilskudd 55
6.4. Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger og Fond for kvalitetsforbedring 55

7. KOSTNADER KNYTTET TIL ALLMENNLEGETJENESTEN 55
7.1. Kostnader til fastlegeordningen 55
7.2. Utgifter til kommunalt ansatte LIS1-leger 58
7.3. Utgifter til legevakt 58
7.4. Andre kostnader tilknyttet allmennlegetjenesten 59
7.5. Kostnader for allmennlegetjenesten 60

DEL 2: GOD KVALITET TIL ALLE

8. BESKRIVELSE, HOVEDFUNN OG VURDERINGER 61
8.1. Beskrivelse av målområdet 61
8.2. Hovedfunn og vurderinger 62

9. SYSTEMATISK ARBEID MED KVALITETSFORBEDRING OG PASIENTSIKKERHET 65
9.1. Utrede system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet 66
9.2. Utvikling nasjonale kvalitetsindikatorer 66
9.3. Nasjonal veileder 67
9.4. Utdanning 67
9.5. Implementere nasjonalt system 67

10. INTRODUKSJONSAVTALER 67

11. LEGETJENESTEN INNEN HELDØGNS OMSORG I KOMMUNEN 68
11.1. Legetimer pr. beboer i sykehjem 69

11.2. Sykehjemsbeboere vurdert av lege siste 12 måneder 70
11.3. Sykehjemsbeboere som har fått legemiddelgjennomgang siste 12 måneder 72

12. STABILITET OG TILGJENGELIGHET 75
12.1. Varighet av fastlegeavtaler (NKI) 75
12.2. Ledige plasser på fastlegenes liste 76
12.3. Antall innbyggere på liste uten fast lege 78
12.4. Bedre tilgjengelighet gjennom alternativer til fysisk oppmøte på legekontoret 79
12.4.1. Digitale versus fysiske konsultasjoner hos fastlegen 80
12.4.2. Bruk av e-konsultasjoner ved legevaktene 83
12.5. Sykebesøk av fastlege og legevakt 84
12.5.1. Sykebesøk av fastlege 84
12.5.2. Sykebesøk av legevakt 85
12.6. Konsultasjoner hos legevakt dag versus kveld 86

13. SAMHANDLING 87
13.1. Fastlegens deltagelse i tverrfaglige samarbeidsmøter og dialogmøter 87
13.2. Enkel kontakt med andre instanser om pasienten 89
13.3. Samhandling mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten 91
13.3.1. Helsefellesskap 91
13.3.2. Praksiskonsulentordningen 92

14. LEGEMIDDELGJENNOMGANG OG ÅRLIG UNDERSØKELSE 94
14.1. Legemiddelgjennomgang 94
14.2. Årlig fullstendig undersøkelse 95

DEL 3: FREMTIDEN ER TEAMBASERT

15. BESKRIVELSE, HOVEDFUNN OG VURDERINGER 97
15.1. Beskrivelse av målområdet 97
15.2. Hovedfunn og vurderinger 98

16. ANNET HELSEPERSONELL ENN LEGER I ALLMENNLEGETJENESTEN 99
16.1. Avtalte årsverk for leger og annet helsepersonell i allmennlegetjenesten 99
16.2. Yrkesgruppenes andel av årsverkene i allmennlegetjenesten 99

17. ORGANISERING 100
17.1. Gruppepraksis og felleslister 100
17.2. Pilot primærhelseteam 102

18. DIGITALISERING, VERKTØY OG E-KONSULTASJON 103
18.1. Triagering ved fastlegekontor 103
18.2. Digital hjemmeoppfølging 103
18.3. Strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam og verktøy for risikokartlegging 104

18.4. Sterk vekst i bruk av e-konsultasjon **105**
18.5. Felles samhandlingsplattformer og nye journalløsninger **105**
18.5.1. Én innbygger – én journal 106
18.5.2. Helseplattformen og samordning av journalløsninger 106
18.5.3. Felles kommunal journal 106
18.5.4. Program digital samhandling 106
18.5.5. EPJ løftet 107
18.5.6. Pasientens legemiddelliste (PLL) 107

19. LEDELSE AV LEGEKONTOR 108
19.1. Nasjonal lederutdanning i primærhelsetjenesten **108**
19.2. Nettbasert lederutdanning for allmennleger **109**

VEDLEGG 110
Vedlegg 1: Til kap. 3 Utviklingen i fastlegetjenesten **110**
Vedlegg 2: Til kap.5 Leger i spesialisering og effekt på rekruttering **116**
Vedlegg 3: Kjennetegn ved fastlegetjenesten etter kommunestørrelse og fylke **117**
Vedlegg 4: Samlet utvikling av kontakter i fastlege og legevaktstjenesten **120**

BEGREPSLISTE

Allmennlege: Lege som utøver allmennmedisinsk virksomhet. Fra 1. mars 2017 må leger som ansettes eller inngår avtale med kommunen være spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering.

ALIS: Allmennlege i spesialisering.

ALIS-avtale: En avtale mellom kommune med rekrutteringsutfordringer og lege i spesialisering i allmennmedisin 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. ALIS kan være ansatt i kommunen eller drive privat næringsdrift.

ALIS-kontor: Et ALIS-kontor skal gi råd og bistå kommunene i planlegging, etablering og oppfølging av spesialistutdanningen. Gjennom dette skal kontoret bidra til rekruttering og tilrettelegging for spesialisering, og til trygghet for legen gjennom spesialiseringsforløpet.

8.2 avtale: Avtale om at kommunen stiller med kontor, utstyr, hjelpepersonell mv. Kurativt arbeid etter denne avtalen er selvstendig næringsvirksomhet. Dersom legen mottar ytelser fra kommunen i form av hjelpepersonell, lokaler, utstyr, forbruksvarer osv., skal legen refundere kommunens utlegg i sin helhet, med mindre kommunen og
legen av rekrutteringshensyn o.a. skriftlig avtaler redusert innbetaling for en tidfestet periode.

Basistilskudd: Tilskudd som utbetales legene pr. registrerte person pr. år på legens liste. Fra 1.mai 2020 ble det innført et knekkpunkt i basistilskuddet. Basistilskuddet utgjør 577 kr pr. listeinnbygger inntil 1000 listeinnbyggere. Fra listeinnbygger 1 001 og opptil 2 500 utgjør basistilskuddet 499 kr pr listeinnbygger.

E-konsultasjon: Er en legetime som gjennomføres elektronisk ved bruk av lyd, video eller tekst-samtale.

EPJ: Elektronisk pasient journal.

Fastlege: Fastlege er en lege som inngår fastlegeavtale med en kommune om deltakelse i fastlegeordningen, uavhengig av om legen er ansatt i kommunen eller er selvstendig næringsdrivende. Ifølge forskrift om fastlegeordning i kommunene skal fastlegen dekke allmennlegeoppgaver for de personene vedkommende fastlege har på sin liste.

Fastlegeliste: Oversikt over hvilke listeinnbyggere fastlegen har ansvar for.

FLO: Brukes her som angivelse av datagrunnlag hentet fra Helfo sitt system for administrasjon av fastlegeordningen.

Grunntilskudd: Tilskudd for fastlegeavtaler med en liste under 500 listeinnbyggere forutsatt at listetaket for avtalen er 500 eller flere listeinnbyggere. Grunntilskuddet utbetales i stedet for basistilskudd. Kan mottas i inntil 2 år fra avtale er inngått. Blir listelengden større enn 500 listepasienter i løpet av disse årene utbetales basistilskudd i stedet.

Hovedmodellen: Driftsform hvor fastlegen er selvstendig næringsdrivende og mottar per capita-tilskudd.

Introduksjonsavtale: Introduksjonsavtaler er avtaler som gir leger under spesialisering i allmennmedisin rett til trygderefusjon under visse vilkår, når de jobber på andre fastlegers lister selv om fastlegen som har ansvar for listen(e) er til stede på legekontoret samtidig. Introduksjonsavtaler, som er tiltak 11 i handlingsplanen, har som hovedformål å øke stabiliteten i og styrke rekruttering til stillinger i sykehjem, i legevakt og annet allmennlegearbeid utenfor fastlegeordningen ved å tilrettelegge for spesialistutdanning i allmennmedisin

KOSTRA: Kommune-stat-rapportering (KOSTRA) er et nasjonalt system som gir styringsinformasjon om kommunal og fylkeskommunal virksomhet. Informasjon om kommunale og fylkeskommunale tjenester, bruk av ressurser på ulike tjenesteområder og egenskaper ved befolkningen, registreres og sammenstilles for å gi relevant informasjon til beslutningstakere i kommuner, fylkeskommuner og staten.

Kommunalt pasient- og brukerregister: KPR inneholder opplysninger om de som har søkt eller har mottatt helse- og omsorgstjenester fra kommunen.

Kommunesentralitet: Sentralitet er en indeks med verdi for hver enkelt kommune basert på nærhet til arbeidsplasser og servicefunksjoner, uten bruk av tettsteder i klassifiseringen Disse verdiene er gruppert i til sammen seks klasser. De mest sentrale kommunene vil være i klasse 1 og de minst sentrale kommunene vil være i klasse 6. SSBs oversikt over kommuner i ulike klasser finnes her: Sentralitetsindeks for kommunene 2020 (Excel)[1].

Kommunestørrelse: Kommuner inndelt etter innbyggertall. For oversikt over antall kommuner delt inn etter innbyggertall se vedlegg tabell v3.1

LIS1: Lege i spesialisering del 1.

Listeinnbygger: En person som er tilknyttet en fastlegeliste.

Liste uten fast lege: Ubesatt fastlegeliste, noe som innebærer at listeinnbyggerne tas hånd om av vikarlege eller av andre fastleger gjennom kollegial fraværsdekning.

NKI- Nasjonal kvalitetsindikator.

[1] https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/128

SAMMENDRAG

Fastlegeordningen ble innført i 2001, med hensikt å gi den enkelte innbygger én fast lege over tid. Ordningen har gjennom mange år vært vurdert som vellykket og hatt stor oppslutning i befolkningen. Samtidig har undersøkelser de siste årene vist at ordningen har flere utfordringer. Legene opplever økt arbeidsbelastning og stadig flere kommuner sliter med å rekruttere og etablerte fastleger velger seg bort fra ordningen. Forventningene til tjenesten har endret seg og fastlegetjenesten oppleves i økende grad som mindre tilgjengelig, mindre helhetlig og mindre koordinert for pasienter og brukere. Utfordringene som ses i Norge sammenfaller på mange områder med utfordringsbildet som også ses i de andre nordiske landene.

Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 ble lagt frem av Regjeringen i mai 2020. Planen inneholder en rekke tiltak som skal bidra til å løse utfordringene, skape en fremtidsrettet allmennlegetjeneste og en bærekraftig fastlegeordning som gir pasientene allmennlegetjenester av høy kvalitet.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet ansvaret for oppfølgingen av *Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024*. En del av dette er å følge med på arbeidet med planen og rapportere hvilke gevinster den gir. Kunnskapsgrunnlaget for å følge med på utvikling og tiltakseffekt, og for å identifisere gode virkemidler vil utvides løpende gjennom planperioden, både gjennom bidrag fra den eksterne følgeevalueringen og gjennom resultater fra prosjekter, piloter med mer. Helsedirektoratets rapportering vil etter hvert som tiden går, i økende grad dra nytte av dette arbeidet.

Siden lanseringen av handlingsplanen er det igangsatt omfattende arbeid både i og utenfor Helsedirektoratet. På tross av at det har vært høyt fokus på arbeid med planen, er det ikke til å underslå at koronapandemien har hatt innvirkning på det første året i planperioden. Dette gjelder både for gjennomføring, iverksetting og oppfølging av tiltak. Endring i innbyggernes behov for helsetjenester og i fastlegenes måte å arbeide på har preget året. Videre har nødvendigheten av TISK[2] og omfattende smitteverntiltak påvirket utprøvingen av ulike prosjekter med relevans for handlingsplanen, og trolig gjort det vanskelig for kommunene å ha tilstrekkelig med tid og ressurser til å følge opp utfordringene i allmennlegetjenesten. På hvilket tidspunkt vi kan forvente å se tydelige effekter av handlingsplanen vil variere, og det vil avhenge av tiltakenes innhold, tidsperspektiv, avhengigheter og påvirkning av hverandre. Noen av tiltakene under målområde 1 er allerede implementerte, mens tiltakene under målområde 2 og 3 i større grad er i prosess i form av utredning eller utprøving. Mange av tiltakene vil det ta tid å gjennomføre, og det vil ta tid før vi kan forvente å se effekter. Dette gjelder innenfor alle målområdene, og særlig for målområde 2 og 3.

Fundamentet for en god allmennlegetjeneste til befolkningen er tilstrekkelig rekruttering av nye leger og at legene som er i tjenesten ønsker å bli værende. Handlingsplanen skal gjøre allmennlegetjenesten til en attraktiv og trygg karrierevei. Dette skal blant annet gjøres gjennom et hensiktsmessig antall stillinger for leger i spesialisering del 1 (LIS1) og ved tiltak som gir gode rammer for allmennleger i spesialisering (ALIS). I 2020 er antallet LIS1-stillinger økt og det er opprettet fem ALIS-kontor rundt i landet. ALIS-kontorene skal støtte kommunene i arbeidet med å sikre gode spesialiseringsløp.

Evalueringen av fastlegeordningen fra 2019 viser at nyutdannede leger og medisinstudenter i all hovedsak foretrekker fastlønn som driftsform mens de gjennomfører spesialistutdanningen i allmennmedisin. Våre erfaringer fra 2020 har forsterket dette inntrykket. Tilskuddsordningen til ALIS-avtaler er derfor endret i 2021, slik at den i større grad omfatter leger ansatt i kommunen. Samtidig er tilskuddsmidlene økt, og kan med dette gi full støtte til inntil 425 ALIS-avtaler i år, i tillegg til ALIS-avtaler i prosjektene ALIS-Vest og ALIS-Nord. Helsedirektoratet vurderer det som viktig at tilskudd til ALIS-avtaler gjenspeiler ønskene til de unge legene.

[2] *TISK: testing-isolering-smittesporing-karantene*

Det bør derfor legges til rette for at ALIS, i samråd med kommunen, i fremtiden kan velge fastlønn på lik linje med næringsdrift, og at støtteordningene i det videre gjenspeiler dette og oppleves lett tilgjengelig.

Selv om det har vært en økning i antall LIS1-stillinger, mener Helsedirektoratet at antallet LIS1-stillinger bør økes ytterligere gjennom planperioden for å oppnå målet om et hensiktsmessig antall LIS1-stillinger. Hva som er et hensiktsmessig antall stillinger, henger først og fremst sammen med behovet for leger i tjenestene. Statistikken viser at rekrutteringsgrunnlaget for nye LIS1-stillinger er stort, og at under halvparten av søkerne fikk tilbud om LIS1-stilling våren 2020, mens omtrent halvparten av søkerne fikk tilbud om LIS1-stilling høsten 2020.

Per 1.5.2020 ble basisfinansieringen av fastlegeordningen tilført 350 mill. kroner i friske midler, og det ble innført knekkpunkt og grunntilskudd. Økt basistilskudd for de første 1000 listeinnbyggerne innebærer en generell styrking av økonomien i fastlegeordningen, noe som vil komme ALIS og de etablerte fastlegene til gode. Den forventede effekten med forsterket nedgang i gjennomsnittlig listelengde har foreløpig latt vente på seg, men tallene indikerer sterkest reduksjon i de lengste fastlegelistene. Innføringen av grunntilskudd for lister under 500 innbyggere og med listetak over 500 omfatter svært få fastlegeavtaler, og har så langt ikke gitt ønsket effekt. Det vil trolig være behov for å se nærmere på innretningen av endringene i basisfinansieringen for å øke effekten av tiltaket. Samtidig er det viktig å følge med på øvrige tiltak som tilrettelegger for at fastleger og kommuner kan redusere listelengden. En reduksjon i listelengde *uten* at antallet fastleger øker, vil medføre at flere listeinnbyggere står uten fastlege.

Fordelingen av driftsform tegner et bilde av det i praksis eksisterer to hovedmodeller for drift av fastlegepraksis, hvor fastlønn er hovedmodellen i de minste kommunene og næringsdrift er hovedmodellen i større kommuner. Næringsdrift er fortsatt den vanligste driftsformen, men andelen fastlønn blant fastleger er sterkt økende. Økende grad av fastlønn kan påvirke aktiviteten målt ved antall konsultasjoner i tjenesten[3]. Høy aktivitet er ønsket, samtidig som vi vet at *for høy* aktivitet for den enkelte fastlege kan være hemmende for å nå målene om en trygg og attraktiv karrierevei, god kvalitet til alle og økt teamorganisering. Det vil være viktig å se på hvordan næringsdrift og fastlønn med og uten insentiv bør balanseres for å oppnå best resultat for pasient, fastlege og kommune. Planleggingen for og tilrettelegging av fastlegetjenesten bør i det videre gjenspeile at fastlønn og næringsdrift, avhengig av kommunestørrelse, i praksis er to hovedmodeller.

Årsrapporten dokumenterer en tydelig vekst i antall fastlegelister uten fast lege siste året. Veksten er en indikasjon på økte rekrutterings- og stabiliseringsproblemer i fastlegeordningen**.** Selv om ubesatte lister fortsatt utgjør en relativt liten andel av alle fastlegelister, bidrar økningen til å befeste og forsterke inntrykket av rekrutteringsutfordringer ett år etter lansering av handlingsplanen. En allerede vanskelig rekrutterings-situasjon i de mindre kommunene vil trolig forverres når nå også større kommuner i økende grad ikke får besatt sine fastlegelister.

Behovet for fastleger påvirkes av mange forhold i og utenfor helsetjenesten. Endringer i oppgaver som fastlegen er forventet å følge opp, muligheter for samarbeid og arbeidsdeling, samt utvikling av gode verktøy og administrative systemer vil påvirke arbeidsbelastningen. Gjennom arbeidet med handlingsplanen utredes og utprøves nye måter å organisere tjenestene og arbeidet på legekontoret på, blant annet for å redusere arbeidsbelastningen i tjenestene. Utviklingen i alderssammensetningen i befolkningen, herunder også blant fastlegene, påvirker behovet for nye leger. Alderssammensetningen varierer mye på kommunenivå, og mange kommuner vil på grunn av at de har mange fastleger over 60 år, i løpet av få år få et stort behov for nye leger. Dette gjelder flere små kommuner, men også for større kommuner. Det er viktig at kommuner med høy andel fastleger over 60 år er seg dette bevisst, og planlegger for et økt rekrutteringsbehov i de kommende årene.

---

[3] *https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf*

Arbeidet med å øke kunnskap om og bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten er intensivert gjennom det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i allmennlegetjenesten. Det siste året er det også utviklet to nye kvalitetsindikatorer. Disse, sammen med annen statistikk, indikerer både positive og negative utviklingstrekk i tilgjengelighet, kontinuitet og samhandling. Fastlegeavtalenes varighet er noe redusert og det er færre ledige plasser på listene til fastlegene. Fastlegene har også deltatt i noe færre tverrfaglige møter. Dette på tross av reduserte krav til fysisk oppmøte og økt digitalisering som bør ha gjort det lettere å delta på tverrfaglige møter i 2020. Indikasjoner på bedre tilgjengelighet til legetjenester i sykehjem de siste årene er positivt. Videre har alternativer til fysiske konsultasjoner gitt økt fleksibilitet og bedret tilgjengeligheten til fastlegene, og vi ser også at det registreres flere kontakter mellom fastleger og leger i spesialisthelsetjenesten. I Helsedirektoratets fortolkning av datagrunnlaget har vi lagt til grunn at pandemien både kan ha redusert mulighetene for å gjennomføre enkelte tjenester i 2020, og at behovet for helsehjelp for noen tilstander har vært redusert på grunn av smitteverntiltak. Parallelt med at den digitale utviklingen skyter fart vil det være nødvendig å få bedre innsikt i hvordan økningen i e-konsultasjoner påvirker tilbud og etterspørsel av allmennlegetjenester.

Resultatene i årsrapporten gir et bilde av forskjeller mellom store og små kommuner i utforming av tjenestetilbudet, rekrutteringsutfordringer og befolkningens tjenestebruk. Det vil fremover være viktig å belyse om og hvordan slike variasjoner gir konsekvenser for tilbudet til innbyggerne.

Det ble i 2020 igangsatt betydelig arbeid under handlingsplanen. En samlet effekt av mange tiltak kan på sikt bedre utfordringsbildet. Dette gjelder ikke minst for grunnleggende elementer som rekruttering og stabilitet. I det videre vil det være viktig å følge med på summen av tiltakenes effekt, identifisere sammenhenger mellom ulike endringer og ytterligere styrke vår kunnskap om hva som virker og ikke for å nå målet om en fremtidsrettet og bærekraftig allmennlegetjeneste.

Utdypende beskrivelser av funn og vurderinger er beskrevet innledningsvis under hvert målområde i rapporten.

INNLEDNING

Om utfordringsbildet og handlingsplanen

Fastlegeordningen i Norge ble innført i 2001. Hensikten med ordningen er først og fremst å gi den enkelte innbygger én fast lege over tid. Kontinuitet og stabilitet i lege-pasientforholdet trekkes frem som den viktigste enkeltfaktoren for høy kvalitet i allmennlegetjenesten. Fastlegeordningen har ved tidligere innbyggerundersøkelser jevnt over fått gode skår. De siste årene har det imidlertid blitt tydelig at fastlegeordningen ikke i tilstrekkelig grad er rustet for å møte utfordringene. Fastlegetjenesten oppleves i økende grad som mindre tilgjengelig, mindre helhetlige og mindre koordinert for pasienter og brukere. En økning i antall brukere med komplekse og sammensatte behov har tydeliggjort nødvendigheten for endring.

Folkehelseinstituttets undersøkelse *Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018-2019* viser at mange brukere er fornøyde med fastlegen, men at det er et forbedringsbehov særlig knyttet til at fastlegen ikke har nok tid. Mange som har hatt behov for hjemmebesøk eller tolk har ikke fått tilbud om dette. Andre forbedringsområder er informasjon om bruk og bivirkninger av medisiner og at pasienter får skrevet ut medisinlister ved endringer i medisinering. Ønsker for fremtidens fastlegetilbud gjenspeiler erfaringene[4]. Samtidig kjenner vi godt til *Evaluering av fastlegeordningen* fra 2019 som viser at fastlegene har opplevd en vesentlig økning i arbeidsbelastning de siste årene. Årsakene til økningen i arbeidsbelastning er sammensatte. Både tilførsel av nye oppgaver og volumøkning på etablerte oppgaver synes å være utslagsgivende. Fra at rekrutteringsvanskene i fastlegeordningen tidligere rammet distriktskommuner, er de nå også synlige i flere av de store byene. Det er flere forhold ved fastlegeyrket som gjør unge leger usikre på om de ønsker å bli fastlege, og at etablerte fastleger velger seg bort fra ordningen[5].

Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 ble lagt frem av Regjeringen i mai 2020. Handlingsplanen for allmennlegetjenesten følger opp resultatene fra evalueringen. Samtidig skal den bidra til å realisere de overordnede politiske føringene for utviklingen av helse- og omsorgstjenesten. Disse er beskrevet i en rekke meldinger, fremfor alt i Primærhelsetjenestemeldingen, i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 Meld. St. 7 (2019–2020) og i Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre, Meld. St. 15 (2017–2018). I arbeidet med handlingsplanen har departementet samarbeidet med partene gjennom trepartssamarbeidet. Partene har sammen bestilt flere utredninger som har bidratt til å belyse både utfordringsbildet og som peker på mulige tiltak. Summen av dette arbeidet har bidratt til å forme en handlingsplan som skal skape en fremtidsrettet allmennlegetjeneste, herunder å styrke, utvikle og bevare en fastlegeordning som gir pasientene allmennlegetjenester av høy kvalitet[6].

Handlingsplanen presenterer 17 tiltak innenfor tre målområder:

- En trygg og attraktiv karrierevei
- God kvalitet til alle
- Fremtiden er teambasert

Arbeidet med Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 favner bredt og har grenseflate mot en

---

[4] https://www.fhi.no/publ/2019/pasienterfaringer-med-fastlegen-og-fastlegekontoret-i-201819/

[5] *EY og Vista Analyse (2019). Evaluering av fastlegeordningen. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdfhttps://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf*

[6] Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024; Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert

rekke interne og eksterne aktører, aktiviteter og prosjekter. Det ble igangsatt et betydelig arbeid i 2020, og dette arbeidet er i stor grad er videreført i 2021.
Nærmere beskrivelse av målområder med tiltak og effektmål vil danne innledning til hvert av målområdene i rapporten.

Helsedirektoratets arbeid med tiltak og effekter knyttet til planen

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å bistå Helse- og omsorgsdepartementet med forberedelser til, oppfølging av og gjennomføring av *Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024*. Dette innebærer å opprette et gjennomføringsapparat for handlingsplanen, gjennomføre tiltakene som treffer direktoratet, koordinere arbeidet og sørge for god involvering av eksterne aktører. Helsedirektoratet skal følge med på effekten av tiltakene, jevnlig analysere, gi råd og rapportere status på måloppnåelse til departementet. Direktoratets ansvar inkluderer anskaffelse og oppfølging av ekstern evaluator.

Det er allerede etablert en del statistikk og indikatorer som gir innsikt i allmennlegetjenesten. Dette arbeidet utgjør et godt grunnlag for å følge med på utviklingen i planperioden. Tallgrunnlaget består av etablert statistikk, samt videreutvikling av eksisterende datagrunnlag. Helsedirektoratet har pr i dag tilgang til kvantitative data som godt synliggjør blant annet rekruttering og stabilitet i fastlegeordningen. Denne statistikken er imidlertid ikke dekkende for å kunne følge med på effekter innenfor alle målområdene. For å styrke direktoratets analyser og vurderinger er handlingsplanens eksterne referansegruppe et viktig forum. Det er også etablert møteserie med statsforvaltere og ALIS-kontor som har gitt berikende innspill knyttet til datagrunnlaget. I tillegg er den eksterne følgeevalueringen et nødvendig supplement for å sikre bredde i vurderingen av måloppnåelse gjennom planperioden. Ekstern evaluator vil etablere ny kunnskap gjennom innhenting av informasjon som ikke finnes i dag, og ved komplettering av informasjon på områder som er dårlig dekket av Helsedirektoratets statistikk.

Helsedirektoratet har utarbeidet definerte effektmål til hvert av målområdene i planen. Effektmålene gjenspeiler målområdene i planen og danner grunnlaget for direktoratets følge med arbeid. De er også lagt til grunn for beskrivelse av hva den eksterne evalueringen bør dekke, uten at listen i denne sammenheng er uttømmende. Som en del av arbeidsprosessen knyttet til grunnlaget for anskaffelse av den eksterne følgeevalueringen, ble effektmålene forankret i trepartsmøtet høsten 2020. Frekvensen på direktoratets rapportering vil være kvartalsvis gjennom planperioden, herunder en bred årlig rapport i mai. Ekstern evaluator vil levere årlige rapporter i perioden 2022-2024, og en sluttrapport i 2025.

ALLMENNLEGETJENESTEN I VÅRE NABOLAND

Felles utviklingsbilde i Europa

Til tross for at antall leger i Europa har økt med fem prosent fra 2010 til 2020, er mangel på leger en stor utfordring, både i antall og når det gjelder å få rekruttert leger med ønsket kompetanse[7] [8]. Problemet framstår størst i rurale områder og innen primærhelsetjenesten, for eksempel i Skandinavia, Frankrike, Estland og Latvia, Slovakia og Ungarn. Det er også et generelt trekk at antallet spesialister øker mer enn primærleger og at gjennomsnittsalderen på leger er høy i mange land[9], noe som stiller krav til en høyere utdanningsvekst.

Økt rekrutteringsbehov i primærhelsetjenesten skyldes både forhold utenfor og innenfor helsetjenestene. De fleste land i Europa deler felles utvikling knyttet til blant annet demografiske endringer, økt levealder og økt forekomst av kroniske sykdommer i befolkningen. Den medisinsk tekniske utviklingen gir samtidig økte muligheter for tidlig diagnostisering og behandling. Videre gir digitalisering muligheter for tidlig oppfølging, mer samhandling og informasjonsutveksling.

Dreining fra spesialist til primærhelsetjeneste

Felles for mange land er en dreining i helsetjenestene mot mer desentralisering og fokusering på å styrke lokalbaserte helsetjenester[10]. Reduksjon i pasientenes oppholdstid på sykehus i de fleste land er et uttrykk for denne trenden.

En utfordring i prosessene med flytting av flere oppgaver til primærhelsetjenesten, er å få til en samtidig dreining av ressurser, rekruttering av personell, kompetanseutvikling og utnyttelse av ny teknologi[2] [3]. Samlet sett utfordres primærhelsetjenestenes kapasitet og kvalitet når disse prosessene ikke skjer parallelt. En større tilvekst av leger til spesialisthelsetjenesten i mange land kan indikere at helsesystemene har problemer med dette [11] .

Allmennlegetjenesten i Nordiske land deler visse fellestrekk. Helsesystemene bygger på den nordiske modellen med en skattefinansiert tjenesteyting, et politisk mål om lik tilgang for alle, og med primærhelsetjenesten som fundament i helsetjenesten som et viktig grunnprinsipp. Landene deler også mange av de samme utfordringene som bidrar til økt behov for kapasitet i primærhelsetjenesten, og som springer ut av forholdene nevnt ovenfor. I tillegg til allmennleger er mangel på sykepleiere også et viktig tema.

Hvilket styringsnivå tjenesten er underlagt er forskjellig. I Norge og Finland er allmennlegetjenesten et kommunalt ansvar, men i Finland har kommunene også styringsansvar for sykehusene. I Sverige er allmennlegetjenesten landstingenes/regionenes ansvar, og i Danmark er dette organisert under regionene[12], i begge land på samme styringsnivå som spesialisthelsetjenesten.

---

[7] *Europe has a shortage of doctors / Data news / News / Home - edjnet (europeandatajournalism.eu)*

[8] *Groenewegen et al 2020 The primary care workforce in Europe: a cross-sectional international comparison of rural and urban areas and changes between 1993 and 2011, European Journal of Public Health, Vol. 30, No. Supplement 4, iv12–iv17*

[9] *https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_physicians*

[10] *OECD 2020 Realising the Potential of Primary Health Care*

[11] *Kuhlmann, E., Groenewegen, P.P., Bond, C., Burau, V., Hunter, D.J. Pri*mary care workforce *development in Europe: an overview of health system responses* and stakeholder views. Health *Policy: 2018, 122(10), 1055-1062*

[12] *Larsen, Klausen og Højgaard 2020: Primary Health Care in the Nordic Countries – Comparative Analysis and Identification of Challenges. Rapport fra The Danish Center for Social Science Research (VIVE).*

Rekrutteringsutfordringer i de nordiske land

I et lengre perspektiv har rekrutteringsproblemer først og fremst vært et distriktsfenomen i de fleste nordiske land, men etter hvert har også befolkningsrike kommuner og byer fått de samme problemene. I en rapport fra 2020 angis Norge og Danmark som land hvor informanter fremhever dette som en særlig sentral problemstilling. Rekrutteringsproblemer kan bidra til økt arbeidsbelastning for legene i tjenesten. Arbeidsbelastning ble identifisert som en viktig faktor knyttet til høyt yrkesmessig stress blant allmennleger i 11 land, blant annet Norge[13]. Sverige var det andre nordiske landet inkludert, og hadde sammen med Storbritannia den høyeste andelen allmennleger som selv rapporterte om høyt stressnivå i sitt arbeid.

Styrende organer i de nordiske landene bruker mange av de samme typer virkemidler for å styrke rekruttering og stabilitet i tjenestene. Dette inkludere i hovedsak ulike typer finansieringsordninger[14] og økonomiske insentiver, mer fleksibilitet i arbeidet (for eksempel arbeidstid i Finland), økt utdanningskapasitet og støtte til kompetansehevende tiltak. Type og innretning på tiltak må også ses i lys av landenes særtrekk når det gjelder organisering og finansiering av tjenestene og andre landspesifikke forhold, som geografi og bosettingsstruktur. Særlig i de mest usentrale distriktene er mange av tiltakene ikke alltid nok til å stabilisere legedekningen over lang tid. I den forbindelse er et viktig moment også tilgjengelige arbeidsmuligheter for eventuell ektefelle/partner. Organiseringen av legevaktsarbeid, og krav til deltakelse er ulik i landene[15]. Det er vanskelig å sammenligne arbeidsbelastning og legedekning uten at dette ses i sammenheng med variasjoner i organisering og hvilke oppgaver allmennlegene har, og hvordan disse faktorene påvirkes av hverandre.

Samtidig med vekt på økt rekruttering brukes økt digitalisering og nye organisasjonsformer for møte kravene til en lokalbasert og effektiv oppfølging av befolkningens behov for helsehjelp. Økt digitalisering kan blant annet bidra til å kompensere for noen av utfordringene med spredt bosetting og lange avstander[15] [16]. Digitalisering handler både om mer digital pasientkontakt, utvikling av bedre og mer effektive digitale verktøy for dokumentasjon, enklere informasjonsutveksling og samarbeid med andre tjenester, og som grunnlag for arbeid med kvalitetsutvikling[17]. Dette er ikke minst viktig hvis flere leger og andre helsepersonellgrupper skal samarbeide om den helhetlige oppfølgingen av pasientene. At flere helsepersonellgrupper er samorganisert er også en del av en internasjonal trend.

Organisering og allmennlegens rolle i Norden

Både i Sverige, Finland, Island og Åland får befolkningen oppfølging av allmennlege og andre helseprofesjoner ved et lokalt helsesenter. I Danmark finnes mer blandede modeller i primærhelsetjenesten. Man kan velge å organisere praksisen som enkeltmannspraksis, kompaniskapspraksis, samarbeidspraksis, delepraksis eller som aksjeselskap, og praksisene er i hovedsak privat drevet, men finansieres etter avtale med en region[18]. I Sverige kan helsesentrene (vårdsentralene) enten være offentlig eller privat drevet, og i 2019 var 40 prosent av disse private. Andelen private er høyest i de mest sentrale delene av landet[19]. I Finland er helsesentralene i hovedsak offentlig drevet, men på grunn av blant annet rekrutteringsproblemer og stram økonomi har en del mindre kommuner valgt å konkurranseutsette tjenestene. Omtrent 7 prosent av befolkningen og 50 helsesentre ble i

13 Cohidon et al 2020: Job stress among GPs, associations with practice organisation in 11 high-income countries.: Br J Gen Pract 2020; DOI: https://doi.org/10.3399/bjgp20X710909

14 Olsen et.al 2016: General Practice in the Nordic countries. Nordic Journal of Health Economics, Vol. 4 (2016), No. 1, pp. 56-67

15 Larsen, Klausen og Højgaard 2020: Primary Health Care in the Nordic Countries – Comparative Analysis and Identification of Challenges. Rapport fra The Danish Center for Social Science Research (VIVE).

16 Healthcare and care through distance-spanning solutions.24 practical examples from the Nordic region. Nordic Welfare Centre, 2019

[17] 12/PDF_2019_intl_hlt_policy_survey_primary_care_phys_CHARTPACK_12-10-2019.pdf

18 https://www.laeger.dk/PLO/Praksisformer-i-almen-praksis

19 https://www.ekonomifakta.se/Fakta/Valfarden-i-privat-regi/Vard-och-omsorg-i-privat-regi/vardcentraler-i-privat-regi/

2017 dekket av private tilbud, hvorav halvparten av disse bare hadde private leverandører. I 2019 var omtrent én av ti leger ved helsesentre i Finland ansatt av private utleiebyråer[20]. Det må også nevnes at i Finland er arbeidsgivere pliktige til å ha en bedriftshelsetjeneste med bedriftslege som for eksempel har ansvar for følge opp sykemeldte[21], selv om det er fastlegen som sykmelder.

Land med en helsesentermodell har som regel flere helsepersonellgrupper samorganisert. På vårdsentralene i Sverige arbeider både leger og sykepleiere, men også psykologer, jordmødre, fysioterapeuter, ergoterapeuter og logopeder. Omtrent det samme gjelder i Finland og Island. Bemanningen på helsesentrene kan likevel variere også innad i landene, for eksempel mellom urbane og rurale strøk med liten befolkning og lange avstander.

En viktig dimensjon i sammenligning av land er i hvilken grad allmennlegene tjener som portvakt mot spesialisthelsetjenesten og skal være første kontakt med helsetjenesten ved nyoppståtte helseproblemer. Dette står sterkest i Norge, Danmark og Færøyene hvor man må ha henvisning til spesialisthelsetjenesten[22]. I Finland og Åland må du også ha en henvisning, og det vanligste er at henviser er en primærlege, sjeldnere en annen lege eller i noen tilfeller fra en sykepleier. I Sverige er det den enkelte region som avgjør hvilke spesialisthelsetjenester som krever henvisning, men hovedregelen er at de fleste må ha henvisning. I noen regioner er det høyere egenandel hvis du ikke har henvisning. På Island er det ikke noe krav til henvisning.

Som i Norge har Færøyene og Finland et system hvor innbyggerne er knyttet til en spesifikk lege. I Danmark kan man enten være knyttet til en bestemt lege eller til en gruppepraksis avhengig av organisasjonsform, men man har kommet langt i å innføre fast legekontakt til beboere på sykehjem[23]. På Åland, Island og i Sverige har innbyggerne tilknytning til et helsesenter, men har ikke rett på en fast lege. Analyser viser at andelen som angir å gå til fast lege i Sverige er redusert og er nå på omtrent 30 prosent[24]. Staten og Sveriges Kommuner og regioner (SKR) har inngått en overenskomst for å utvikle helse- og omsorgstjenesten (den nära vården). Ett av målene er at halvparten av befolkningen generelt skal ha en fast legekontakt i løpet av 2022, og målet er en høyere andel innen eldreomsorgen[25]. Det er et krav at legen må være spesialist i allmennmedisin for å bli en fast legekontakt. Kontinuitet har vært og er en viktig dimensjon i den nordiske primærhelsetjenesten. Både knapphet på leger og bruk av korttidsavtaler (som i Norge og Sverige) bidrar til å svekke kontinuiteten i tjenestene i nordiske land[22].

Kunnskap om kvalitet og tilgjengelighet i tjenestene

Det er begrenset tilgang til publisert statistikk for sammenligning av europeiske eller nordiske landene når det gjelder rekruttering og stabilitet i allmennlegetjenesten, og det samme gjelder for indikatorer på tilgjengelighet og kvalitet. Norge og landene i Norden er blant landene som ut fra rapporterte tall har et ganske høyt antall leger per innbygger i Europeisk sammenheng[26]. Som i svært mange andre land har veksten i leger også i Norge vært langt sterkere i spesialisthelsetjenesten enn i primærhelsetjenesten[27] [28].

---

[20] *World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Keskimäki, Ilmo, Tynkkynen, Liina-Kaisa, Reissell, Eeva.et al. (2019). Finland:health system review. World Health Organization. Regional Office for Europe.*

[21] *Ose et.al 2018 Sykefraværsoppfølging i Danmark, Finland, Island, Nederland, Norge, Sverige og Tyskland. Rapport SINTEF*

[22] *Larsen, Klausen og Højgaard 2020: Primary Health Care in the Nordic Countries – Comparative Analysis and Identification of Challenges. Rapport fra The Danish Center for Social Science Research (VIVE).*

[23] *https://www.kl.dk/nyheder/momentum/2020/nr-6/flere-og-flere-plejehjemsbeboere-har-glaede-af-fast-laege/*

[24] *https://www.vardanalys.se/rapporter/fast-kontakt-i-primarvarden/*

[25] https://skr.se/skr/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/overenskommelseomengodochnaravard.28402.html *og https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2021/01/varannan-svensk-ska-ha-fast-lakare-nasta-ar/*

[26] *File: Practising physicians, 2013 and 2018 (per 100 000 inhabitants) Health20.png - Statistics Explained (europa.eu)*

[27] *Helsedirektoratet 2020 Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Rapport 2020 IS- 2967*

[28] *OECD 2020 Realising the Potential of Primary Health Care.*

Internasjonale organisasjoner som OECD (Health at a Glance Europe), WHO og EU bidrar til utvikling av felles overnasjonale indikatorer og publiserer noe statistikk relatert til primærhelsetjenesten, og Commonwealth Fund har gjennomført spørreundersøkelser om primærhelsetjenesten i de samme 11 land med en del års mellomrom, hvor Norge også inngår[29]. Ulik organisering av tjenestene mellom og innad i land gjør det ofte krevende å gjøre valide sammenligninger. Dette er en enda større utfordring for primærhelsetjenesten enn i sammenligninger av spesialisthelsetjenesten. Informasjon om strukturer og prosesser (hva som gjøres) er enklere å framskaffe enn indikatorer på effekten av tjenestene for pasienter og befolkning. De siste årene har bruk av pasientrapporterte målinger (PROM) og pasientrapporterte erfaringer (PREM) kommet for fullt for å vurdere kvalitet og effekt i helsetjenesten.

Indikatorene for kvalitet i primærhelsetjenesten i den internasjonale statistikken er ofte knyttet til omfang av innleggelser i sykehus for tilstander som antas å kunne forebygges eller at mange innleggelsen kan unngås. I OECD-statistikken inkluderer dette innleggelser for kroniske tilstander som astma, KOLS, diabetes, høyt blodtrykk og hjertesvikt. I tillegg er omfang av vaksinering og foreskriving av utvalgte typer medisiner inkludert[30]. Nasjonal statistikk om primærhelsetjenesten er begrenset også i de nordiske land[31.] I Finland er det tilgjengelig noe informasjon om pasienttilfredshet med tilgjengelighet og ventetid til konsultasjon ved helsesentralene. I Sverige publiserer SKR (Sveriges kommuner og Regioner) indikatorer om primærhelsetjenesten fordelt på regioner[32]. Dette inkluderer blant annet medisinsk vurdering innen tre dager, rimelig ventetid på time, tilgjengelighet per telefon, blodsukker verdi (HbA1c > 70 mmol/mol) ved oppfølging av diabetespasienter og kontaktsykepleier ved nydiagnostisert brystkreft.

Sverige er det eneste landet som automatisk samler inn og overfører data fra regioner og helsesentre til en nasjonal database. I de andre landene eksisterer det ulike registre og databaser, men brukes foreløpig i mindre grad systematisk i kvalitetsutvikling og monitorering[31]. I forbindelse med den nasjonale oppfølgingen av målsettingen en "mer nära vård" med fokus på primærhelsetjenesten ble mulighetene til å innhente resultater på aggregert nivå fra regioner og kommuner kartlagt[33].

Like viktig som monitorering er økende vekt på å etablere verktøy og systemer for å understøtte og muliggjøre at tjenestene selv kan drive kvalitetsutvikling. Eksempler på det siste er det svenske systemet "PrimärvårdsKvalitet". Formålet er å etablere er et nasjonalt system for kvalitetsdata i primærhelsetjenesten med formål om å støtte forbedringsarbeidet og oppfølging gjennom analyse, refleksjon og læring. PrimärvårdsKvalitet omfatter kvalitetsindikatorer samt tekniske løsninger som skal gjøre det enkelt å automatisk få ut kvalitetsdata om pasienter, sykdomsgrupper og virksomheter[34].

Et annet eksempel er fra Danmark. KiAP er et nytt program for kvalitetsutvikling i allmennpraksis og eies av Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation (PLO), og skal være en støtteorganisasjon for praktiserende leger med stort fokus på kvalitetsdata og kvalitetsutvikling. Programmet er blant annet med å fasilitere at alle praktiserende leger finner sammen i faglige fellesskap (klynger)[35]. Kvalitetsprogrammets har fem prosjektspor som er følgende; datadrevet kvalitetsutvikling, utvikling av indikatorer for allmennmedisin, "Klyngedannelse", Regional organisering og fremtidig nasjonal organisering.

---

[29] *Se resultater fra sammenligning av 11 land, herunder Norge https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/2019-*

[30] *https://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-primary-care.htm*

[31] *Larsen, Klausen og Højgaard 2020: Primary Health Care in the Nordic Countries – Comparative Analysis and Identification of Challenges. Rapport fra The Danish Center for Social Science Research (VIVE).*

[32] *Sveriges Kommuner och Regioner 2020: Hälso- och sjukvårdsrapporten 2020. ÖPPNA JÄMFÖRELSER*

[33] *Uppföljning av omställningen till en mer nära vård – ett förslag på indikatorer (socialstyrelsen.se)*

[34] *http://primarvardskvalitet.skl.se/*

[35] *https://www.laeger.dk/kvalitet-i-klynger-kom-godt-i-gang*

DEL 1: EN ATTRAKTIV OG TRYGG KARRIEREVEI

1. BESKRIVELSE, HOVEDFUNN OG VURDERINGER

1.1. Beskrivelse av målområdet

Målområde 1 har et todelt fokus, det handler både om rekruttering og stabilitet. Allmennlegetjenesten skal oppleves som en attraktiv og trygg karrierevei, både for allmennleger som er i gang med - eller har fullført spesialistutdanning i allmennmedisin - og for leger som vurderer å starte spesialistutdanning i allmennmedisin.

En nyutdannet lege skal ha tilgang til god faglig veiledning fra erfarne kolleger. De etablerte fastlegene skal få drive med faglig relevante oppgaver, ha en rimelig arbeidsbelastning og bidra med sin kompetanse til å forme og lede tjenesten på tjenestenivå og utvikle den på systemnivå. Det skal tilrettelegges for en bedre samhandling og arbeidsdeling med spesialisthelsetjenesten. Fastlegene skal ha tid til å holde seg faglig oppdatert og tid til kvalitetsarbeid. Det skal være lavere terskel for å etablere seg som fastlege gjennom en finansielt tryggere start.

Målsettingen forutsetter gode rammebetingelser som treffer den enkelte lege, og den er også avhengig av strukturelle og økonomiske forhold på systemnivå som påvirker tilgangen til nye leger.

Ni av handlingsplanens 17 tiltak er knyttet til dette målområdet:

- Tiltak 1: Endre og styrke basisfinansieringen av fastlegeordningen
- Tiltak 2: Gjennomgå takstsystemet for å understøtte faglig riktig praksis
- Tiltak 3: Øke antallet ALIS-avtaler i kommuner med rekrutteringsutfordringer
- Tiltak 4: Styrke ALIS-kontorene
- Tiltak 5: Tilrettelegge for en bedre arbeidsdeling og samhandling med spesialisthelsetjenesten
- Tiltak 6: Avlaste fastlegene for oppgaver
- Tiltak 7: Skaffe økt innsikt om legevaktarbeid og prøve ut nye måter å organisere legevakt
- Tiltak 8: Styrke Sykehjelps- og pensjonsordning for leger og Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i 2020
- Tiltak 9: Regjeringen vil tilrettelegge for et hensiktsmessig antall LIS1-stillinger

Tiltakene skal sammen bidra til at allmennlegeyrket betraktes som en trygg og attraktiv karrierevei. Det er definert seks effektmål for målområdet:

- Finansieringsordninger som bedre understøtter stabilitet og rekruttering av allmennleger
- Økte muligheter for kompetanseheving og kvalitetsutvikling for allmennleger
- Økt rekruttering og stabilitet blant allmennleger
- Bedre og riktigere utnyttelse av allmennlegens tid og kompetanse
- Bedre organisering av allmennlegetjenesten
- Redusert arbeidsbelastning for allmennleger

1.2. Hovedfunn og vurderinger

Kostnader til allmennlegetjenesten
Det finnes pr i dag ikke tilgjengelige kostnadsdata for *alle* deler av allmennlegetjenesten, og det er derfor ikke mulig å beregne hvor mye de totale kostnadene for allmennlegetjenesten utgjør. Kostnadsdata er mest komplett for fastlegeordningen, men også for denne mangler data for kommunenes merkostnader utover basisfinansieringen.

Størsteparten av utgiftene i allmennlegetjenesten er knyttet til fastlegeordningen. Beregnet ut fra tilgjengelige data utgjorde utgifter til allmennlegetjenesten samlet 12,8 mrd. kroner i 2020, herav 11,3 mrd. til fastlegeordningen. Fra 2019 til 2020 økte utgiftene til både allmennlegetjenesten totalt og til fastlegeordningen isolert med ca. 9 prosent målt i løpende priser og tilsvarende i overkant av 5 prosent målt i faste priser. Basisfinansieringens andel av totale kostnader i fastlegeordningen økte fra 2019 til 2020.

Tall for tidligere års utgiftendringer indikerer at veksten fra 2019-2020 har vært noe sterkere enn tidligere. Dette gjelder både for allmennlegetjenesten som helhet, og for fastlegetjenesten isolert.

Effekt av økt basisfinansiering
Per 1.5.2020 ble basisfinansieringen av fastlegeordningen tilført 350 mill. kroner i friske midler, og det ble innført knekkpunkt og grunntilskudd. Basistilskuddet ble økt for de første 1000 innbyggerne på hver leges liste, med det formål å gi fastlegene rom for å gå ned i listelengde uten å gå ned i inntjening. Økt basistilskudd innebærer også en generell styrking av økonomien i fastlegeordningen, noe som kommer alle fastleger til gode og som skal bidra til rekruttering og stabilisering.

Siden 2005 har gjennomsnittlig listelengde gått ned fra år til år. Helsedirektoratets oversikt viser at knekkpunkt og økt basistilskudd for de 1000 første innbyggerne på listen, i løpet av handlingsplanens første år, ikke har forsterket utviklingen med redusert gjennomsnittlig listelengde. Reduksjonen i listelengde generelt kan se ut til å ha flatet noe ut det siste året, men samtidig indikerer dataene en økt nedgang i gjennomsnittlig listelengde for de lengste listene.

Helsedirektoratet har ikke undersøkt nærmere hvorfor listelengden ikke har gått mer ned etter innføring av knekkpunkt. Vi vil likevel peke på noen mulige forklaringer. En reduksjon i gjennomsnittlig listelengde forutsetter at det opprettes flere lister, som og videre at det er mulig å rekruttere leger til disse listene. Rekrutteringssituasjonen er utfordrende, og dette kan være en årsak til at gjennomsnittlig listelengde ikke har gått mer ned etter innføring av knekkpunkt, sammenliknet med tidligere. En annen mulig forklaring kan være at fastlegene ikke har prioritert å få kortere lister og at de i stedet beholder den inntektsøkningen de fikk gjennom styrkingen av basistilskuddet. En tredje forklaringsfaktor kan være at det tar tid før effekter av knekkpunkt/økt basistilskudd (og grunntilskudd) kan observeres. En reduksjon i listelengde avtales med kommunen og gjennomføres enten ved at Helfo gjør et tilfeldig uttrekk og flytter pasienter til en annen liste. Det settes listetak og listen lukkes for nye pasienter. Alternativet er at listelengden reduseres ved naturlig avgang. Reduksjon i listelengde ved naturlig avgang er en prosess som det tar tid å identifisere effekten av.

Det innførte grunntilskuddet innebærer at fastleger med lister på mindre enn 500 innbyggere og med listetak over 500 innbyggere, har krav på basistilskudd tilsvarende 500 listeinnbyggere i inntil 2 år. Ordningen skal legge til rette for at flere kan gå inn i en ny praksis. Resultatene viser at svært få fastlegeavtaler gir grunnlag for grunntilskudd (bare 37 næringsdrivende fastleger pr. april 2021), og at det har vært en nedgang i antall grunntilskudd siden ordningen ble innført 1.5.2020. Helsedirektoratet kan ikke se at ordningen med grunntilskudd så langt har gitt ønsket effekt.

Det vil trolig være behov for å se nærmere på innretningen av endringene i basisfinansieringen for å øke effekten av tiltaket. Samtidig vil det være viktig å følge med på de øvrige effektene av handlingsplanen rettet mot rekruttering- og stabilisering av fastlegeordningen. Dette vil legge til rette for at fastleger og kommuner kan ta grep for å få redusert listelengde og vil samtidig styrke vår kunnskap ift. om endringene i basisfinansieringen bidrar til å nå målet om en trygg og attraktiv karrierevei. En reduksjon i listelengde, uten at antallet fastleger øker, vil medføre at flere innbyggere står på liste uten fast lege.

Handlingsplanen skal bedre rekruttering og stabilitet i allmennlegetjenesten

Det har vært en jevn vekst i avtalte legeårsverk i den kommunale helse- og omsorgstjenesten de siste årene. Denne veksten fortsatte i 2020, med en økning på 3,7 prosent fra 2019. Dette innebærer også en vekst i legeårsverk pr. innbygger. Økningen er størst blant kommunalt ansatte leger, inkludert kommunalt ansatte fastleger. Blant næringsdrivende fastleger er veksten beskjeden.

I fastlegetjenesten isolert viser tallene at antall unike leger og fastlegeavtaler øker jevnt, noe som er forventet ut fra befolkningsvekst og flere oppgaver for fastlegene. Helsedirektoratets beregninger viser en netto tilvekst på rundt 60-70 fastleger de siste årene. Samtidig med veksten i antall fastleger, øker også antall ubesatte lister. Denne utviklingen har forsterket seg det siste året**.** Økningen i lister uten fast lege er en indikasjon på økte rekrutterings- og stabiliseringsproblemer i fastlegeordningen**.** Omtrent en tredjedel av listene uten lege sto ubesatt i mer enn ett år før ny fast lege kom på plass i 2020.

Det er stor variasjon i alderssammensetning på legene i ulike kommuner. I mange kommuner har innbyggerne hatt en stabil legetjeneste i mange år, men har en høy andel leger over 60 år, og vil i løpet av få år oppleve behov for mange nye leger. Dette gjelder flere små kommuner, men også større kommuner som Narvik, Ås, Lier og Bærum, hvor mer enn 1/3 av fastlegene er over 60 år. Det er viktig at kommuner med høy andel fastleger over 60 år planlegger for et økt rekrutteringsbehov i de kommende årene. Selv om andelen eldre leger er større i mange av de store kommunene vurderer Helsedirektoratet at rekrutteringsutfordringene likevel vil være mindre for store kommuner enn for de minste kommunene. De minste kommunene taper ofte konkurransen om rekruttering av nyutdannede leger.

I de minste kommunene (med under 2000 innbyggere) er 8 av 10 fastleger på fastlønn, mens i de største byene er kun 5 av 100 på fastlønnsavtale. Dette tegner et bilde av at det i praksis eksisterer 2 hovedmodeller for drift av fastlegepraksis, hvor fastlønn er hovedmodellen i de minste kommunene og næringsdrift er hovedmodellen i større kommuner. Pr. mars 2021 var 16 prosent av fastlegelistene knyttet til fastlønnsavtaler. Fra mars 2018 til mars 2021 har antall registrerte fastlønnsavtaler økt med 43 prosent (+251). Andelen fastleger med fastlønn har økt både i mindre og større kommuner, men er størst i de minste kommunene. Økende grad av fastlønn kan påvirke aktiviteten målt ved antall konsultasjoner i tjenesten. Det vil være viktig å følge med på hvordan næringsdrift og fastlønn med og uten insentiv bør balanseres for å oppnå best resultat for pasient, fastlege og kommune. Planleggingen for og tilrettelegging av fastlegetjenesten bør i det videre gjenspeile at fastlønn og næringsdrift, avhengig av kommunestørrelse, i praksis er to hovedmodeller.

Andelen fastleger som hadde registrert vikar i løpet av første kvartal har på nasjonalt nivå holdt seg ganske stabilt rundt 25-30 prosent de siste årene. Dette inkluderer både registrerte korttids- og langtidsvikariater. Samlet tegner det seg et bilde av at mindre kommuner har en større andel fulltidsvikariater av kort varighet, mens større kommuner har en større andel lengre vikariater med lavere stillingsandel[36]. Utvikling og variasjon i bruken av vikar i fastlegetjenesten er viktig å følge med på, også for å øke vår kunnskap om mulige sammenhenger med rekrutteringsutfordringer og arbeidsbelastning i tjenesten. Vikarbruk har

[36] *En tidligere undersøkelse fra 2014 viste samme mønster, se Abelsen, Gaski og Brandstorp "Vikarbruk i fastlegeordningen", Utposten 6 2016.*

konsekvenser for kontinuiteten i relasjonen mellom lege og innbygger, og det kan potensielt påvirke kvaliteten i oppfølgingen.

Vedlegg 3 inneholder utvalgte tall som viser kjennetegn ved fastlegetjenesten fordelt etter kommunestørrelse og fylker.

Handlingsplanen skal gi økt trygghet ved gjennomføring av spesialistutdanning i allmennmedisin

Hva som er et hensiktsmessig antall stillinger, henger først og fremst sammen med behovet for leger i tjenestene fremover. Søknadsstatistikken viser at rekrutteringsgrunnlaget for nye LIS1-stillinger er stort, selv om antall søkere til LIS1-stillinger har flatet ut de siste tre årene, etter flere år med tydelig økning. Etablering av nye LIS1-stillinger har ført til at en økt andel av søkerne fikk tilbud om stilling i søknadsrunden våren 2020 og høsten 2020. Likevel var det under halvparten av LIS1 søkerne som fikk tilbud om LIS1-stilling våren 2020 og omtrent halvparten av søkerne fikk tilbud om LIS1-stilling høsten 2020. Helsedirektoratet mener det er viktig at økningen i antallet LIS1 stillinger videreføres og økes ytterligere gjennom planperioden for å oppnå målet om et hensiktsmessig antall LIS1-stillinger.

Både andelen og antallet fastleger med gjennomført spesialisering har økt jevnt over tid, og trenden fortsetter i 2020. En medvirkende årsak til dette er kompetanseforskriften av mars 2017, som krever at tiltredende fastlege skal være spesialist eller under spesialisering i allmennmedisin. En tydelig effekt av tiltakene i handlingsplanen kan etter hvert vises ved at denne økningen forsterkes.

ALIS-avtaler er et viktig tiltak i Handlingsplan for allmennlegetjenesten og skal bidra til trygge og gode rammer for allmennleger i spesialisering. Hovedoppgaven til ALIS-kontorene 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. Det er opprettet 5 nye ALIS kontor. Kontorene har fått økte driftsmidler og kan i tråd med dette øke sin aktivitet for å følge opp og gi råd til rekrutteringssvake kommuner.

Helsedirektoratet har oversikt over ALIS-avtaler som har mottatt tilskudd i 2019 og 2020, inkludert tilskudd fra prosjektene ALIS Nord og ALIS Vest. Det ble totalt gitt tilskudd til 190 ALIS-avtaler i 2019 og til 127 ALIS-avtaler i 2020. Antallet ALIS-avtaler kan imidlertid være høyere enn det antall avtaler som har mottatt tilskudd. Dette gjelder spesielt for ALIS-avtaler hvor ALIS er ansatt i kommunen. For 2021 er tilskuddsregelverket for ALIS-avtale endret og midlene er økt betydelig. Det er forventet at antallet ALIS-avtaler som mottar tilskudd vil øke som følge av dette. Gjennom tilskuddsordningen kan det i år gis full støtte til 425 ALIS-avtaler. I tillegg kommer ALIS-avtaler gjennom prosjektene ALIS-Vest og ALIS-Nord.

Av de 80 kommunene med størst rekrutteringsvansker mottok kun 25 av kommunene tilskudd til en eller flere ALIS-avtaler i 2020. Helsedirektoratet vurderer at det kan være ulike årsaker til at 55 av disse kommunene ikke mottok tilskudd i 2020. Den viktigste synes imidlertid å være at ALIS-avtale med næringsdrift er et mindre treffsikkert tiltak i særlig rekrutteringssvake kommuner. Dette understøttes både av funn fra ALIS-Nord og gjennom ALIS-tilskudd til fastlege med næringsdrift i 2020. Evalueringen av ALIS-Nord løfter frem overgangsavtaler som en mulig utprøving. I hvilken grad en eventuell fremtidig utprøving av overgangsavtaler fra fastlønn til næring vil påvirke rekruttering og utviklingen i driftsform på sikt, må hvis aktuelt, erfares og følges med på.

Helsedirektoratet har gjennom dialog med Statsforvaltere, ALIS-kontor og andre blitt kjent med at flere kommuner opplever dagens tilskuddsordning som komplisert. 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. Det pekes også på utfordringer med å få på plass tilstrekkelige veiledningsressurser. I særlig rekrutteringssvake kommuner er spesialister i allmennmedisin 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.

Helsedirektoratets vurdering er at det bør legges til rette for at ALIS, i samråd med kommunen, kan velge fastlønn på lik linje med næringsdrift, og at støtteordningene gjenspeiler dette og er lett tilgjengelige. Det bør videre jobbes aktivt med å øke og styrke veilederkapasiteten.

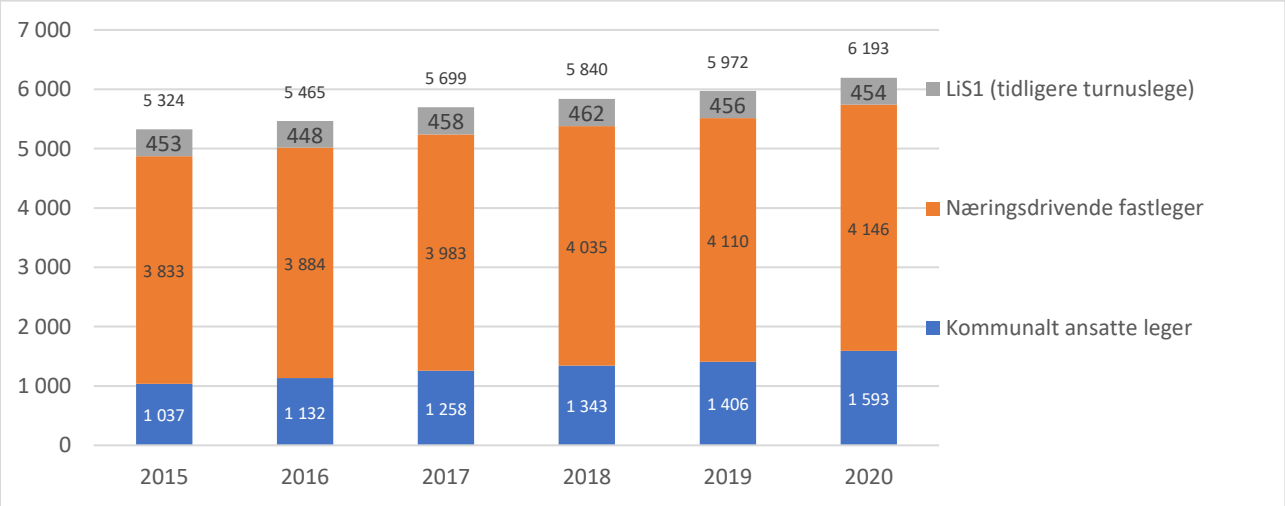
2. LEGER I DEN KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN

Ettersom handlingsplanen omfatter hele allmennlegetjenesten, vil vi begynne med å gi en overordnet oversikt over utviklingen i legeårsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, basert på KOSTRA-tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB), før vi i neste delkapittel vil se nærmere på utviklingen i fastlegetjenesten. *Legevakt og fengselshelsetjenesten* er dessverre ikke er inkludert i dataene som danner grunnlaget for figurene som følger. Helsedirektoratet vil sammen med relevante aktører se på muligheten for at kommuner i fremtiden kan avgi strukturert informasjon om legevakt. For å få til dette kreves det utredning av flere faktorer, herunder hva som er lett tilgjengelig informasjon og hva som pr. i dag er vanskeligere å svare ut enhetlig. Dette kan for eksempel gjelde samlokalisering av legevakt med spesialisthelsetjenesten, interkommunalt legevakt-samarbeid med mer.

2.1. Avtalte legeårsverk i kommunene fordelt på avtaleform og KOSTRA-funksjon

Figuren under viser avtalte legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester fordelt på avtaleform. Merk at tallene for kommunalt ansatte leger inkluderer både fastlønnede fastleger og andre kommunalt ansatte leger. I 2020 var det 6193 legeårsverk i kommunene, noe som er 221 flere enn året før. Dette tilsvarer en økning på 3,7 prosent. Økningen var klart størst blant kommunalt ansatte leger, med en økning på 186 årsverk (13 prosent). Økningen blant næringsdrivende fastleger var på 36 årsverk (0,9 prosent).

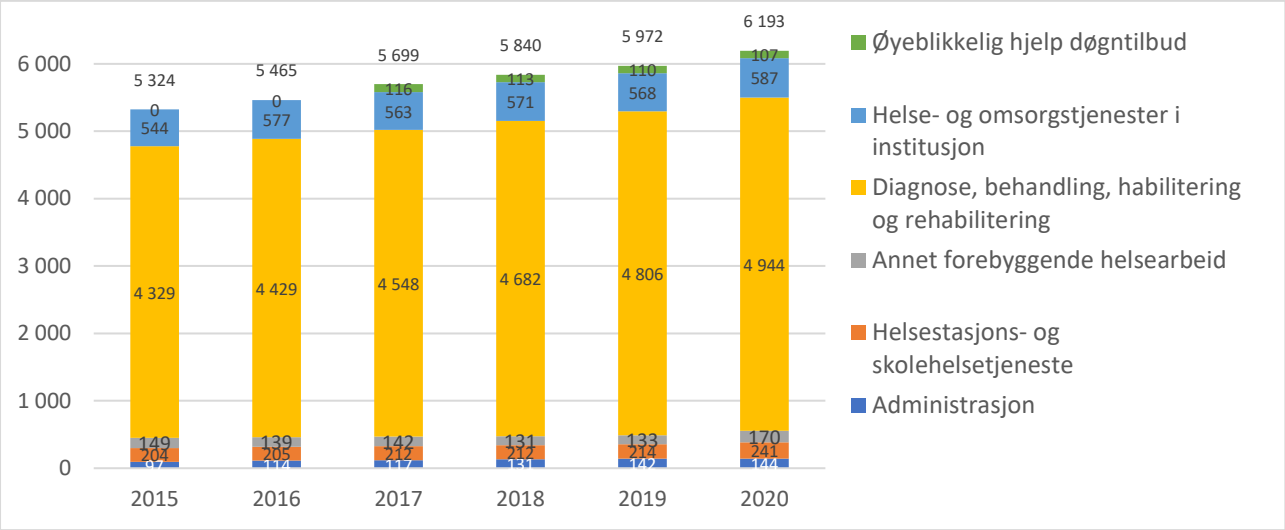
Figur 2.1 Avtalte legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter avtaleform, 2015-2020.



Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996. Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter avtaleform. Beregning av timer pr. uke for næringsdrivende fastleger tar utgangspunkt i at en full hjemmel regnes som 37.5 timer pr. uke. Næringsdrivende leger utenfor fastlegeordningen er holdt utenfor, da denne kategorien ble fjernet f.o.m. 2020-rapporteringen. Merk at noen få kommuner i 2020 kan ha rapportert noen næringsdrivende leger som er finansiert av kommunene, men som ikke er en del av fastlegeordningen, som kommunalt ansatte leger, men antallet vil være svært lavt.

Kommunene rapporterer også legeårsverkene fordelt på KOSTRA-funksjoner, og figuren under viser årsverkene fordelt på funksjon. Funksjonen *diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering*, som omfatter vanlig fastlegearbeid, utgjør 8 av 10 legeårsverk i kommunene.

Figur 2.2 Avtalte legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter funksjon, 2015-2020.

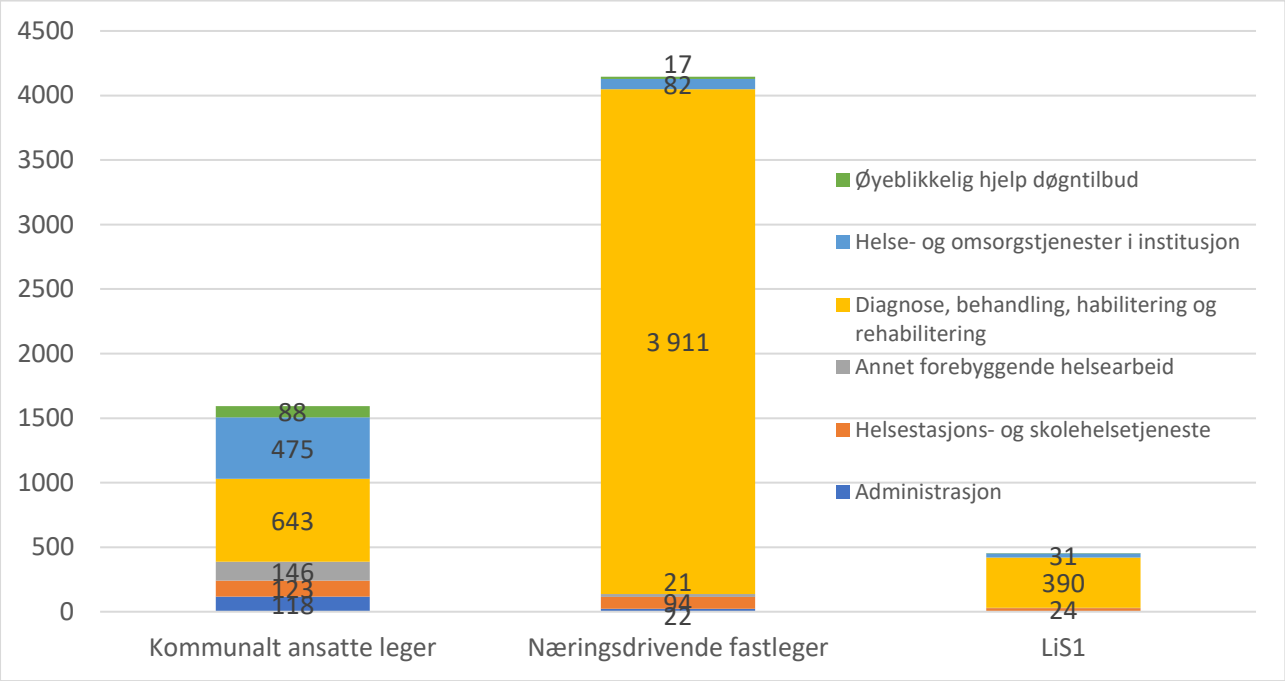


Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996. Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter funksjon. Funksjonen "øyeblikkelig hjelp døgntilbud" var ny i 2017 (tidligere var disse årsverkene trolig for det meste fordelt mellom funksjonene diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering og helse- og omsorgstjenester i institusjon). Tallene er avrundet.

Den største *absolutte* økningen siste år fant sted i funksjonen *Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering*, med 138 årsverk (2,9 prosent). Det har over tid vært små endringer i øvrige funksjoner, men i 2020 var det en styrking av legeårsverk i *helsestasjons- og skolehelsetjenesten*, med ca. 28 årsverk (13 prosent). *Annet forebyggende helsearbeid* økte med ca. 36 årsverk (27,3 prosent). Det var også en økning på ca. 20 årsverk innen *helse- og omsorgstjenester i institusjoner* (3,5 prosent). Annet *forebyggende* helsearbeid inkluderer smittevernberedskap og tiltak som smittesporing og testing, og økning i årsverk her skyldes trolig behovet for flere årsverk i bekjempelsen av covid-19-pandemien.

Figur 2.3 viser avtalte legeårsverk i 2020, fordelt på avtaleform og funksjon. Offentlig legearbeid som utføres av næringsdrivende lege med fastlegeavtale på fast timebasis, regnes som arbeid utført av næringsdrivende lege med fastlegeavtale. Figur 2.2 viser at diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering er den klart største funksjonen, men figuren under viser hvordan kommunalt ansatte leger i langt større grad enn næringsdrivende fastleger har andre kommunale legeoppgaver. Vi minner om at kommunalt ansatte leger ikke er synonymt med fastlønnet fastlege, og også inkluderer andre kommunale leger.

Figur 2.3 Avtalte legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, fordelt på avtaleform og funksjon, 2020.



Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996. Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter avtaleform og funksjon. De er ca. 3 LiS1-årsverk på hver av funksjonene administrasjon, annet forebyggende helsearbeid og ØHD, som ikke er synlige i figurene.

2.2. Avtalte legeårsverk i kommunene pr. 10 000 innbyggere

Tabell 2.1 viser avtalte legeårsverk pr. 10 000 innbyggere i perioden 2015 til 2020, som har økt fra 10,2 til 11,5 årsverk. Veksten i legeårsverk har altså vært større enn befolkningsveksten. I denne perioden har samtidig befolkningssammensetningen endret seg betydelig, med en økt del av befolkningen i de eldre aldersgruppene, som benytter fastlegen i større grad enn yngre.

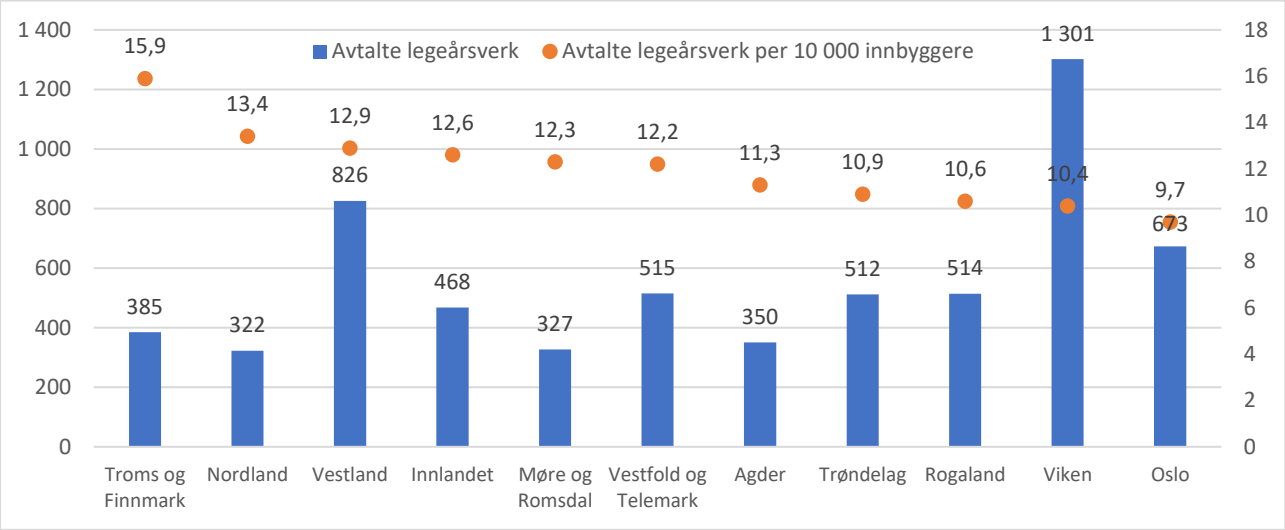
Tabell 2.1 Avtalte legeårsverk pr. 10 000 innbyggere, 2015-2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Avtalte legeårsverk i kommunene pr. 10 000 innbyggere	10,2	10,4	10,8	11,0	11,1	11,5

Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996. For å få sammenlignbare data, er private leger utenfor fastlegeordningen fjernet for årene 2015 til 2019 (fra og med 2020 er disse ikke lenger inkludert i KOSTRA-rapporteringen). Dermed avviker tallene for 2015-2019 noe fra SSBs statistikkbank.

Figur 2.4 viser avtalte legeårsverk (søylene) og avtalte årsverk pr. 10 000 innbyggere (punktene), fordelt på fylker. Antallet varierer fra 9,7 pr. 10 000 innbyggere i Oslo til 15,9 i Troms og Finnmark. Flere forhold kan bidra til forskjeller mellom fylkene, blant annet innslaget av små kommuner, en alderssammensetning med flere eldre i små kommuner, generell helsetilstand og geografiske forhold. Fylker som har mange lite sentrale kommuner med lavt innbyggertall, som de nordlige fylkene, vil ha behov for en bedre dekning enn fylker med mer folkerike og sentrale kommuner. De to mest folkerike fylkene på Østlandet har et stort antall legeårsverk, men samtidig det laveste antallet sett opp mot innbyggertallet.

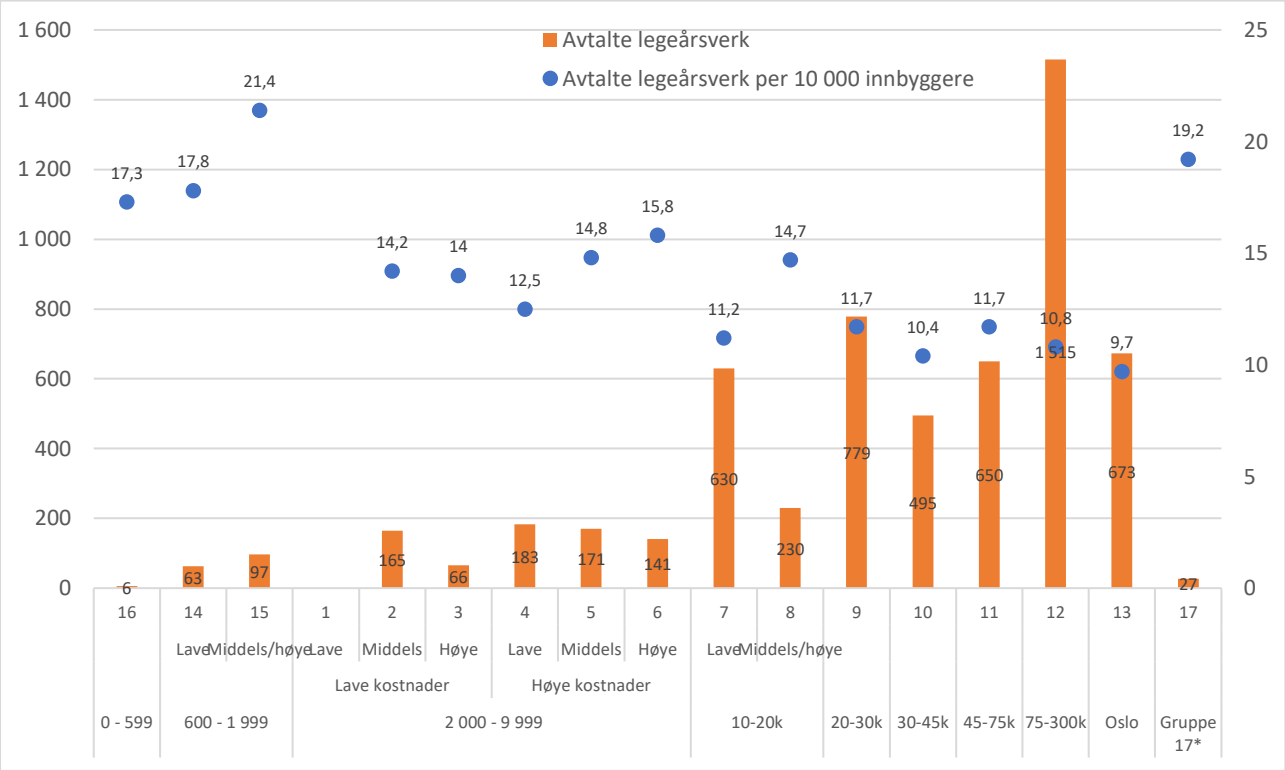
Figur 2.4. Avtalte legeårsverk og avtalte legeårsverk pr. 10 000 innbyggere, fordelt på fylker. 2020.



Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996. Sortert etter avtalte legeårsverk pr. 10 000 innbyggere.

Figur 2.5 viser avtalte legeårsverk og avtalte legeårsverk pr. 10 000 innbyggere fordelt på de nye KOSTRA-gruppene, som er en måte å gruppere kommuner på basert på innbyggertall, bundne kostnader og korrigerte inntekter. Vi ser at kommuner med et lavt innbyggertall (venstre side i figuren) har et høyt antall legeårsverk i forhold til innbyggertallet, noe som er naturlig ettersom selv et lite antall leger vil gi et høyt tall i kommuner med få innbyggere. Figuren antyder også at kommuner med høyere korrigerte inntekter har flere legeårsverk pr. 10 000 innbyggere enn kommuner med lavere inntekter av samme størrelse.

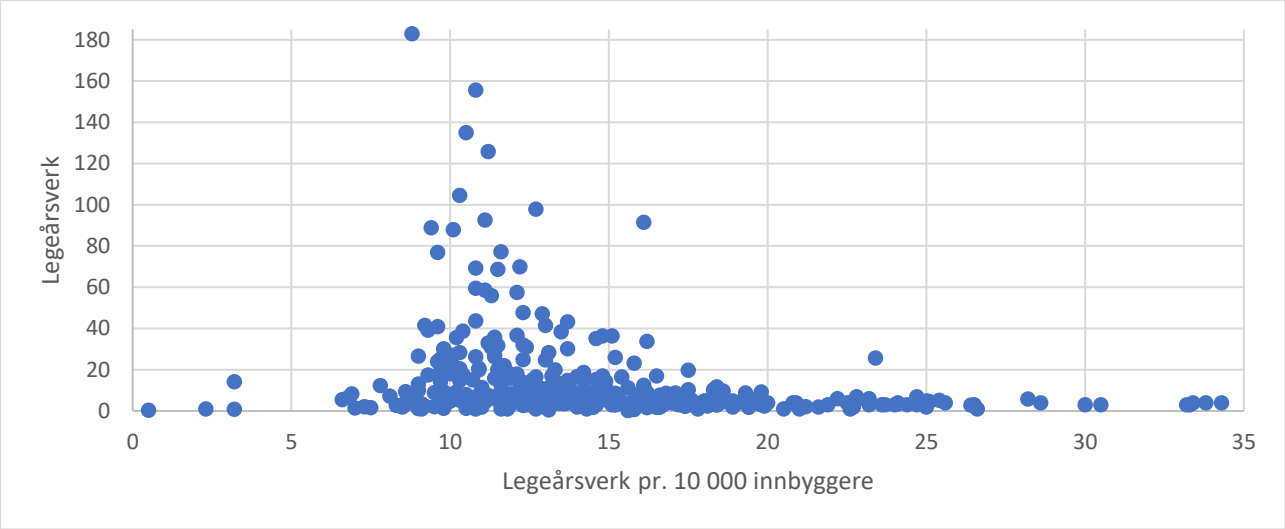
Figur 2.5 Avtalte legeårsverk og avtalte legeårsverk pr. 10 000 innbyggere, fordelt på KOSTRA-grupper. 2020.



*Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996. Basert på kommunestørrelse (økende størrelse mot høyre) og bundne kostnader og korrigerte inntekter. *Gruppe 17 er de åtte kommunene med høyest skatteinntekter.*

Hvert punkt i figur 2.6 representerer en enkeltkommune. Verdiene på y-aksen er avtalte årsverk og verdiene på x-aksen er avtalte årsverk pr. 10 000 innbyggere. Omtrent to av tre kommuner har mindre enn 10 legeårsverk og "mediankommunen" har syv årsverk. De fleste kommuner, 257, har mellom 10 og 20 legeårsverk pr. 10 000 innbyggere, og "mediankommunen" har 13,1 legeårsverk pr. 10 000 innbyggere. De som har en høyere legedekning, er med ett unntak kommuner med et lavt antall årsverk og innbyggere.

Figur 2.6. Avtalte legeårsverk (y-aksen) og årsverk pr. 10 000 innbyggere (x-aksen) i enkeltkommuner. 2020.



Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996. Kommunene Bergen (366 årsverk og 12,8 årsverk pr. 10 000 innbyggere) og Oslo (673 årsverk og 9,7 årsverk pr. 10 000 innbyggere) vises ikke i figuren fordi disse har et langt høyere antall årsverk enn andre kommuner (høy verdi på y-aksen). Lavangen kommune (4 årsverk og 39,2 årsverk pr. 10 000 innbyggere) og Loppa kommune (4,2 årsverk og 48,8 årsverk pr. 10 000) er heller ikke vist, grunnet høye verdier x-aksen.

2.3. Kort om helprivate allmennleger

Det er grunn til å tro at tilbudet av helprivate allmennlegetjenester er økende spesielt i de større byene. Pr. i dag foreligger det ingen god oversikt over denne delen av allmennlegetjenesten, og Helsedirektoratet har derfor ikke forutsetninger for å beskrive hvilken innvirkning helprivate allmennleger har på tilgjengeligheten og arbeidsbelastningen til kommunale allmennleger. Vi har heller ingen kunnskap om kvaliteten i denne tjenesten. Helprivate allmennleger er derfor ikke omtalt i årsrapporten.

Det vil i det videre være nyttig å følge med på hvordan den kommunale og den helprivate allmennlegetjenesten påvirker hverandre, og hvilke likheter og ulikheter disse tjenestene har som får betydning for innbyggerne. Hvor og hvordan data kan innhentes for å følge med på denne delen av tjenesten har det hittil ikke vært gjort noen vurdering av. Det vil kunne være et fremtidig utrednings- og utviklingsområde.

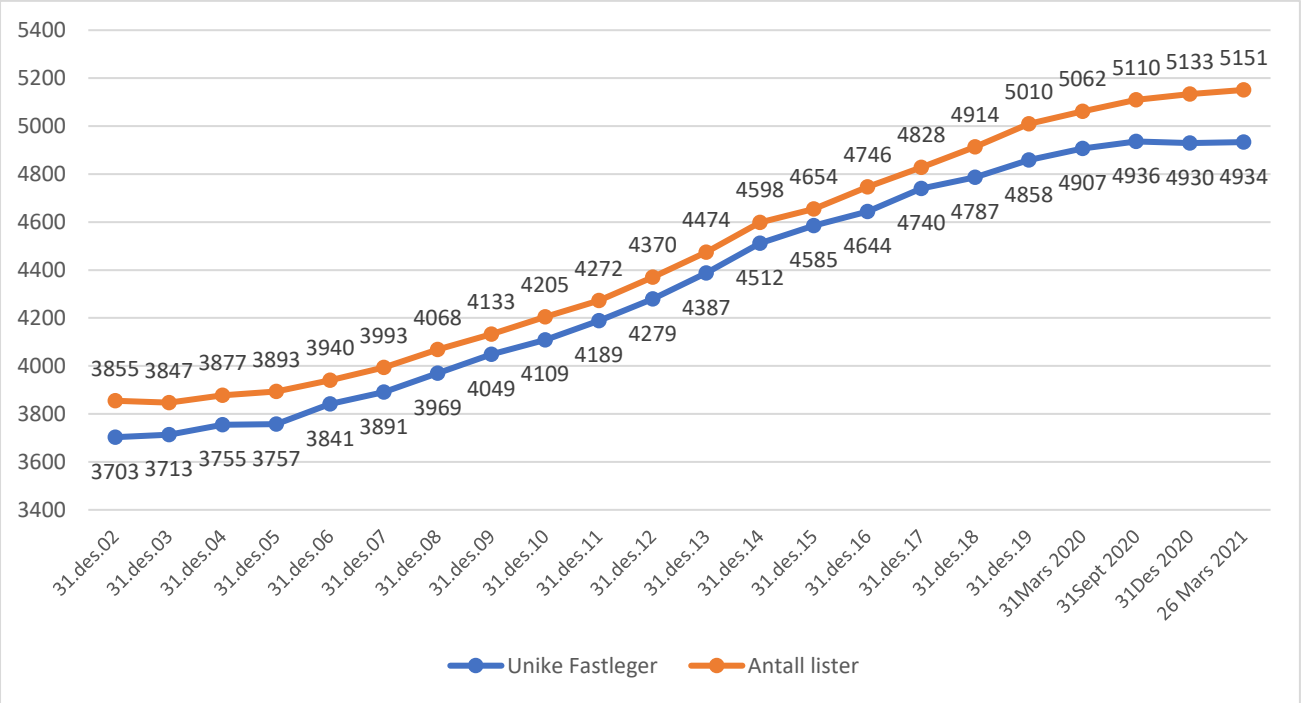
3. UTVIKLINGEN I FASTLEGETJENESTEN

3.1. Mange utviklingstrekk påvirker fastlegeordningen

Handlingsplanen skal bidra til å sikre god rekruttering og forebygge at fastleger slutter i tjenesten. Med utgangspunkt i tilgjengelige nasjonale datagrunnlag om fastlegeordningen framstilles noen utviklingstrekk i tjenesten i et langsiktig perspektiv (når datagrunnlag er tilgjengelig), men likevel med hovedvekt på utviklingen i de siste årene. Eventuelle endringer det siste året er viktige i lys av handlingsplanen[37].

Figur 3.1 viser at antall fastlegelister har økt fra i underkant av 4000 i 2002 til over 5000 i 2021, en økning på 29 prosent. I samme periode økte antall unike fastleger med 33 prosent og antall innbyggere økte med 18 prosent[38]. Veksttakten i antall leger har variert i ulike perioder, med 2013 og 2014 som årene med sterkest vekst. Ved telling 31 desember 2019 og 31 desember 2020 finner vi en vekst på 72 leger.

Figur 3.1 Utvikling i antall unike fastleger og antall lister fra desember 2002 til mars 2021

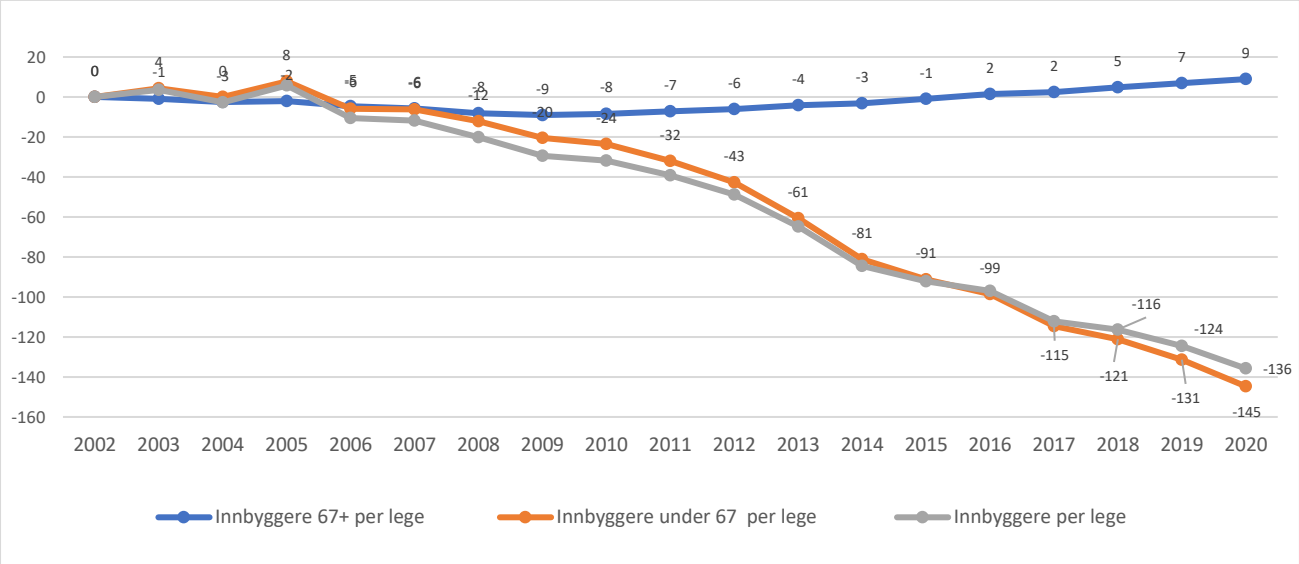


En sammenligning av antall pr. 31 mars 2020 med 26 mars 2021 viser en økning fra 4907 til 4934. Dette er en økning på 27 fastleger tilsvarende 0,6 prosent, altså en mindre vekst enn når vi sammenligner desember-tallene de to årene. Dette kan gjenspeile mindre vekst enn tidligere og utviklingen må derfor følges nøye i tiden framover. Figuren viser også at det har vært en større økning i antall fastlegelister enn i antall fastleger det siste året. Dette indikerer at antall ubesatte lister øker og at flere innbyggere står uten fastlege. Lister uten fast lege betjenes av vikarer eller av andre fastleger gjennom kollegial fraværsdekning og i noen tilfeller legevakt. Det er uklart i hvilket omfang kommunene registrerer nyopprettede hjemler/lister inn i HELFO sitt system for fastlegeordningen hvis lege ikke er kommet på plass. Dette har betydning for hva vi fanger opp av udekkede hjemler/lister.

[37] *Datagrunnlaget i dette kapitlet er hentet fra Helfo sitt system for administrasjon av fastlegeordningen (FLO)*
[38] *Se vedlegg 1, figur v1.1 som viser utvikling i prosent endring i befolkning og fastleger*

Antall fastlegelister og fastleger har økt noe mer enn befolkningsveksten samlet i perioden fra 2002. Samtidig har det skjedd en rekke endringer som påvirker fastlegenes arbeidshverdag. Sammensetningen av befolkingen har endret seg ved at det er flere eldre og færre yngre innbyggere[39]. Dette påvirker omfang av ulike problemstillinger fastlegene møter til daglig. Figuren nedenfor illustrerer at antallet innbyggere pr. lege er redusert med omtrent 130 i perioden 2002 til 2020, mens antall innbyggere over 67 år pr. lege har gått noe opp til tross for legevekst. Det må påpekes at dette ikke er basert på årsverk, men faktisk antall leger. Eventuelle endringer i andel leger som arbeider full stilling som fastlege vil påvirke graden av endring.

Figur 3.2 Utvikling i antall innbyggere pr. lege fra 2002 til 2020 etter innbyggere over og under 67 år, samt totalt



Kilde: SSB (Innbyggertall) og Helfo (Fastlegeordningen FLO)

Behovet for fastleger påvirkes av mange forhold i og utenfor helsetjenesten. Forekomst av sykdom og plager i befolkningen, hvor ofte vi kontakter legen vår og hvilke oppgaver det forventes at legen håndterer påvirker legenes arbeidssituasjon. Flere i befolkningen har kontakt med og følges opp av helsetjenesten for psykiske helseproblemer og psykiske lidelser. Videre er det økt vektlegging av både tidlig identifisering og behandling av sykdom, samt økt vekt på behov for rehabilitering etter behandling for å forebygge senere redusert funksjonsnivå og livskvalitet. Kravet til oppfølging og samhandling i helsetjenesten har over tid vært økende og påvirker både forventninger til omfang av direkte og indirekte pasientoppfølgning, tverrfaglig samarbeid og behov for informasjonsutveksling. I tillegg er det et mål at tjenestene i størst mulig grad skal gis i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og at innbyggerne ikke skal legges inn i sykehus eller ligge lenge på sykehuset hvis det kan unngås. Dette fordrer god samhandling mellom ulike deler av helse- og omsorgstjenesten (jfr. samhandlingsreformen og formalisering av helsefellesskap). Utviklingen har bidratt til at kommunenes og fastlegenes rolle over tid har blitt utvidet samtidig med endringer i kjennetegn ved befolkningen og kommunene. Legenes arbeidsbelastning og behovet for rekruttering er resultatet av denne utviklingen. Ulike sider ved disse utviklingstrekkene er dokumentert og drøftet i en rekke publikasjoner, herunder i evaluering av fastlegeordningen fra 2019[40].

[39] *Teller er antall leger pr. 31.12 og nevner er befolkningstall (SSB) første dag etter nyttår (01.01).*

[40] *EY og Vista Analyse (2019). Evaluering av fastlegeordningen. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf*

En av konklusjonene fra evalueringen av ordningen i 2019 var at utfordringene med rekruttering og stabilitet tidligere i hovedsak gjaldt mindre distriktskommuner, men at det nå også i økende grad gjelder større kommuner. Det er derfor relevant å se på forskjeller mellom små og store kommuner i ulike deler av landet når utviklingen i det videre beskrives[41].

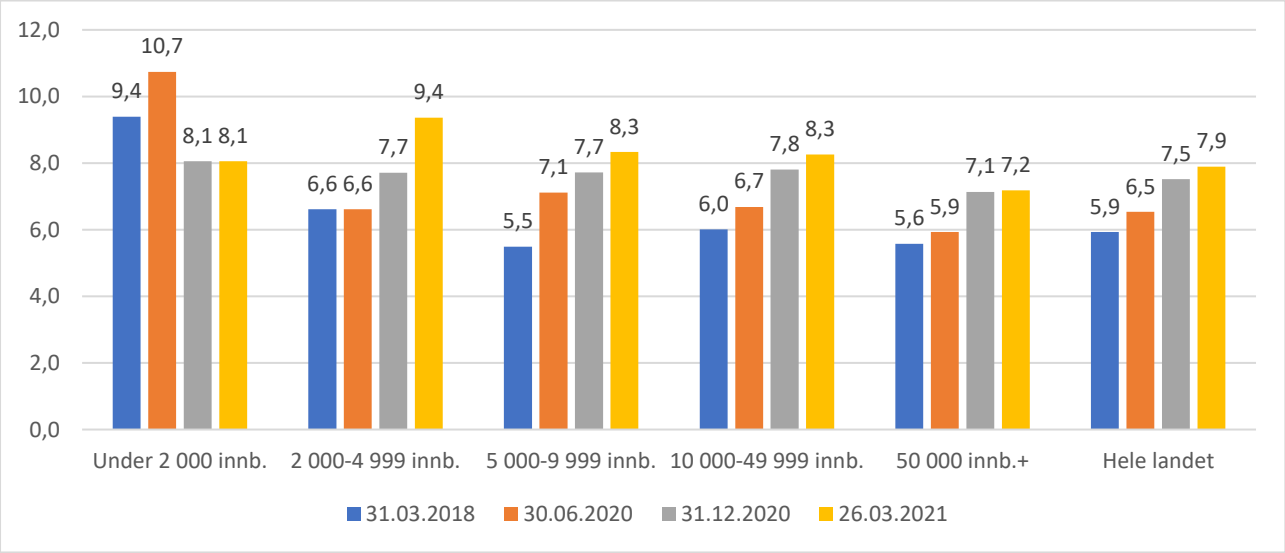
3.2. Vekst i antall fastlegeavtaler, men antall ubesatte lister øker

I dette delkapitlet beskrives utviklingen i antall fastlegeavtaler med spesielt fokus på endringer i antall lister uten fast lege (ubesatte lister) og varigheten av ubesatte lister. Vekst i omfang av lister uten fast lege kan indikere større rekrutteringsproblemer og gir mindre stabilitet i legetjenesten for listeinnbyggerne. Det er spesielt problematisk hvis situasjonen blir langvarig.

Det var registrert 377 flere registrerte fastlegeavtaler/lister fra 31. mars 2017 til 26. mars 2021. Dette tilsvarer en vekst på 7,9 prosent. Befolkningen økte samlet med 2 prosent i samme periode, mens det ble over 10 prosent flere innbyggere over 67 år. Siste året (mars 2020-mars 2021) var det en økning på 94 fastlegelister, som tilsvarer 1,9 prosent.

Den prosentvise økningen i antall fastlegeavtaler (inkl. lister uten fast lege) har vært omtrent sett like stor i små og store kommuner de siste årene, men det var minst vekst i de aller største kommunene[42].

Figur 3.3 Prosent endring i antall fastlegeavtaler fra 31 mars 2017 til angitte datoer (inkl. lister uten fast lege)

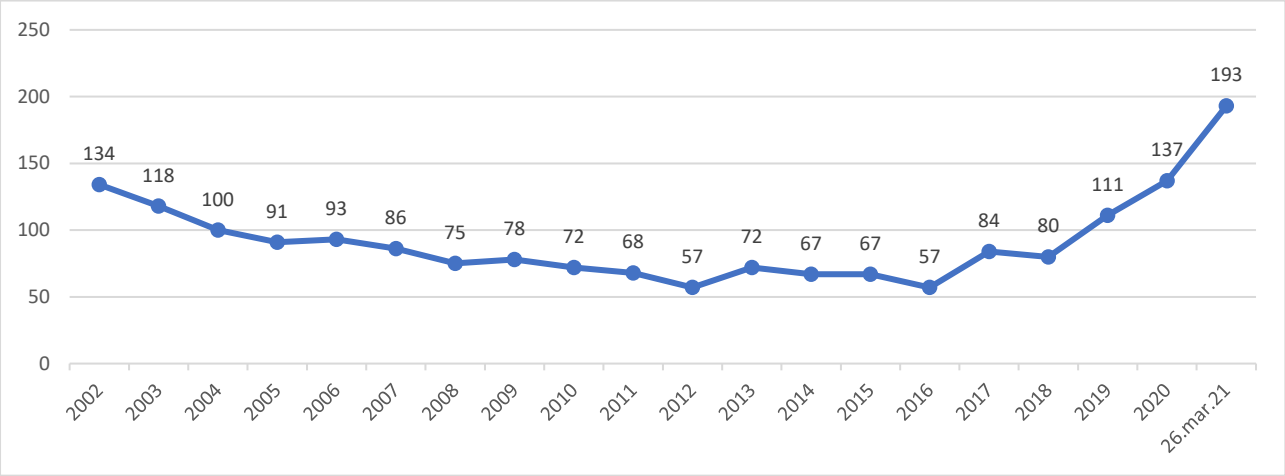


I årene siden fastlegeordningen startet har det det hele tiden vært lister som i kortere eller lengre tid har stått uten fast lege. Vi ser imidlertid at antall og andel ubesatte lister er økende de siste årene.

[41] *Se blant annet Abelsen, B. mfl. (2016), Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere. NSDM rapport, og Nasjonalt senter for distriktsmedisin og Helse Nord (2019). Fastlegetjenesten i Nord-Norge Status, utfordringer og forslag til tiltak*

[42] *Se vedlegg 1, tabell v1.1 for grunnlagstall*

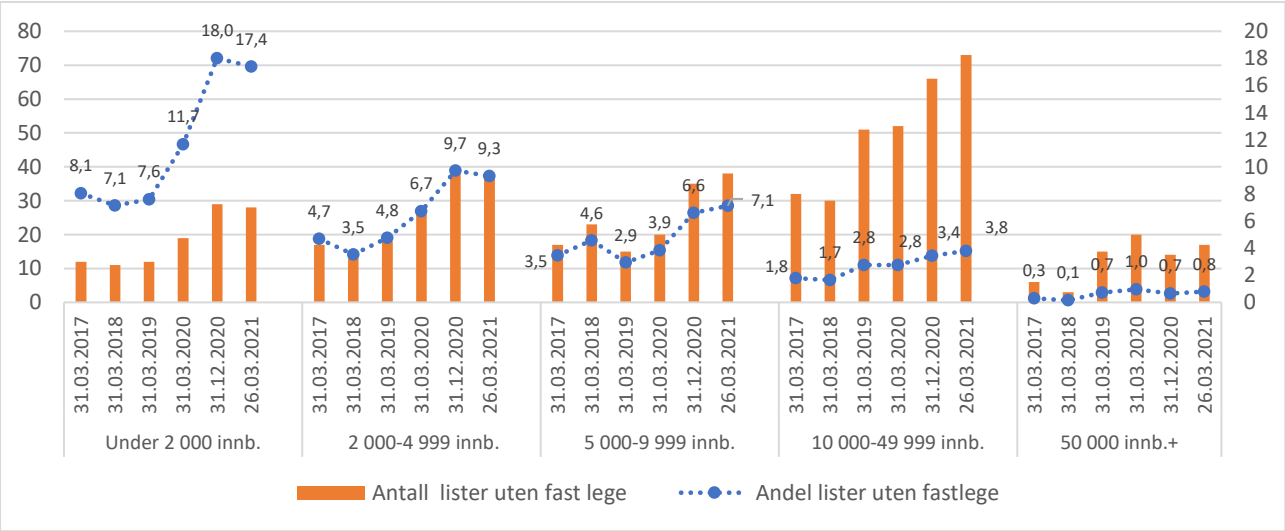
Figur 3.4 Lister uten fast lege ved opptelling i mars hvert år i Fastlegeordningen (FLO)



Dette betyr at det har vært en vekst i antall lister som betjenes av vikar, av andre fastleger gjennom kollegial fraværsdekning og legevakt. Veksten i fastlegeavtaler er mindre enn veksten i lister uten fast lege siste året. I slutten av mars 2021 var 193 lister registrert uten fast lege, mens det gjaldt 84 lister på samme tid for fire år siden, og antallet har økt jevnt. Bare siste året har det tilkommet 54 flere lister uten fast lege, mens antall fastlegeavtaler økte med 38.

Målt i prosent har det vært størst økning i lister uten fast lege i de minste kommunene (samlet sett), men antall og andel lister uten fast lege øker også i større kommuner. Oslo er et unntak med 0 registrert ubesatt pr. angitte mars 2021. Antallet lister uten fast lege økte i 8 av 10 fylker fra juni 2020 til mars 2021.

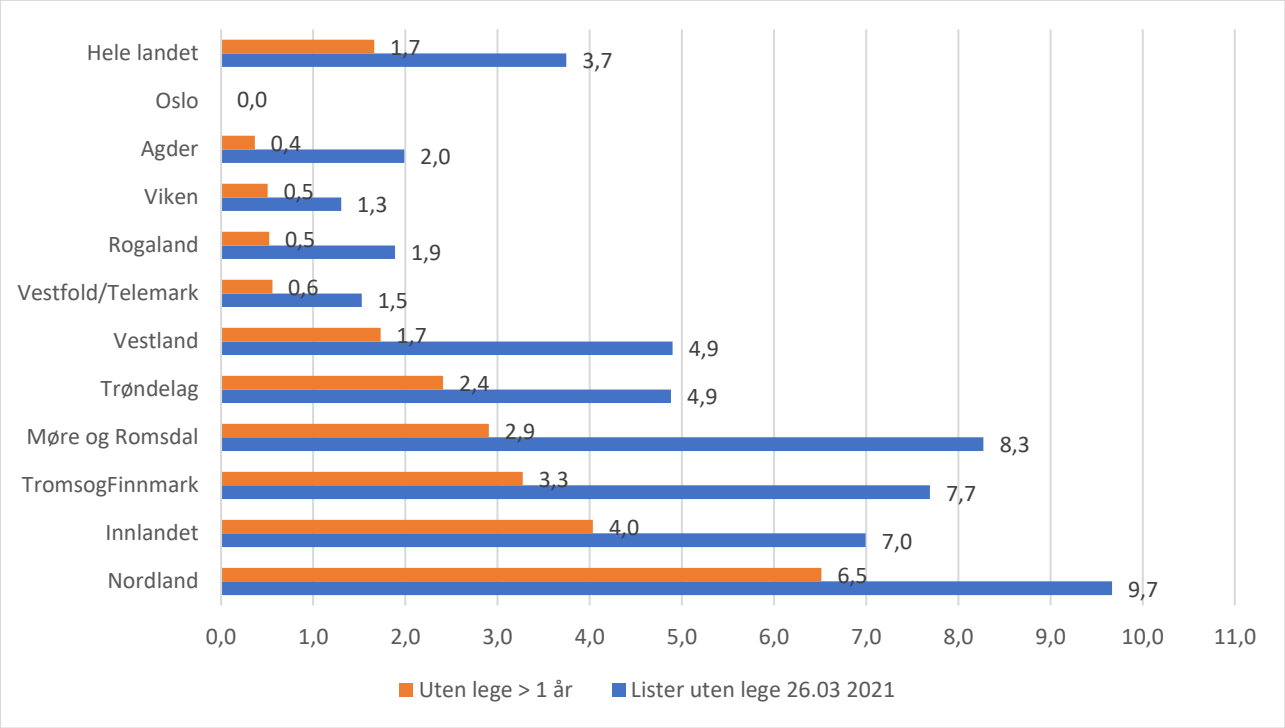
Figur 3.5 Lister uten fast lege ved opptelling i mars hvert år i Fastlegeordningen (FLO)



Figur 3.6 viser at andelen lister uten fast lege var høyest i Nordland (9,7 pst.) pr. mars 2020 og dette fylket hadde også høyest andel som var registrert uten fast lege over ett år (6,5 prosent). Deretter kommer Innlandet, Troms og Finnmark og Møre og Romsdal. 76 av 193 lister registrert uten fast lege pr. 26 mars 2021 har ifølge registrert startdato stått over ett år uten fast lege (39 pst). 21 av disse listene hadde en listelengde på under 200 listeinnbyggere[43].

[43] *Se vedlegg 1, tabell v1.2 for oversikt over listelengde for ubesatte lister.*

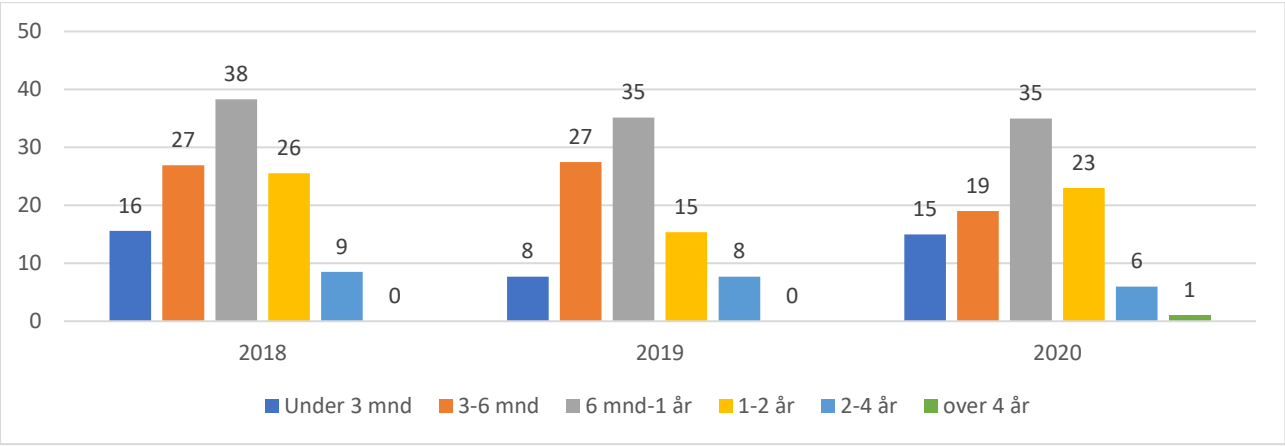
Figur 3.6 Andel lister uten fast lege etter fylke. Andel av alle lister 26.03.2021 og andel lister stått uten fast lege over ett år på telletidspunktet.



Antall ubesatte lister har økt i alle fylker unntatt Oslo gjennom 2020 og i 8 av 11 fylker var det flere som hadde lister ubesatt over ett år på telletidspunktet[44].

I tillegg til å se hvor lenge en liste har stått ubesatt på en gitt dato (som ovenfor) er det interessant å vite hvor lenge listene faktisk ble stående uten fast lege. Et datagrunnlag tilrettelagt for å beregne endelig varighet av avtaler og lister uten fast lege viser at omtrent en tredjedel av de ubesatte listene som fikk ny lege i 2020, fikk det i løpet av et halvt år. For en annen tredjedel gikk det mellom et halvt til inntil ett år, og for 23 prosent av listene gikk det mellom ett og to år. 7 lister hadde stått over to år før listen ikke lenger var angitt som uten fast lege. Fordelingen var relativt lik i 2018, 2019 og 2020[45].

Figur 3.7 Varighet uten fast lege. Ubesatte lister som ble besatt i 2018, 2019 og 2020. Prosent.



[44] *Se vedlegg 1, tabellene v1.3 og v1.4 for utvikling i hvert fylke*
[45] *Se vedlegg 1, tabell v1.5 for grunnlagstall og fordeling etter kommunestørrelse*

3.3. Utvikling i bruk av vikar

Utvikling og variasjon i bruken av vikar i fastlegetjenesten er viktig å følge med på. Kunnskap om vikarbruk kan både bidra til å belyse problemstillinger knyttet til omfang av vikarbruk, rekrutteringsutfordringer og arbeidsbelastning i tjenesten. Bruk av vikar har konsekvenser for kontinuiteten i relasjonen mellom lege og innbygger, og det kan potensielt påvirke kvaliteten i oppfølgingen. Det som presenteres i dette delkapitlet vil være et skritt på veien til få en bedre oversikt over blant annet vikaravtalenes varighet og stillingsprosenter nasjonalt, og etter kommunestørrelse.

Andelen fastleger som hadde registrert vikar i løpet av første kvartal har på nasjonalt nivå holdt seg ganske stabilt rundt 25-30 prosent de siste årene. Dette inkluderer både registrerte korttids- og langtidsvikariater. Andelen lister uten fast lege registrert med vikar har også vært relativt stabil, med 85 prosent i mars 2021, 88 prosent i mars 2020 og 84 prosent i mars 2019. Det betyr antakelig at noen lister betjenes av andre fastleger uten å være registrert som vikar i enkelte perioder.

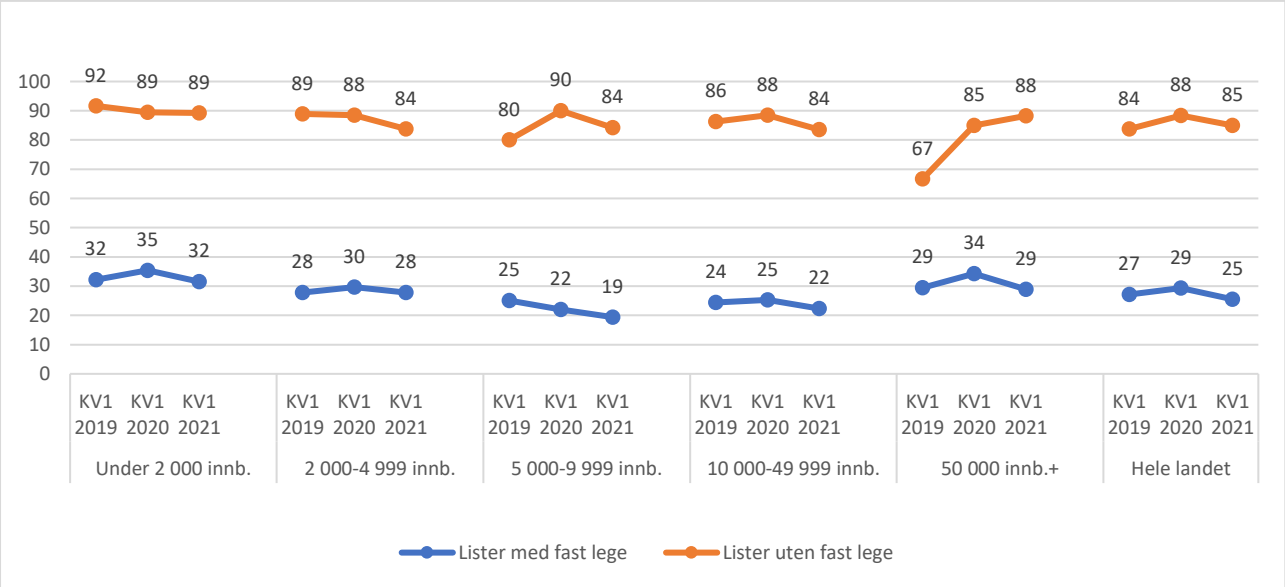
*Tabell 3.1 Utvikling i andel fastlegeavtaler som har brukt vikar minst en gang i løpet av siste kvartal**

	KV1 2019	KV2 2019	KV3 2019	KV4 2019	KV1 2020	KV2 2020	KV3 2020	KV4 2020	KV1 2021**
Fastlege hatt vikar	27	26	31	27	29	26	28	25	25
Liste uten lege m vikar	84	82	82	89	88	81	87	84	85
Totalt	28	27	32	28	31	28	30	27	28

**Tidligere ble vikariater med varighet på 2 måneder eller mer registrert. Fra og med annet halvår 2016 ble også vikariater på 1 måned eller mer registrert. Fra slutten av 2017 er også korttidsvikariater registrert. **Fram til 26 mars 2021*

Det er ikke veldig stor forskjell i andel fastleger som har brukt vikar når vi deler fastlegene etter praksiskommunenes befolkningsstørrelse. Sammenlignes fylkene, skiller Oslo seg ut med en noe høyere andel lister registrert med vikar (38 prosent siste kvartal)[46].

*Figur 3.8 Andel lister med og uten fast lege som har hatt minst en vikar i perioden etter kommunestørrelse**



**Tidligere ble vikariater med varighet på 2 måneder eller mer registrert. Fra og med annet halvår 2016 ble også vikariater på 1 måned eller mer registrert. Fra slutten av 2017 er også korttidsvikariater registrert. vikariater ned til én dag ble registrert fra juni 2018.*

[46] *Se vedlegg 1, figur v.1.2 for utvikling i hvert fylke*

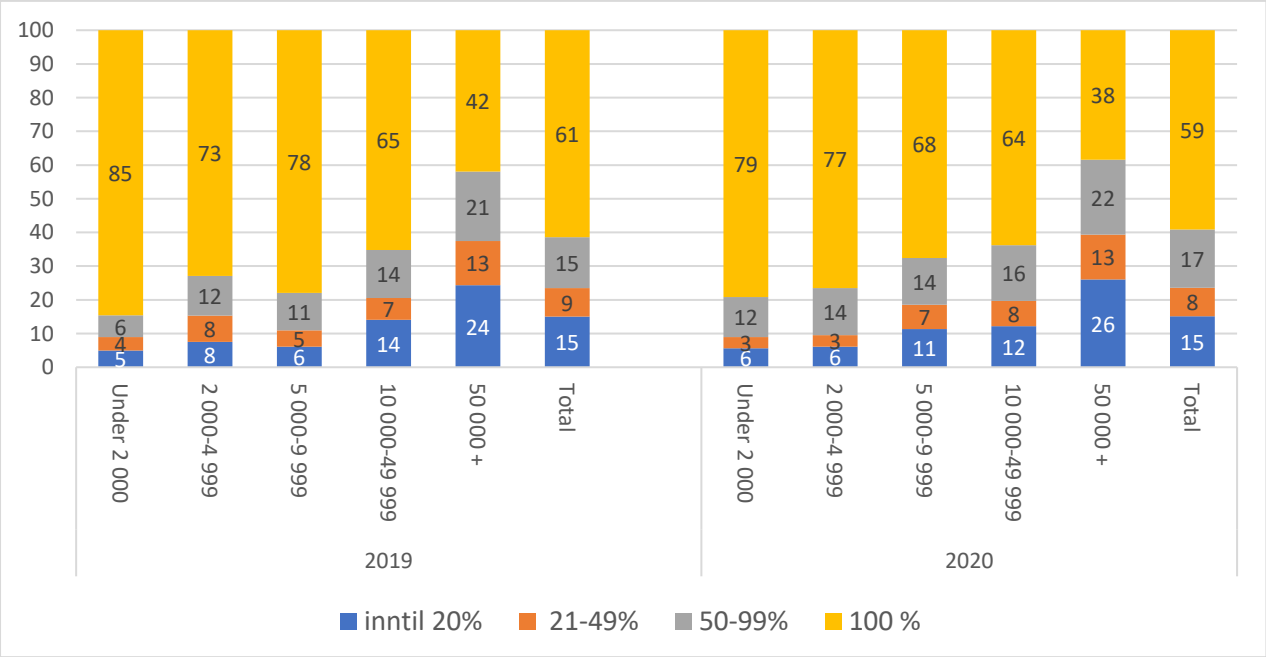
De siste årene hadde over halvparten av de registrerte vikariatene en avtalt varighet på under 2 måneder, og omtrent 60 prosent under 3 måneder. På grunn av endringer i innrapportering av korttidsvikariater er 2017 kun med i tall for vikaravtaler med over 2 måneders varighet. I henhold til rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen kan fravær på under to måneder dekkes av kollegial fraværsdekning[47]. Det ble inngått noe færre avtaler med varighet under 60 dager i 2020 enn i 2019. Dette kan skyldes at 2020 var et spesielt år preget av pandemien.

Tabell 3.2 Registrerte vikaravtaler etter avtalt varighet og sluttår for avtalen. Antall og andel.

	Inntil 60 dager	61-90 dg	3-6 mnd	6 mnd-1 år	1-2 år	Over 2 år	Totalt
2017		189	435	556	155	30	1813
2018	1486	190	515	572	148	38	2949
2019	1963	260	567	636	174	42	3642
2020	1671	266	597	668	166	13	3381
Andel							
2018	50	6	17	19	5	1	100
2019	54	7	16	17	5	1	100
2020	49	8	18	20	5	0	100
Andel kun over 2 mnd							
2017		14	32	41	11	2	100
2018		13	35	39	10	3	100
2019		15	34	38	10	3	100
2020		16	35	39	10	1	100

Samlet for hele landet var omtrent 60 prosent av vikaravtalene knyttet til en fulltids vikarstilling i 2019 og 2020. Andelen varierer med kommunestørrelse fra omtrent 80 prosent i kommuner under 5000 innbyggere ned til rundt 40 prosent samlet for kommuner over 50 000 innbyggere. I den sistnevnte gruppen med større kommuner gjaldt hver fjerde vikaravtale stillinger under 20 prosent, men dette gjaldt bare 6 prosent av avtalene i kommuner med under 5000 innbyggere.

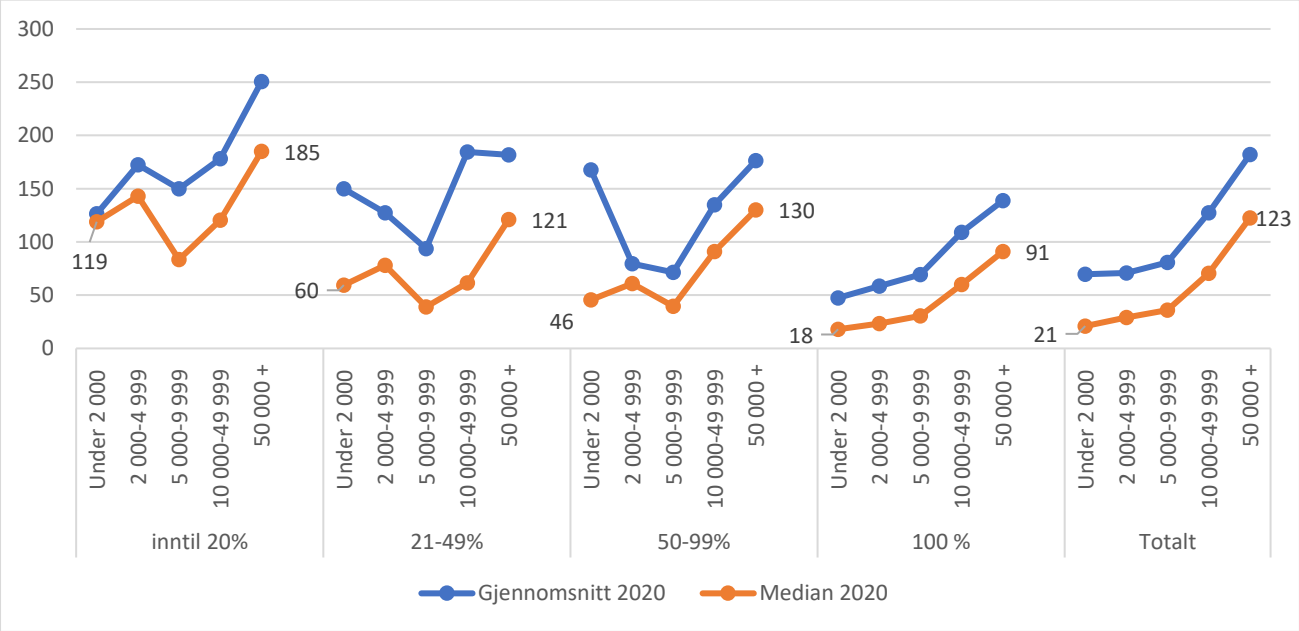
Figur 3.9 Andel vikaravtaler fordelt på stillingsprosent på vikariatet etter kommunestørrelse og startår for vikaravtale.



[47] *ASA-4310 Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene*

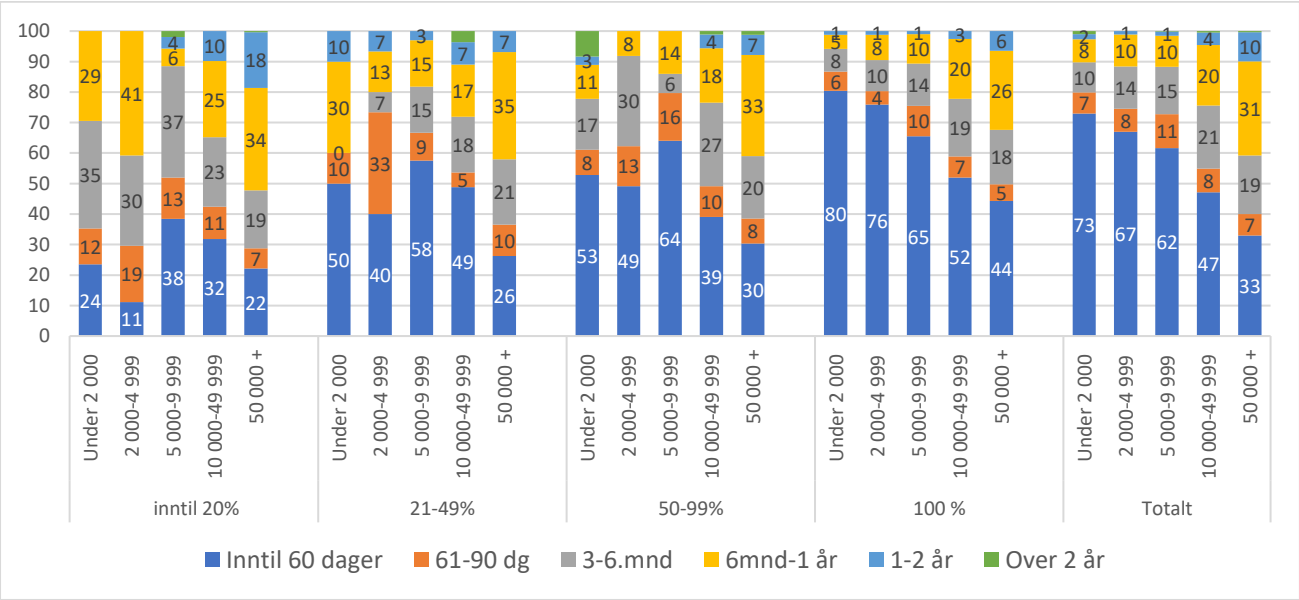
Av figurene nedenfor ser vi at varigheten på vikaravtalene vanligvis er lenger dess mindre stillingsprosent, og avtalene er lengre i store enn i små kommuner uavhengig av stillingsprosent.

Figur 3.10 Gjennomsnitt og median varighet målt i dager på vikariat fordelt etter stillingsprosent og kommunestørrelse*. Vikaravtaler med start i 2020.



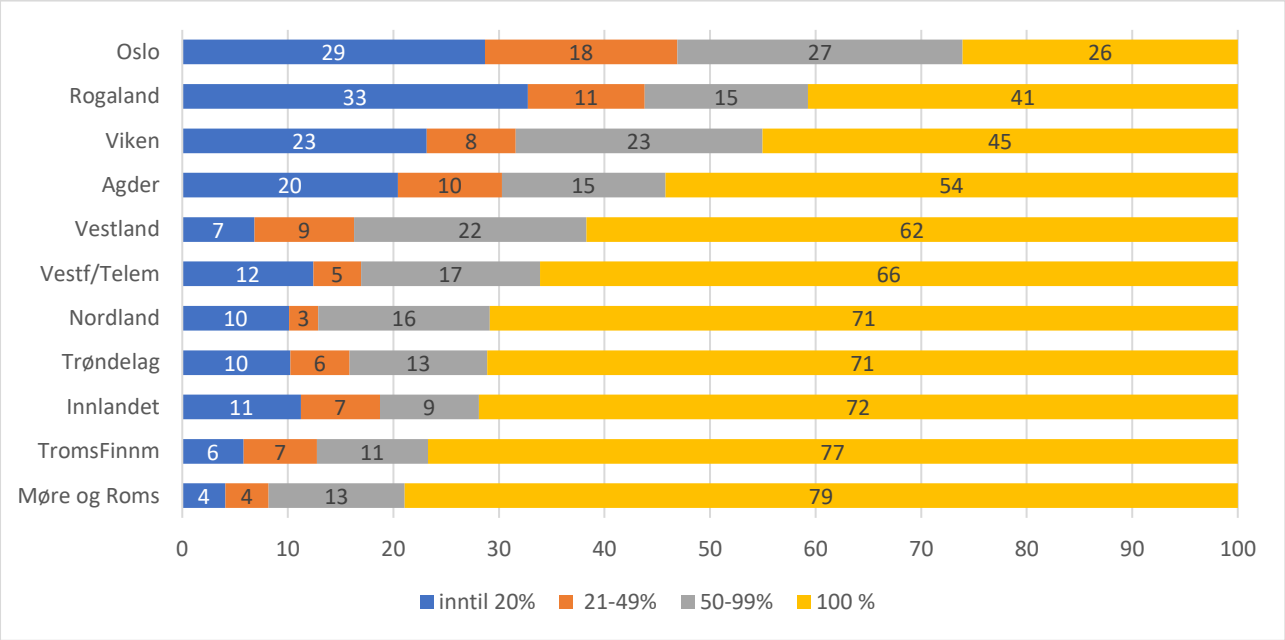
**I gruppen kommuner under 2000 er antall vikaravtaler for mindre stillingsandeler lite, og kan gi større utslag på gjennomsnitt og median.*

***Figur 3.11 Andel* vikaravtaler *fordelt* etter avtalens varighet målt i dager, stillingsprosent og *kommunestørrelse* 2020.**



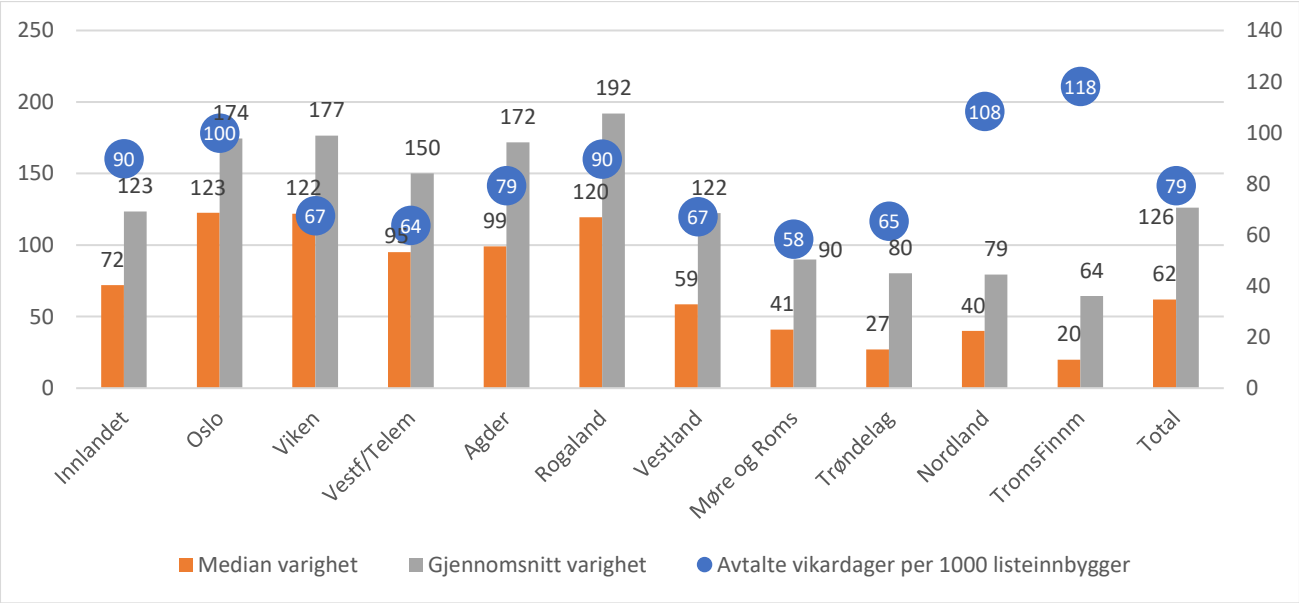
På fylkesnivå hadde Oslo, Rogaland og Viken størst andel vikaravtaler med en stillingsprosent på under 50 prosent i 2020. I Møre og Romsdal, og Troms og Finnmark var nesten 8 av 10 vikaravtaler fulltidsvikariater.

Figur 3.12 Andel vikaravtaler fordelt på stillingsprosent etter fylker. 2020.



I figuren nedenfor framstilles median og gjennomsnittlig varighet av avtalen i fylkene samt at summen av avtalte vikardager er målt pr. 1000 listeinnbygger.

Figur 3.13. Median og gjennomsnittlig avtalt varighet av vikaravtaler (dager) og sum avtalte vikardager. Avtaler inngått i 2020 etter fylke.



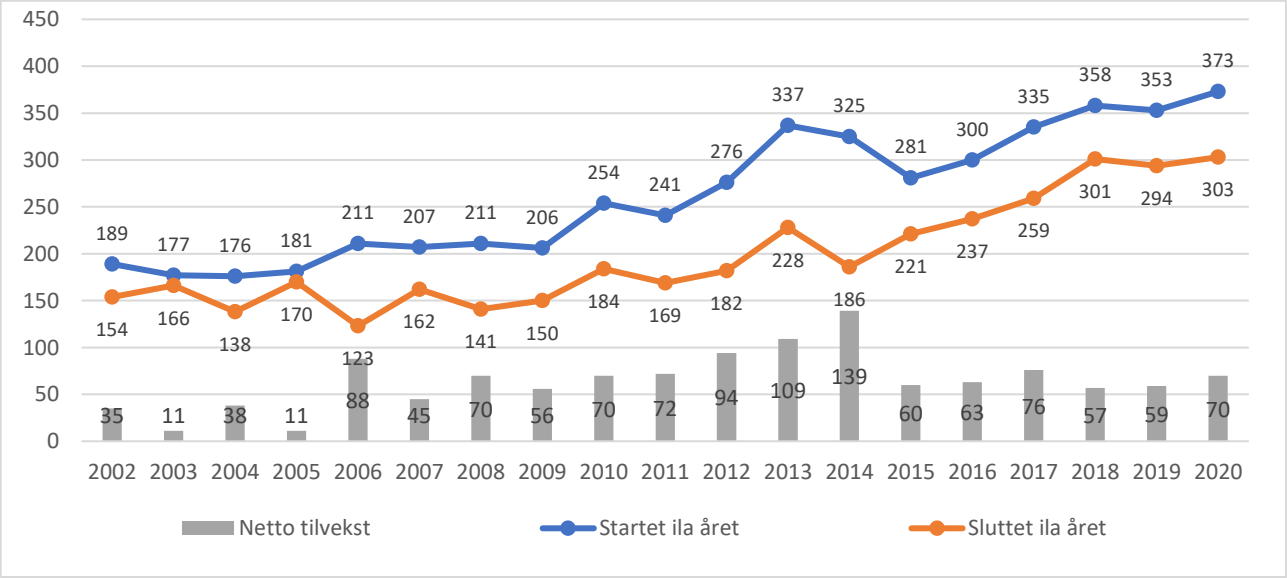
Fylker med lang varighet på vikaravtalene får mange vikardager pr. innbygger, også når vikaravtalen har lav stillingsprosent. Dette gjelder spesielt for Oslo og Rogaland som har vikaravtaler som går over flere år mens mange vikardager i Nord-Norge gjenspeiler mange korte fulltidsvikariater. Den store forskjellen mellom gjennomsnitt og median viser at det er stor spredning i varighet.

Samlet tegner det seg et bilde av at mindre kommuner har en større andel fulltidsvikariater av kort varighet, mens større kommuner har en større andel lengre vikariater med lavere stillingsandel[48]. Vi kan ikke konkludere entydig, men dette kan gjenspeile at fulltidsvikarer i de minste kommunene i større grad brukes for å fylle ledige lister. En mulig forklaring på bruken i større kommuner kan være at vikarer i små stillinger i byene er ett utrykk for arbeidsbelastning knyttet til betjening av store lister. Sammensetning av alder og kjønn på legene kan også antas å påvirke profilen på vikarbruken for de faste legene. Leger under 40 år vil i større grad ha behov for vikar i forbindelse med foreldrepermisjon o.l., mens de eldre legene antakelig oftere bruker vikar eller inngår avtale om deleliste for å redusere arbeidsbelastningen. Andelen leger under 40 år er mindre for kommuner over 50 000 innbyggere, med rundt 20 prosent, mens de andre kommunegruppene ligger fra 29-36 prosent. Oslo og Viken er fylkene med minst andel under 40 år (hhv 14 og 24 prosent), mens det er størst andel i Troms og Finnmark med 37 prosent. I videre analyser/forskning blir det behov for å beskrive, forklare og forstå vikarbruken både for fastlegene og knyttet til lister uten fast lege på en bedre måte, og vurdere dette opp mot kontinuitet i lege-pasient-relasjonen som et mål på kvalitet, og ikke minst relatert til rekrutteringsutfordringer og arbeidsbelastning.

3.4. Utvikling i antall leger som starter og slutter i fastlegeordningen

Siden starten av fastlegeordningen har nesten 8 800 fastleger vært registrert inn i ordningen. I 2002 startet 189 nye fastleger, mens 154 sluttet og dette ga en netto tilvekst på 35 fastleger. Gjennom årene har det hvert år vært en tilvekst av fastleger fram til toppåret 2014, med omtrent 139 nye fastleger registrert i fastlegeregisteret (se figur 3.14). I årene etter var tilveksten noe lavere igjen[49]. Det blir viktig å følge med på forholdet mellom rekruttering av nye leger og antall som slutter for å sikre at tilveksten dekker opp ønsket kapasitet.

Figur 3.14 Antall unike leger startet og sluttet i fastlegeordningen samt netto tilvekst 2002-2020*



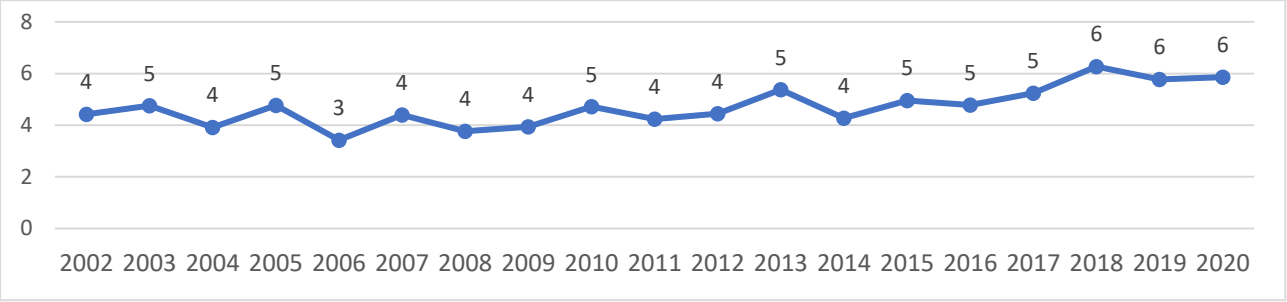
**Basert på informasjon om startdato første avtale og siste sluttdato knyttet til avtaler registrert i Helfos system for administrering av fastlegeordningen (FLO). Av leger som slutter det enkelte år var mellom 24 og 29 prosent 67 år eller eldre i årene 2010-2020.*

[48] *En tidligere undersøkelse fra 2014 viste omtrent samme mønster, se Abelsen, Gaski og Brandstorp "Vikarbruk i fastlegeordningen", Utposten 6 2016.*

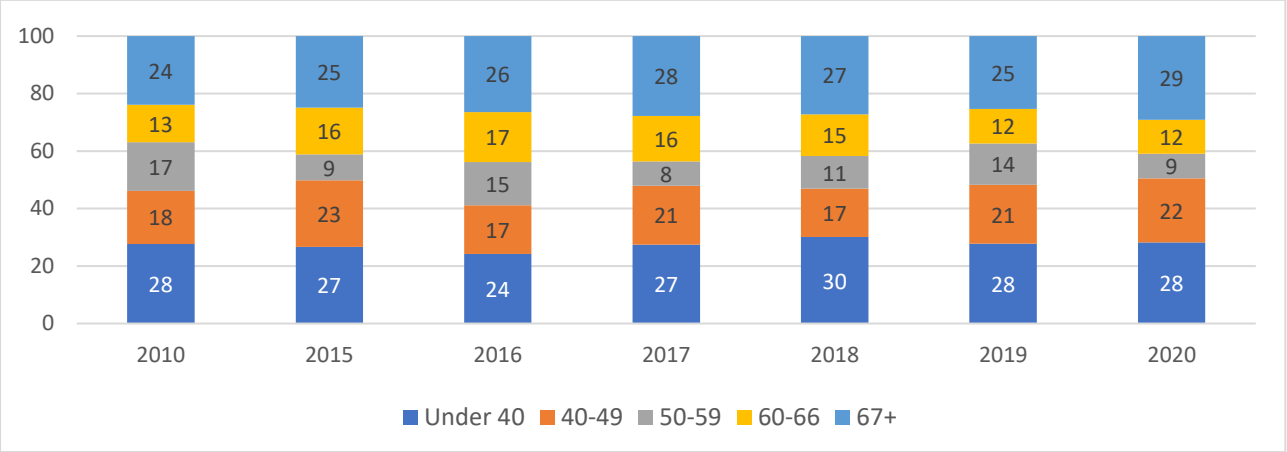
[49] *Utvikling i antall leger basert på telling av leger pr. 31 desember hvert år vist i delkapittel 3.1 gir ikke helt identiske tall for netto tilvekst som vist her, men forskjellene er små og hovedbildet det samme. Her brukes periodetall hvor vi teller alle som er registrert med første registrerte startdato eller sin siste registrerte sluttdato i FLO i det gjeldende året.*

Omtrent 6 prosent av fastlegene sluttet hvert år i fra 2018 til 2020. I årene før lå andelen på 5 prosent. Alderssammensetningen for leger som slutter har vært relativt stabil i mange år. Omtrent 40 prosent av de som slutter er over 60 år. Andelen leger som slutter i ulike aldergrupper varierer litt, men er også ganske stabil. Litt større andel av de yngste (under 40) sluttet sammenlignet med de andre aldersgruppene de siste årene, men forskjellen i andel er kun på 1-2 prosentpoeng.

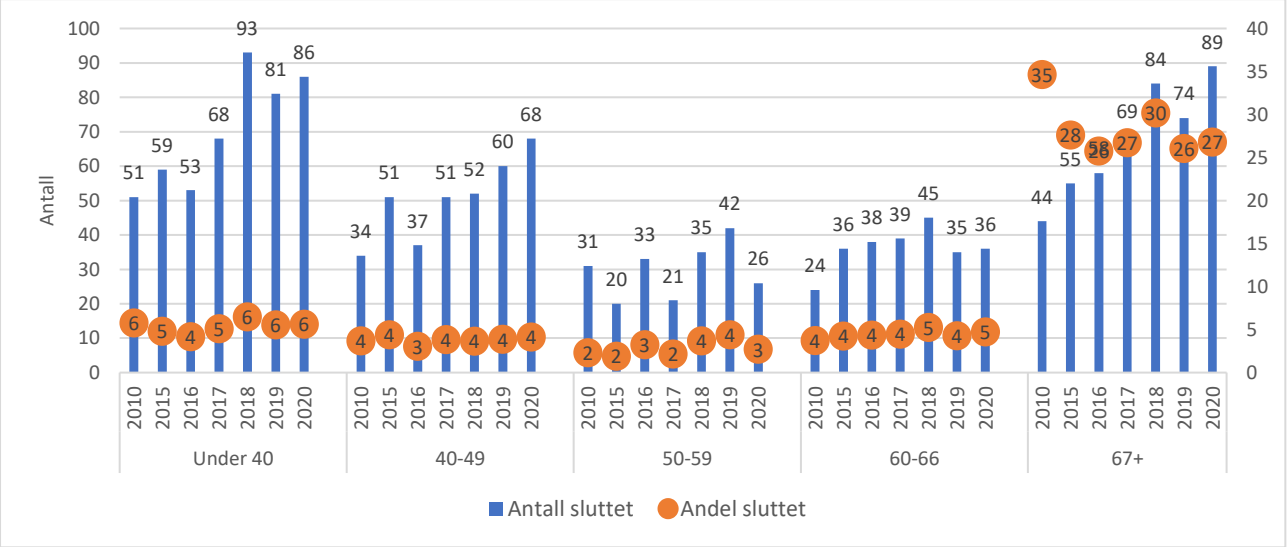
Figur 3.15 Andel fastleger som har sluttet fordelt etter sluttår.



Figur 3.16 Alderssammensetning leger som slutter det enkelte år



Figur 3.17 Antall og andel fastleger som sluttet det enkelte år etter aldersgruppe (sluttdato siste avtale i hele perioden*)



**Den enkelte lege inngår kun en gang, da med første registrerte startdato og med siste registrerte sluttdato. Leger som fortsatt var i FLO ved utgangen av 2020 inngår ikke med noen sluttdato i beregningen. Det kan være leger med sluttdato som starter igjen etter vårt uttrekk av data i slutten av mars 2021.*

Tabell 3.3 viser hvor stor andel av fastlegene som slutter innen 1,2,3 år osv. med utgangspunkt i året de startet som fastleger (kolonnen). Hvis vi ser på de som startet som fastleger fra 2010 til i dag har andelen som sluttet innen ett år vært rundt 2-4 prosent. Den var litt høyere for de som startet som fastleger i 2017 og 2018, men så var den nede på 4 prosent igjen for de som startet i 2019. Det blir lett endringer i prosent av relativt små tall. Derfor er det mer robust å sammenligne hvor mange som har sluttet innen eksempelvis fem-seks år. Det kan ikke sies å være et entydig mønster ved at legene som startet i 2014 sluttet mer enn legene som startet sin fastlegekarriere i for eksempel 2010.

Tabell 3.3 Andel fastleger sluttet innen angitte år etter startår første fastlegeavtale (og sluttår siste avtale). I prosent

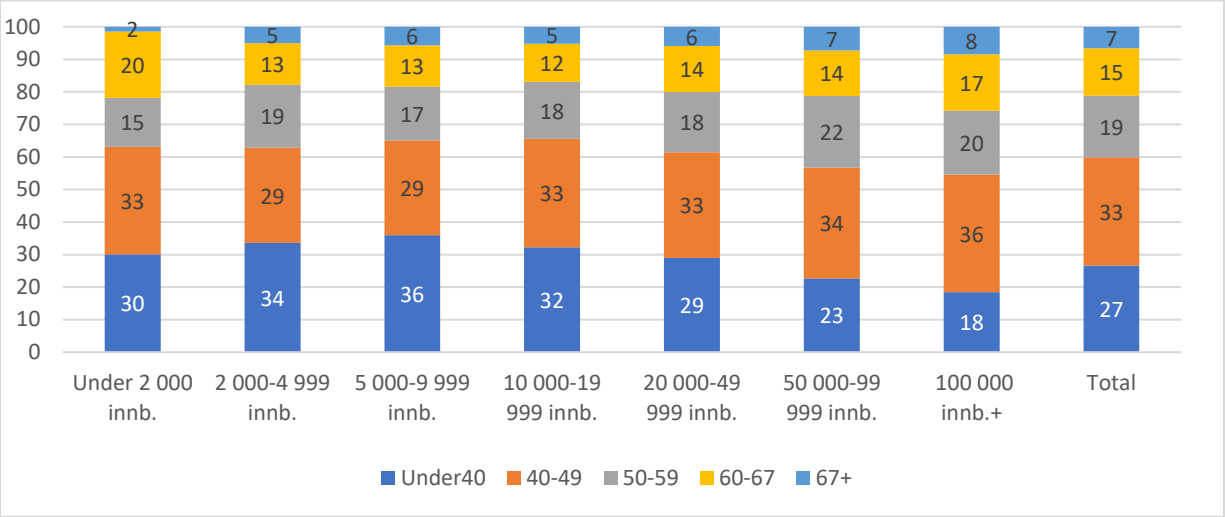
Startår	Innen 1 år	Innen 2 år	Innen 3 år	Innen 4 år	Innen 5 år	Innen 6 år	Innen 7 år	Innen 8 år	Innen 9 år	Sluttet	Fortsatt med
2002	8	16	23	30	34	37	38	40	42	67	33
2003	6	18	23	26	29	32	34	38	40	54	46
2004	7	15	19	25	29	32	36	38	39	49	51
2005	4	12	17	19	23	27	29	30	33	43	57
2006	5	9	15	20	24	26	27	30	31	42	58
2007	6	11	16	24	26	29	30	33	34	42	58
2008	3	9	15	17	21	24	28	30	34	39	61
2009	3	10	14	20	21	24	27	29	30	36	64
2010	3	10	15	19	23	25	27	30	33	35	65
2011	4	10	17	20	24	27	30	34	36	36	64
2012	3	8	11	15	21	26	31	33		33	67
2013	4	8	14	19	24	27	33			33	67
2014	3	7	13	17	21	25				25	75
2015	4	11	16	23	28					28	72
2016	3	8	14	18						18	82
2017	8	16	22							22	78
2018	7	12								12	88
2019	4									4	96

3.5. Fastlegenes alderssammensetning

I mars 2021 var 27 prosent av fastlegene under 40 år og 60 prosent under 50 år. Andelen unge fastleger er mindre i de største kommunene med over 100 000 innbyggere. De nordligste fylkene har den yngste alderssammensetningen, og Oslo og Viken har den eldste pr. mars 2020[50].

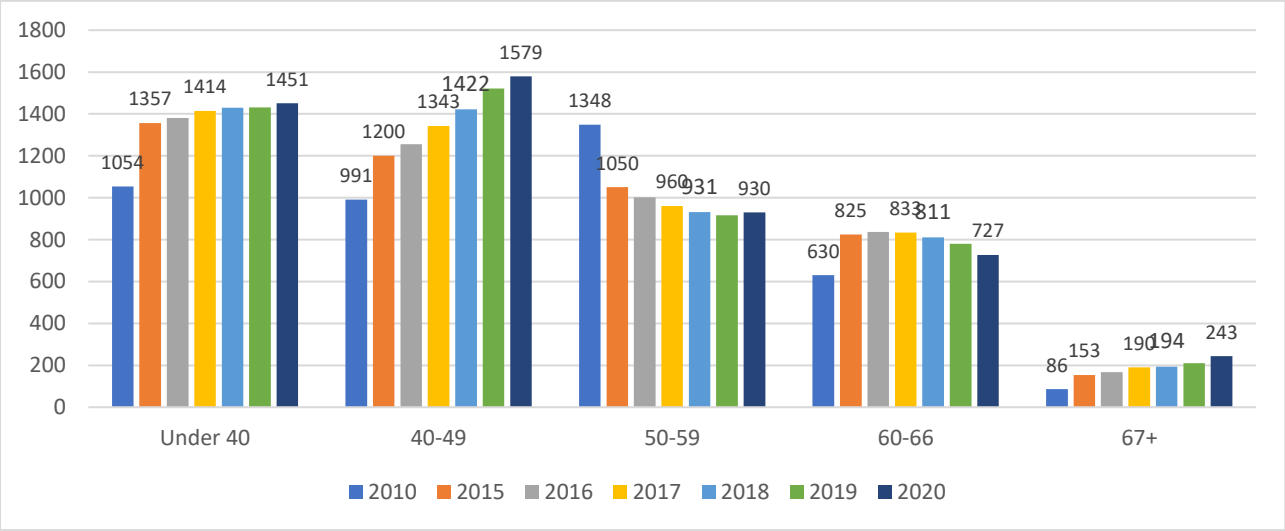
[50] *Se vedlegg 1 figur v1.3 som viser alderssammensetning i fylkene*

Figur 3.18 Antall fastleger etter aldergrupper 2010 og 2015—2020. Pr. 31 desember hvert år.



Det totale antallet leger og alderssammensetningen av disse påvirkes av veksten i antall leger i ulike perioder, hvor gamle legene er når de slutter og hvor mange nye unge leger som kommer inn i ordningen. Figuren nedenfor viser utviklingen i antall leger i ulike aldersgrupper i et tiårsperspektiv.

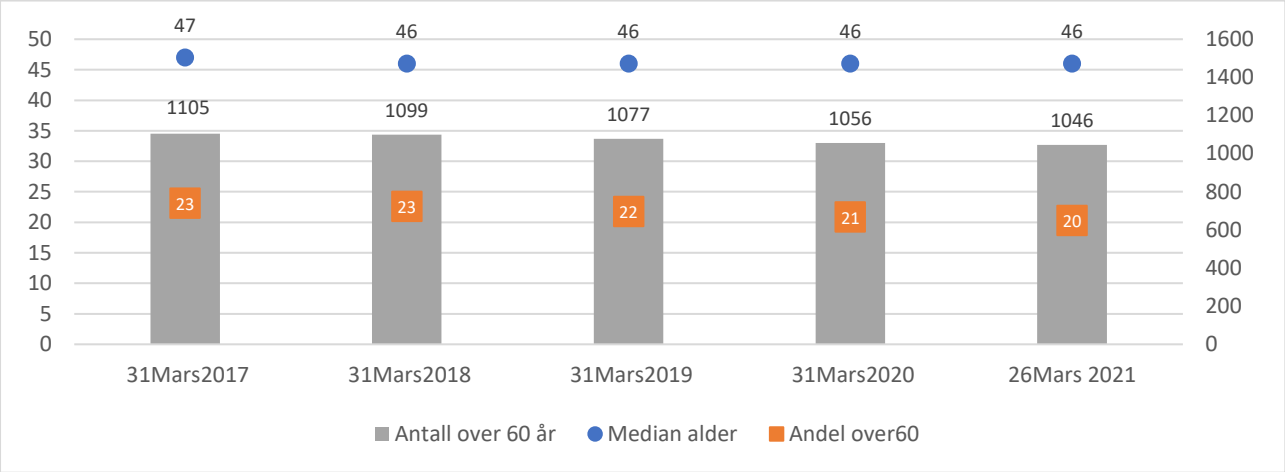
Figur 3.19 Antall fastleger etter aldergrupper 2010 og 2015—2020. Pr. 31 desember hvert år.



Antall og andel leger over 60 år har lett synkende, men ganske stabilt de siste årene. Andelen var 20 prosent i mars 2021 (se figur 3.14). Halvparten av legene var under og halvparten over 46 år (median alder) og det har ikke endret seg de siste årene. Andel leger over 60 år er noe høyere i de store kommunene og gjenspeiler en større stabilitet i legetjenesten i byene enn i små kommuner i distriktet[51] . Med økende rekrutterings-utfordringer i de større kommunene, kan behovet for nye fastleger føre til en økning i ubemannede fastlegelister også her. Videre vil en allerede vanskelig rekrutteringssituasjon i de mindre kommunene trolig forverres når også større kommuner ikke får besatt sine fastlegelister.

[51] *Se vedlegg 1, figur v1.3 for framstilling av andel leger over 60 år etter kommunestørrelse*

Figur 3.20 Antall og andel over 60 år og median alder for leger mars 2017 til mars 2021



I en av tre kommuner var over 25 prosent av legene over 60 år pr. mars 2021 (98 kommuner) (tabell 3.4). Høyest andel finner vi i gruppen med de største kommunene, og nest høyest andel i de minste. Dette inkluderer også store kommuner som Oslo, Bergen, Stavanger og Bærum. I Narvik var 10 av 15 og i Lier 9 av 14 leger over 60 år. I mange mindre kommuner i distriktet kan situasjonen bli vanskelig med tanke på rekruttering av nye leger når for eksempel 2 av 3 leger nærmer seg pensjonsalder. Det kan også bli vanskeligere å bemanne legevakt, begrunnet i mulighet for fritak fra vakt ved økende alder. Seks kommuner i gruppen under 2000 innbyggere har bare leger over 60 år, herunder fem kommuner med bare en lege og en kommune med to leger.

Tabell 3.4 Kommuner med over 25 prosent leger over 60 år. Pr. 26 mars 2021

	Antall kommuner hvor over 25% av legene er over 60 år	Andel av kommuner
Under 2 000 innb.	24	33
2 000-4 999 innb.	22	23
5 000-9 999 innb.	22	31
10 000-49 999 innb.	22	24
50 000 innb.+	8	42
Hele landet	98	28

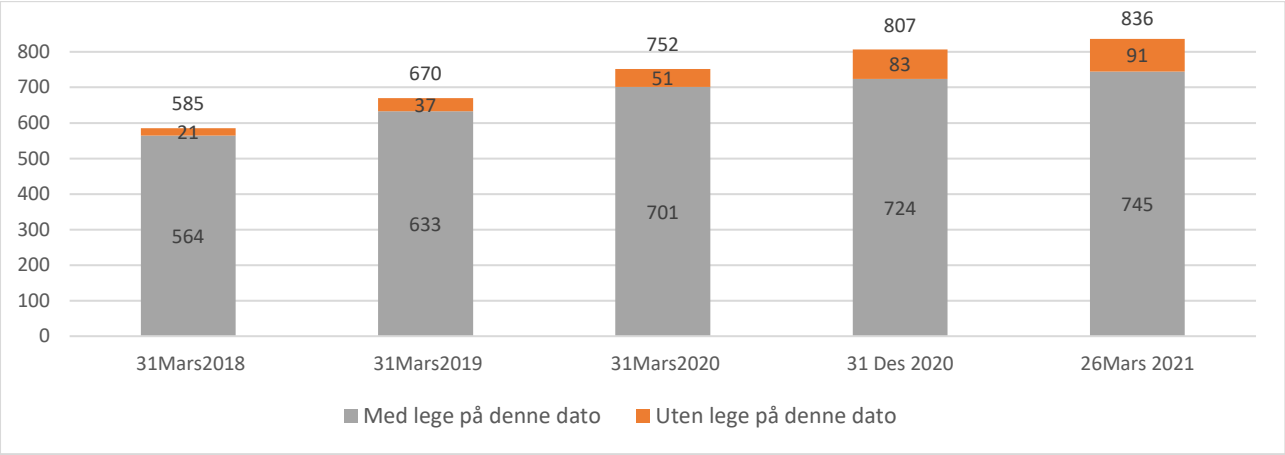
3.6. Næringsdrift er den dominerende driftsmodellen, men antall på fastlønn øker

De fleste fastleger arbeider som selvstendig næringsdrivende fastleger. Omtrent 84 prosent av fastlegene har næringsdrift som driftsform, mens ca. 16 prosent er leger ansatt på fastlønn i kommunen (eksklusive ubesatte lister tilsvarer dette 15 prosent). Det kan være ulike varianter av fast lønn både med og uten insentivordninger. Vi har ikke gode registerdata for å beskrive utvikling og variasjon i andel av tiden fastleger med ulike driftsformer bruker til fastlegepraksis og annet allmennmedisinsk arbeid, men KOSTRA-tall og kartlegginger av tidsbruk viser at leger på fastlønn i adskillig større grad har andre allmennmedisinske oppgaver. Fra mars 2018 til mars 2021 har antall registrerte fastlønnsavtaler økt med 251, tilsvarende en økning på 43 prosent.

Andelen fastlønnsavtaler synker med kommunestørrelse, men både antall og andel har økt både i mindre og større kommuner. I de minste kommunene med under 2000 innbyggere er 8 av 10 fastleger på fastlønn, mens i de største byene er kun 5 av 100 på fastlønnsavtale. Dette tegner et bilde av det i praksis eksisterer 2 hovedmodeller for drift av fastlegepraksis, hvor fastlønn er hovedmodellen de minste kommunene og

næringsdrift er hovedmodellen i større kommuner.

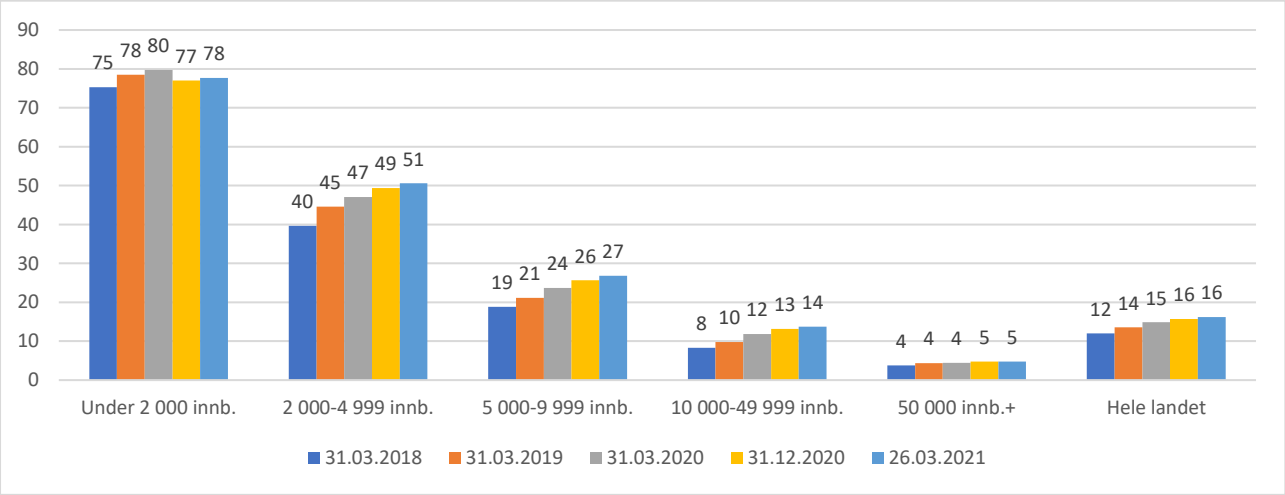
Figur 3.21 Utvikling i antall fastlegeavtaler registrert som fastlønn og ikke, mars 2018 -mars 2021



Tabell 3.5 Utvikling i antall avtaler registrert som fastlønn etter kommunestørrelse.

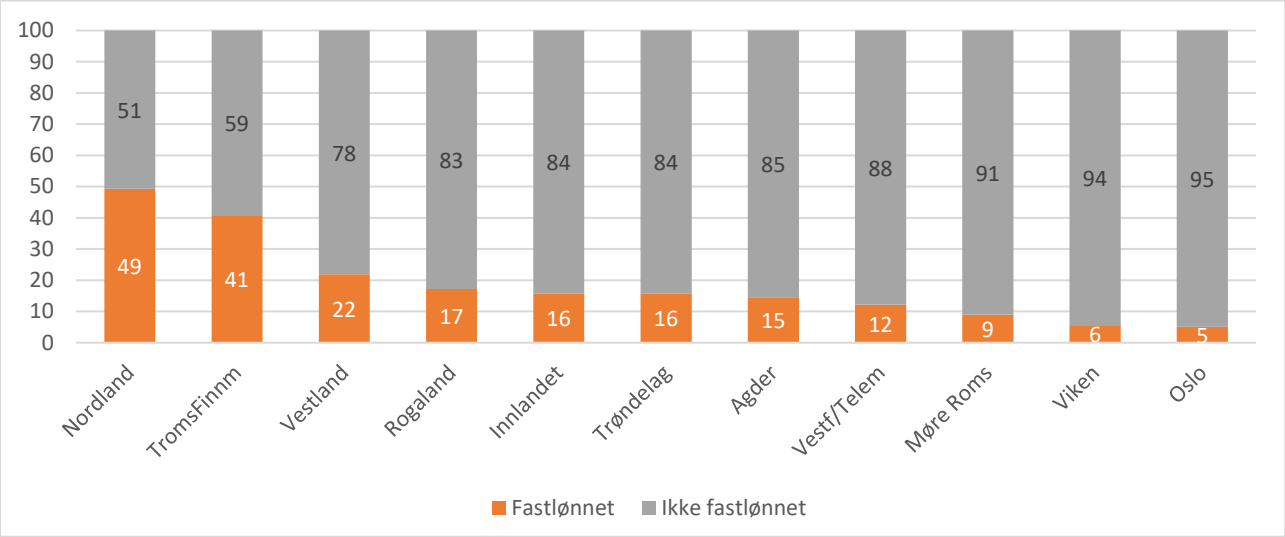
	31.03.2018	31.03.2019	31.03.2020	26.03.2021	Endring perioden	Prosent endring
Under 2 000 innb.	116	124	130	125	9	8
2 000-4 999 innb.	146	168	182	201	55	38
5 000-9 999 innb.	95	108	123	143	48	51
10 000-49 999 innb.	151	180	224	265	114	75
50 000 innb.+	77	90	93	102	25	32
Totalt	585	670	752	836	251	43

Figur 3.22 Andel fastlegeavtaler på fastlønn (inkludert lister uten fast lege) etter kommunestørrelse



Fylker med mange små kommuner med lav sentralitet, slik som i Nord-Norge, har det høyeste innslaget av fastlønnsavtaler. I de befolkningstette områdene på Østlandet er andelen fastlønnsavtaler fortsatt svært liten.

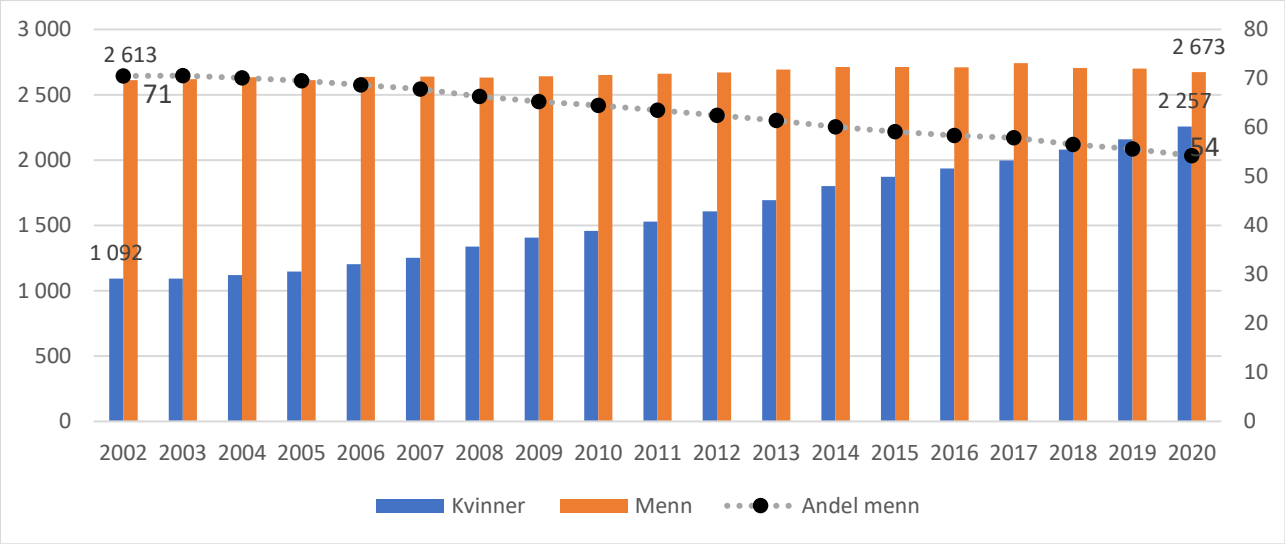
Figur 3.23 Andel fastlønn etter fylke pr. mars 2021



3.7. Jevn økning i kvinneandel blant fastlegene

Etter en kontinuerlig økning i antall kvinner, er det pr i dag nesten like mange kvinner og menn som er fastleger. For 20 år siden var 70 % av fastleger menn, mens nesten 50 % av fastlegene nå er kvinner. Blant de nye fastlegene de siste årene er kvinneandelen enda høyere.

Figur 3.24 Antall og andel fastleger etter kjønn 2002 til 2020 (31 desember hvert år).



Det er forskjell på andelen kvinnelige og mannlige leger som har fastlønn, hvor det blant fastlønnede fastleger er flere kvinner. Evalueringen av fastlegeordningen viser til at kvinner i større grad enn menn prefererer økt sikkerhet rundt inntektssystemet, og ønsker i større grad enn menn kortere listelengde. Videre har kvinnelige fastleger generelt lengre konsultasjoner og lengre ventetid på time enn menn[52]. Den økende andelen

[52] https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf

kvinnelige fastleger sammen med en ny generasjon mannlige leger kan være en medvirkende årsak til at dagens fastleger ønsker andre rammer rundt sin fastlegepraksis enn tidligere, og at dette kommer til utrykk blant annet gjennom økning i fastlønnsavtaler.

4. STATUS FOR PROSJEKTER RELATERT TIL ARBEIDSBELASTNING

Et viktig mål med flere av tiltakene i handlingsplanen er å bidra til en håndterlig arbeidsmengde for allmennlegene. Målet er blant annet å frigjøre tid slik at fastlegen har gode rammevilkår til å følge opp innbyggere med omfattende behov i tett samarbeid og koordinering med andre tjenester. Videre skal fastlegen ha tid til å holde seg faglig oppdatert og arbeide systematisk med kvalitetsforbedring. Det skal også være mulig å kombinere jobb som fastlege med familie og fritid.

Mange tiltak i handlingsplanen er forventet å redusere allmennlegenes arbeidsbelastning og på annen måte bedre allmennlegens arbeidssituasjon. Tiltakene er i all hovedsak lokalisert til målområde 1, men også under målområde 3 som handler om teambasert organisering av arbeidet, bruk av digitale verktøy og god ledelse.

4.1. Oppgavefordeling og samhandling med spesialisthelsetjenesten

Tiltak 5 i handlingsplanen handler om å ha en hensiktsmessig oppgavefordeling og samhandling mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Regjeringen og KS har inngått avtale om å danne 19 helsefellesskap som skal få kommunene og sykehusene til å samarbeide bedre om pasientene. Det er igangsatt prosesser for formell etablering av helsefellesskap i alle helseregioner, men det varierer hvor langt arbeidet har kommet. Pandemien har gitt forsinkelser i prosessene. Arbeidet med revidering av veileder for samarbeidsavtaler er så vidt igangsatt i Helsedirektoratet. Samarbeidsavtalene skal revideres av partene årlig. Endringer av helse- og omsorgstjenesteloven med tillegg om at kommuner og helseforetak skal planlegge sammen, var på høring høsten 2020 og er planlagt vedtatt våren 2021[53].

4.2. Forenkling av administrative prosesser og hensiktsmessig oppgavefordeling

Tiltak 6 i handlingsplanen 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.

Regjeringen vil gjennomgå erklæringer som leger utsteder for Arbeids- og velferdsetaten med sikte på å forenkle eller ta bort oppgaver, herunder vurdere tiltak som kan forenkle legenes arbeid innenfor sykmeldingsfeltet. Arbeids- og sosialdepartementet gav oktober 2020 Arbeids- og velferdsdirektoratet oppdraget med frist for levering 31. mai 2021. Fokuset skal særlig være på attester og erklæringer som fastleger utsteder.

Involverte brukere og interessenter gir tydelig uttrykk for at gjennomgangen må peke på mer enn bare å forenkle, ta bort og avlaste legene for oppgaver. Det må også legges vekt på brukernes (både NAV og fastlegenes) ønsker om å frigjøre tid slik at pasientgrupper med omfattende og sammensatte behov får en mer tilpasset, strukturert og raskere oppfølging enn tidligere. Det pekes bla på betydningen av fastlegenes ønske om å komme tidligere inn i AAP-prosessen[54] og at dialogen mellom NAV og fastlegen løses gjennom å innhente den informasjonen det er behov for, når det er behov. Det er videre et uttrykt ønske at økt kunnskap hos NAV og fastlegen om hverandres roller vil medføre økt kvalitet i informasjonsinnhentingen og redusere tidsbruk.

[53] Helsedirektoratets rapportering på status og fremgang for Nasjonal helse- og sykehusplan 2020
[54] AAP er forkortelsen for arbeidsavklaringspenger

For å kunne realisere mange av tiltakene er det en forutsetning at det kommer på plass en bedre teknisk plattform for utveksling av informasjon mellom NAV og fastlegene. Derfor er det i samarbeid med Legeforeningen, Helsedirektoratet og andre utarbeidet et forslag om et arbeid for å realisere dette. Det har i mange år vært utfordringer knyttet til endringer tett integrert mot fastlegenes systemer. Det foreslås å etablere en plattform basert på *SMART on FHIR*-teknologien, slik at NAV både kan ha kontroll og kontinuerlig utvikle tjenestene, samt at tjenestene blir tett integrert i fastlegenes EPJ. Dette vil legge til rette for bedre kvalitet i arbeidet, samt redusere samlet tidsbruk for fastlegene. Forslaget er diskutert også med Direktoratet for e-helse og NHN og legges frem for NUFA 21.04.21.

4.3. Gjennomgang av takstsystemet

Finansiering gjennom takstsystemet skal bidra til å understøtte de overordnede målene med fastlegeordningen. Det betyr blant annet at takstene over tid må tilpasses ønsket aktivitet og tjenesteformer. Samtidig må takstene være forståelige for dem som skal bruke dem, være i tråd med god faglig praksis og være utformet slik at Helfo kan føre kontroll. Takstsystemet bør bidra til styringsinformasjon og datafangst gjennom kommunalt pasient- og brukerregister (KPR,) og være transparent i ressursbruk. Det er også et mål at finansieringen er enkel å forstå og enkel å administrere.

Ulike måter å innrette takstene på må ivareta ulike hensyn. Endringer og forslag må derfor avveie ulike hensyn mot hverandre. Gjennomgang av takster i fastlegeordningen ble levert av Helsedirektoratet januar 2021. Formålet med gjennomgangen, slik det fremgår av tiltak 2 i Handlingsplan for allmennlegetjenesten, er å understøtte faglig riktig praksis. I arbeidet med gjennomgangen ble handlingsplanens overordnede mål lagt til grunn. I tillegg til at takstene skal bidra til kunnskapsbasert og beste praksis for alle pasienter, bør de legge til rette for samhandling, større grad av proaktivitet og kvalitet i tjenester til pasienter med omfattende behov og teknologinøytralitet i tjenesteutøvelsen. Forenkling av takstsystemet var også et mål med gjennomgangen.

Endringer i takstene skal særlig bidra til målområde 2 i handlingsplanen, god kvalitet til alle. Det er imidlertid klart at takstsystemet også har betydning for målområde 1 om en attraktiv og trygg karrierevei og målområde 3, framtiden er teambasert. Flere perspektiver i gjennomgangen er derfor forsøkt ivaretatt, og balansert mot hverandre. Den endelige utformingen av takstsystemet skjer i årlige forhandlinger mellom partene med Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet, de regionale helseforetakene og KS på den ene siden og Legeforeningen på den andre.

4.4. Økt kunnskap om og organisering av legevaktarbeidet

Legevaktsarbeid utgjør en stor del av arbeidsbelastningen for mange fastleger. Tiltak 7 i handlingsplanen handler om å få mer kunnskap om legevaktsarbeidet og prøve ut nye måter å organisere arbeidet på.

4.4.1. Pilot digital legevakt

Prosjekt Pilot legevakt er et 3-årig prosjekt som startet opp i 2018 og som i utgangspunktet skulle gå frem til 31.8.2021. Det er imidlertid nylig besluttet å forlenge piloten frem til 30.6. 2022. Bakgrunnen for prosjektet er erkjennelsen av store utfordringer med rekruttering av leger til legevakt, noe som henger tett sammen med utfordringene med rekruttering til allmennpraksis generelt. Målet for prosjektet er å sikre en bærekraftig og forsvarlig lokal akuttmedisinsk tjeneste i fremtiden i områder som har utfordringer med tjenesten i dag.

Effektmålene for piloten er:

- Befolkningen har tilgang til forsvarlig akuttmedisinske tjenester gjennom hele døgnet, innen rimelig tid
- Lege med bakvaktkompetanse er tilgjengelig for avklaring og rådgiving gjennom hele døgnet

- Flest mulig akutte hendelser skal håndteres lokalt. For å få dette til må annet helsepersonell enn lege f.eks. ambulansepersonell og sykepleiere i helse- og omsorgstjenesten være en del av beredskapspersonellet i legevakt
- Operatører på legevaktsentralene har nødvendig kompetanse og kapasitet til å håndtere akuttmedisinske tilstander på forsvarlig måte
- Samlet vaktressurser i kommunen skal utnyttes bedre
- Bruk telemedisinske løsninger og digital kommunikasjon skal tas i bruk for å understøtte diagnostikk og behandling
- Bedre rekruttering av fastleger, spesielt i kommuner med høy vakthyppighet

Prosjektet følgeevalueres av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM). Prosjektet er rullet ut i to geografiske områder, Ytre Sogn og Sunnfjord og Romsdalsregionen med legevaktsatellitter i kommunene i Ytre Sogn og Sunnfjord: Hyllestad, Askvoll, Balestrand, Høyanger og Bremanger og i Romsdalsregionen er det Aukra, Misund, Rauma og Sunndal. De siste satellittene startet opp september 2020.

Driften av legevakt i pilotprosjektet er organisert ved en sentralisert interkommunal legevaktsentral med lege med vaktkompetanse til stede og legevakt ute som fungerer fra klokken 08.00 til 15.30, deretter overtar legevaktsatellittene. I tillegg har legevaktsatellittene åpent alle helger og høytider. Bak legevaktsatellittene er den sentrale interkommunale legevakten samlokalisert (Førde) med legevaktsentralen etter kl. 15.30 på hverdager og hele helgen (med et unntak hittil av Bremanger.) Utfordringene under covid-19 har vært at satellittene er lagt til sykehjem. Satellittene betjenes av sykepleiere som også har sin jobb på sykehjemmet. Satellittene har derfor vært stengt lenge på grunn av smitteverntiltak for å begrense smitte til sykehjem. Antall pasienter behandlet på satellittene har derfor blitt færre enn ønskelig i forhold til evaluering.

Viktige læringspunkter for å lykkes har vært kompetanse og vedlikehold av kompetanse, samtrening, god ledelse som er tett på, gode samhandlingsavtaler mellom helsenivåene og forpliktelse til samarbeid

4.4.2. Ekspertgruppe legevakt

I tråd med beskrivelse av tiltak 7 har Helse- og omsorgsdepartementet, sammen med partene, nedsatt en ekspertgruppe som skal kartlegge hvor høy arbeidsbyrden er og hvordan den fordeler seg på leger i legevakt og hvilke konsekvenser en eventuelt redusert vaktbelastning vil få for behovet for leger. Ekspertgruppen ble opprettet januar 2021, og vil levere rapport ved slutten av året.

5. LEGER I SPESIALISERING OG EFFEKT PÅ REKRUTTERING

Det er viktig å følge med på om flere leger starter og fullfører spesialistutdanning i allmennmedisin, samt om grunnutdanning og spesialistutdanning i allmennmedisin støtter opp under rekruttering og stabilisering. En vurdering av i hvilken grad handlingsplanens tiltak 3 og 4 om ALIS-avtaler og ALIS-kontor fremmer rekruttering og stabilisering blant allmennleger vil være sentralt, videre om det i tråd med tiltak 9 er et hensiktsmessig antall LIS1 stillinger.

5.1. Rekrutteringsgrunnlag

Hvert år uteksamineres mellom 500 og 600 nye leger ved norske universiteter, omtrent like mange som det autoriseres med norsk utdanning. Omkring to av tre som får autorisasjon i Norge har gjennomført medisinutdanningen i utlandet. Det årlige antallet varierer noe, men snittet i perioden 2015 til 2020 var i

overkant av 1 200 årlig. Mange av disse er norske leger som har studert i Sentral- og Øst-Europa, men noen er utenlandske spesialister, som ikke vil utgjøre en del av rekrutteringsgrunnlaget for allmennlegetjenesten.

Tabell 5.1. Nye autorisasjoner som lege, fordelt på utdanning fra Norge eller utlandet. 2015-2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Norsk utdanning	706	479	673	537	556	563
Utenlandsk utdanning	1 173	1 179	1 678	1 233	1 065	1 065
Totalt	**1 879**	**1 658**	**2 351**	**1 770**	**1 621**	**1 628**

Kilde: Helsepersonellregisteret (HPR). Tallene er basert på uttrekk som er behandlet (vasket) manuelt og kan avvike noe fra statistikken i Helsedirektoratets Power BI-løsning, som hentes direkte fra HPR.

5.2. LIS1-søknader og tilsatte - årlig statistikk

Stillinger i spesialistutdanningens første del (LIS1-stillinger) lyses ut av helseforetak i samarbeid med kommuner to ganger pr år. Stillinger som blir ledige utenom de faste utlysningene skal lyses ut som kortere LIS1-stillinger (restplasstillinger). Systemet med felles utlysning av LIS1-stillinger i Helsedirektoratas stillingsportal skal bidra til en brukervennlig tilsettingsprosess for søkere og arbeidsgivere, samtidig som myndighetene får god oversikt over søkere og ansettelser.

Etter hver søknadsrunde utarbeider Helsedirektoratet en rapport som inneholder tall og utviklingstrekk uten at datamaterialet analyseres nærmere. Figuren som presenteres under bygger på disse statusrapportene. For mer informasjon om søkerne og de tilsatte, inkludert informasjon om nasjonalitet og utdanningsland, se Helsedirektoratets statusrapporter for søknadsrundene.

Som et covid-19-tiltak våren 2020 ble det opprettet 100 midlertidige LIS1-stillinger med oppstart 1.9.2020. I tillegg ble det opprettet 38 nye faste LIS1-stillinger i region nord, hvorav 19 med oppstart 1.9.2020 og 19 med oppstart 1.3.2021. Stortinget bevilget også midler til 100 permanente stillinger fra høsten 2021, hvorav 50 med oppstart høsten 2021 og 50 med oppstart våren 2022. Disse stillingene kommer i tillegg til de ca. 950 etablerte LIS1-stillingene på landsbasis. Antallet LIS1-stillinger bør være basert på tjenestenes faktiske behov og skal bidra til at det blir utdannet et tilstrekkelig antall spesialister. Helsedirektoratets anbefaling er 1150 LIS1-stillinger pr år, en økning på 200 stillinger fra 2019.

I søknadsrunden høsten 2020 var det 969 søkere til 474 LIS1-stillinger. Det var 31 stillingsannonser fordelt på 21 helseforetak. 480 søkere ble ansatt.

Figur 5.1 Helseforetak, LIS1-stillinger og søkere høsten 2020

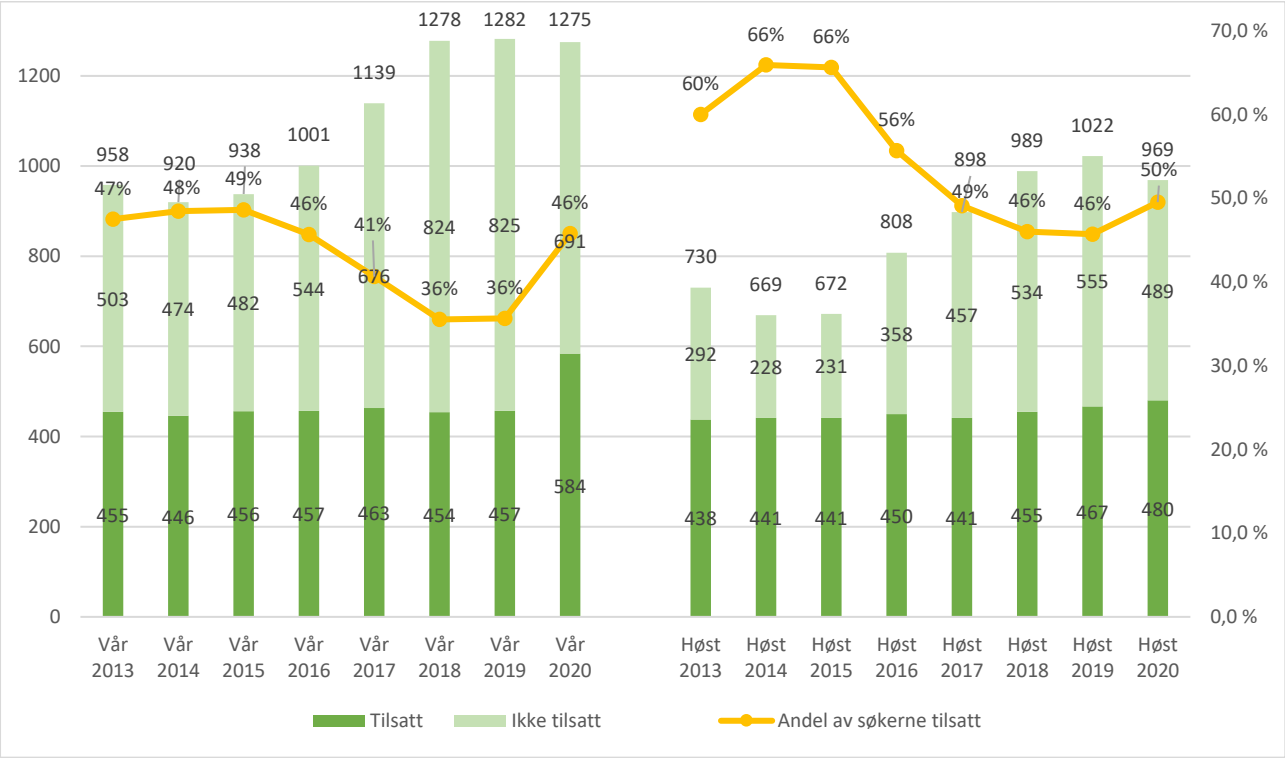
Kilde: Helsedirektoratets stillingsportal (Webcruiter).

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, og vi har derfor valgt å vise søknadsrundene for henholdsvis vår og høst hver for seg.

Figuren under viser at antall søkere har flatet ut de siste tre årene etter flere år med tydelig økning, og at de nye LIS1-stillingene har ført til at en økt andel av søkerne ble tilsatt i søknadsrunden våren 2020 og høsten

2020. Selv om antall stillinger er økt var det under halvparten av søkerne våren 2020 og omtrent halvparten av søkerne høsten 2020 som ble tilsatt. Leger med norsk utdanning blir i større grad tilsatt enn leger med utdanning fra EØS-området, som igjen i større grad blir tilsatt enn leger utdannet utenfor EØS-området. Mange av søkerne har utdanning fra utlandet, jf. også autorisasjonstabellen over.

Figur 5.2. Utvikling i søkere og tilsatte i LIS1-stillinger i tilsettingsrundene våren 2013 til høsten 2020.



Kilde: Helsedirektoratets stillingsportal Webcruiter. Merk at det benyttes en sekundær y-akse for prosentandelen som tilsettes.

5.3. ALIS-avtaler og tilskuddsordninger

Regjeringen vil gjennom tiltak 3 i Handlingsplan for allmennlegetjenesten øke antall ALIS-avtaler.

En ALIS-avtale er en avtale mellom kommuner med rekrutteringsutfordringer og lege i spesialisering i allmennmedisin (ALIS) om særskilte tiltak som bidrar til økt trygghet under spesialistutdanningen gjennom bedre tilrettelegging og oppfølging enn det legen har krav på som følge av dagens avtale- og regelverk. Målet er å øke rekrutteringen av fastleger i de aktuelle kommunene, redusere antall ledige fastlegeavtaler og øke stabilitet blant allmennleger i spesialisering.

De seneste årene har det vært lagt opp ulike innretninger for tilskudd til ALIS-avtaler:

- 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)

For 2021 er tilskuddsregelverket endret, slik at kommuner igjen kan søke tilskudd til ALIS ansatt i kommunen. I tråd med dette vil ALIS-avtaler som mottar tilskudd trolig øke i 2021.

Helsedirektoratet har oversikt over ALIS-avtaler som har mottatt tilskudd i 2019 og 2020, inkludert tilskudd fra pilotprosjektene ALIS Nord og ALIS Vest. Se tabell 5.3. Det ble totalt gitt tilskudd til 190 ALIS-avtaler i 2019 og til 127 ALIS-avtaler i 2020. Antallet ALIS-avtaler kan imidlertid være høyere enn det antall avtaler som har mottatt tilskudd. Dette gjelder spesielt for ALIS-avtaler hvor ALIS er ansatt i kommunen. Det er grunn til å tro at selv om *Rekrutteringstilskuddet* ikke ble videreført til 2020, har kommuner med fast ansatte ALIS videreført avtalene.

Tabell 5.2 Antall ALIS-tilskudd i fordelt på driftsform i perioden 2019 – 2020

	ALIS-tilskudd til fastlege med næringsdrift		**Rekrutterings-tilskudd**	**ALIS-Vest**		**ALIS-Nord**		**Totalt antall ALIS avtaler med tilskudd**	
	2019	2020	2019	2019	2020	2019	2020	2019	2020
Næring	54	71	19	0	1	6	5	**79**	**77**
Ansatt i kommunen	0	0	67	18	23	20	19	**105**	**42**
Ukjent							3	**0**	**3**
Ubesatt						6	5	**6**	**5**
Sum	**54**	**71**	**86**	**18**	**24**	**32**	**32**	**190**	**127**

Ordningen *ALIS-tilskudd til fastlege med næringsdrift* ga i 2019 støtte til 54 ALIS-avtaler og i 2020 til 71 ALIS-avtaler. Av de 71 avtalene som ble innvilget i 2020, gikk 14 til usentrale kommuner (sentralitetsgrad 4, 5 og 6). Dette indikerer at kommuner i distriktet i liten grad rekrutter ALIS til næringsavtaler. Det er få ALIS-avtaler med næringsdrift i de andre tilskuddsordningene for ALIS.

5.4. Regionale ALIS-kontor

Regjeringen vil gjennom tiltak 4 i Handlingsplan for allmennlegetjenesten styrke ALIS-kontorene. Hovedoppgaven til ALIS-kontorene 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. ALIS-kontorene skal ha et kontaktnett med alle kommunene i sin region, og rekrutteringssvake kommuner skal vies spesiell oppmerksomhet. Gjennom sin kontakt med kommunene skal ALIS-kontorene bidra til rekruttering og tilrettelegging for spesialisering i allmennmedisin.

Det ble i 2020 opprettet 5 ALIS-kontorer som til sammen skal dekke hele landet. Kontorene er lagt til Bodø, Bergen, Trondheim, Kristiansand og Hamar. De tre førstnevnte skal dekke kommunene i hhv. Helse-Nord, Helse-Vest og Helse Midt-Norge. I Helse Sør-Øst er det gjort en desentralisert plassering av kontorene. Disse kontorene jobber sammen for å dekke hele regionen inkludert samarbeid med Oslo.

Våren 2020 mottok vertskommunene 2 millioner pr. ALIS-kontor, og de første medarbeiderne ble ansatt høsten 2020. Fra 2021 er satsningen intensivert og det årlige driftstilskuddet pr. ALIS-kontor er doblet til 4 millioner, slik at det til sammen utgjør 20 mill. kroner. Kontorene er nå i ferd med å lyse ut nye stillinger, og kan i tråd med dette øke sin aktivitet og sin støtte til kommuner.

5.5. Erfaringer fra ALIS pilotprosjekter

ALIS Vest og ALIS Nord er to pilotprosjekter med formål å bidra til rekruttering og stabilisering av fastleger i rekrutteringssvake kommuner. Dette gjøres ved å tilby tilrettelagte spesialiseringsløp. Prosjektene ble etablert i henholdsvis 2017 og 2018, og følgeevalueres av eksterne forskningsmiljøer.

Erfaringer fra disse prosjektene er viktig å følge med på. Økende rekrutteringsutfordringer, spesielt knyttet til næringsdrift er to hovedfunn fra følgeforskningen.

5.5.1. Prosjekt ALIS-Vest

Den 4. følgeforskningsrapporten om ALIS-Vest prosjektet ble publisert januar 2021. Pr. november 2020 var alle de 16 ALIS-avtalene i Vestland besatt. For 6 av de 16 stillingene har det vært en viss ustabilitet i form av at ALIS har sluttet og en ny har fått stillingen.

Nesten alle helselederne i kommunene i ALIS-Vest beskriver økende rekrutteringsutfordringer de siste årene. Helseledere har erfart at det er store forventninger til at kommunene skal gjøre noe med blant annet listelengde og vaktbelastning. Sluttintervjuer blant ALIS viser at selv om det er gode betingelser og tilrettelegging, så forhindrer ikke dette ALIS fra å slutte i stillingen hvis personlige grunner eller familieforhold står i veien for å bli værende som ALIS. Ved ansettelse av ALIS er det derfor viktig med god kartlegging av tilknytning og forutsetninger hos ALIS til å bli over tid på stedet.

Rapporten viser videre at ALIS den første tiden er mest opptatt av å jobbe på sin liste, og har mindre behov for å engasjere seg i tverrsektorielt samarbeid generelt. Tverrsektorielt samarbeid synes lettere å få til når man har en kort pasientliste, litt mer erfaring, hvis man praktiserer i små oversiktlige samfunn eller er samlokalisert med øvrig helse- og sosialtjeneste. Samarbeid mellom ALIS og øvrig kommunal helse- og sosialtjeneste syntes å være bedre og enklere å få til hvis ALIS er kommunalt ansatt.

ALIS-Vest rekrutterte initialt til fastlønn, men har åpnet for deltakelse med både fastlønn og næringsavtaler. Pr. september 2019 var det 18 fast ansatte leger i ALIS-Vest, hvorav 2 av disse var helt nyetablerte avtaler. Til sammen for Vestland, Møre og Romsdal og Rogaland er det ved utgangen av 2020 24 leger i ALIS-Vest, hvorav en av disse har næringsavtale[55].

5.5.2. Prosjekt ALIS-Nord

Under ALIS Nord prosjektet ble det i 2020 innvilget tilskudd til 32 avtaler fordelt på 25 kommuner. Pr. 1. mars 2021 har kommunene til sammen inngått 6 ALIS-avtaler med næringsdrift og 19 ALIS-avtaler med fast lønn. 7 av 32 fastlegehjemler er ubesatt[56]. Utover det som framkommer i rapporten er Helsedirektoratet kjent med at ustabiliteten i ALIS-avtalene fortsatt er urovekkende stor, og at det trolig kan komme både oppsigelser og nyansettelser i de 32 ALIS-avtalene i 2021.

I utgangspunktet ble det lagt opp til en 50/50-fordeling mellom fastlønn- og næringsdriftsavtaler i ALIS-Nord. I underveisnotatet fra evalueringen av prosjektet fra slutten av 2020, fremheves det at det er utfordrende for kommuner å rekruttere unge leger til næringsdrift, og at flere kommuner har sett seg nødt til å inngå avtale om fastlønn selv om de egentlig ønsket å delta i prosjektet med næringsdrift. ALIS peker selv på tre hovedgrunner til at de foretrekker fastlønn framfor næringsdrift:

- De ønsker ikke å binde seg til stillingen, siden de fortsatt er usikre på om de skal

[55] *Delrapport 4: 2021: Utdanningsstillinger i Allmennmedisin: Alis-Vest, Nasjonalt senter for distriktsmedisin / UiT Norges arktiske universitet*

[56] *Statusrapport fra ALIS-Nord til Helsedirektoratet, mars 2021 pdf*

bli fastlege og/eller er usikre på om de ønsker å bli værende i kommunen på sikt
- De ønsker å konsentrere seg om det faglige fremfor å ha ansvar for administrasjon og økonomi
- De ønsker trygderettighetene som følger med kommunal ansettelse

En overgang fra fastlønn til næring etter en stund, trekkes fram som en mulig løsning for å opprettholde næringsdriftsmodellen i kommuner som sliter med å rekruttere til næringsdrift. Om det faktisk er lettere å rekruttere unge leger til overgangsavtaler, må i så fall testes ut i praksis.

Evalueringen viser også at det er utfordrende for flere helseledere å tilpasse seg den nye modellen for spesialistutdanning i allmennmedisin. Det etterlyses tydeligere retningslinjer og instruks fra sentralt hold. I intervjuene med både ALIS og helseledere fremhever mange at veilederne trenger mer opplæring i hvordan de skal ivareta veilederansvaret etter ny modell. Flere framhever også at kommunene bruker mer ressurser på spesialistutdanningen nå enn tidligere[57].

5.6. ALIS tilskudd som virkemiddel i kommuner med særskilte rekrutteringsutfordringer

Helsedirektoratet har for 2020 sett på fordelingen av ALIS-avtaler med tilskudd opp mot særlig rekrutteringssvake kommuner. Særlig rekrutteringssvake kommuner er her definert ved at kommunen har hatt en eller flere fastlegelister uten fast lege > 1 år i perioden jan 2019 - mars 2021. For perioden gjaldt dette 80 av landets kommuner.

Av de 80 kommunene med størst rekrutteringsvansker mottok 25 av kommunene tilskudd til en eller flere ALIS-avtaler i 2020. Tilskuddet ble enten gitt som en del av ALIS-Vest eller ALIS-Nord prosjektet, eller som tilskudd via ordningen *ALIS-tilskudd til fastlege med næringsdrift.* Til sammen mottok disse 25 kommunene 61 tilskudd til ALIS-avtale, noe som utgjør 48% av alle tilskudd til ALIS-avtaler i 2020.

Av de 25 kommunene som mottok tilskudd til ALIS-avtale i 2020 hadde 12 av kommunene pr. 1. mars 2021 ikke lenger noen lister som hadde stått uten lege > 1 år. For 13 av de 25 kommunene var det 1. mars 2021 fortsatt lister uten fast lege > 1 år. Se vedlegg 2, tabell v2.1.

5.7. Utvikling i antall og andel fastleger med spesialisering i allmennmedisin

Helsedirektoratet publiserer en nasjonal kvalitetsindikator som viser hvor stor andel av fastlegene som har gjennomført spesialisering i allmennmedisin[58]. Figuren under viser utviklingen over tid i andel og antall fastleger med spesialitet i allmennmedisin.

Ved utgangen av 2020 var det 3 118 fastleger i Norge med gjennomført spesialisering i allmennmedisin. Dette tilsvarer 63,3 prosent av landets fastleger. Både andelen og antallet fastleger med gjennomført spesialisering har økt jevnt over tid[59]. En medvirkende årsak til dette er kompetanseforskriften av mars 2017, som krever at tiltredende fastlege skal være spesialist eller under spesialisering i allmennmedisin. Andelen spesialister er høyest i kommuner med et høyt antall innbyggere, og synker med synkende innbyggertall (se vedlegg 3 tabell v3.2).

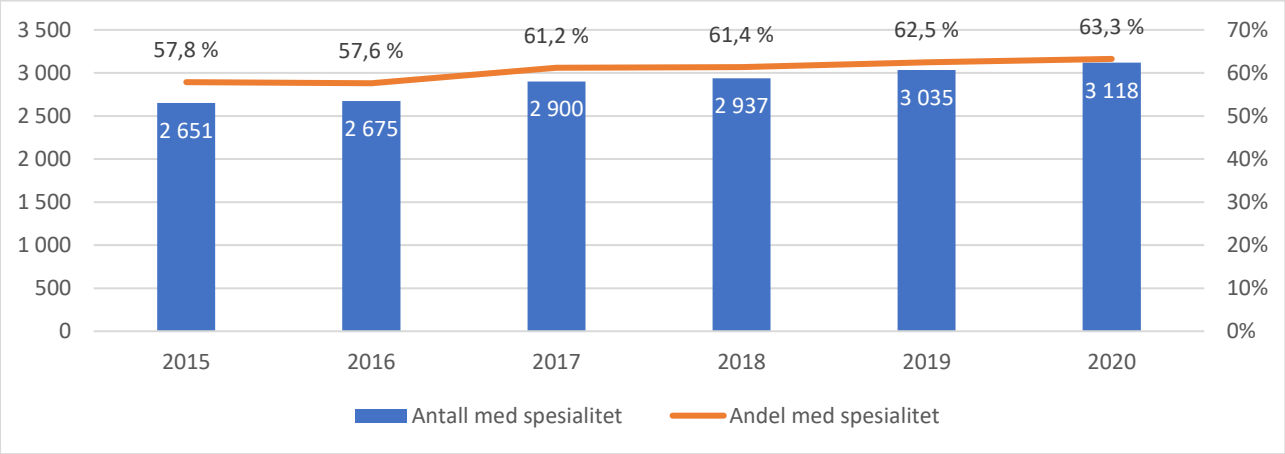
---

[57] *Underveisnotat: Følgestudie: ALIS-Nord, Fafo 2020:10*

[58] *NKI Andel fastleger med spesialitet i allmennmedisin*

[59] *Noe av økningen fra 2016 til 2017 kan skyldes endringer i krav om resertifisering som spesialist. Før 2017 var det et krav om resertifisering hvert femte år for å beholde spesialisttittel. Fra og med 2017 bortfalt dette kravet, og legen fikk beholde tittelen uten å søke, men må heller søke om forlengelse av retten til tilleggstakst for spesialist i allmennmedisin.*

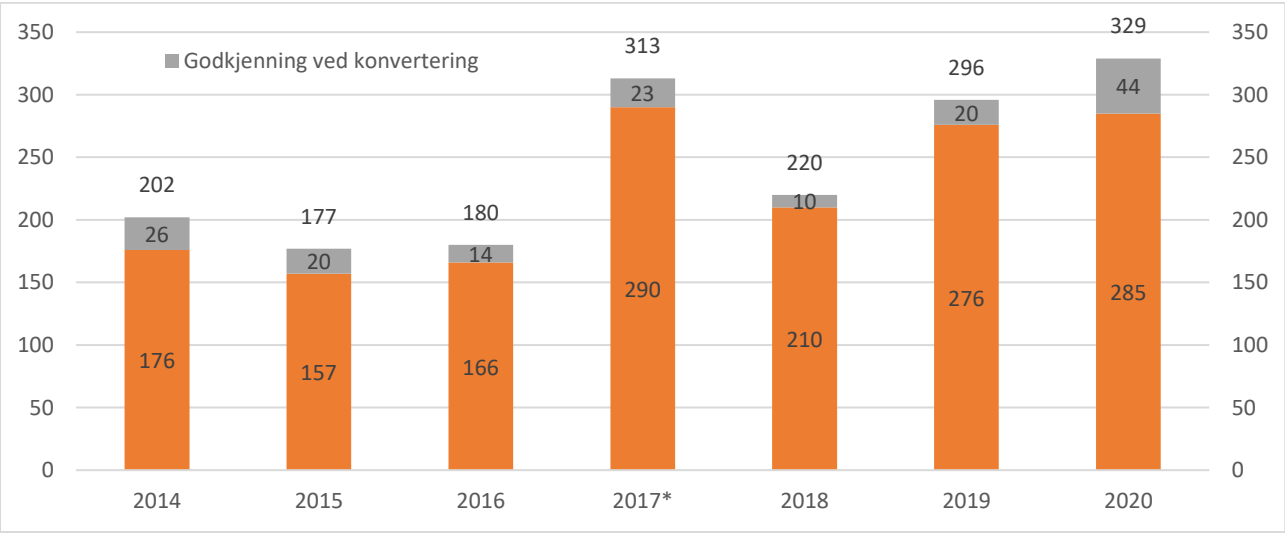
Figur 5.3 Fastleger med spesialitet i allmennmedisin, 2015-2020



5.8. Nye spesialistgodkjenninger i allmennmedisin

Figuren viser at antall nye spesialistgodkjenninger i allmennmedisin har økt de seneste årene sammenlignet med årene 2014 til 2016 (det høye antallet i 2017 henger delvis sammen med økt saksbehandlingskapasitet i Helsedirektoratet). Figuren inneholder ikke forlengelser av tilleggstaksten "Tillegg for spesialist i allmennmedisin" (resertifiseringer), som i senere år har utgjort i snitt ca. 500 i året. Økningen i spesialistgodkjenninger gjenspeiles i figuren over, som viser antall og andel fastleger med spesialitet i allmennmedisin.

Figur 5.4 Nye spesialistgodkjenninger i allmennmedisin, 2014-2020.



*Kilde: HPR. *Antallet var kunstig høyt i 2017 grunnet en ekstra saksbehandlerinnsats i Helsedirektoratet for å få ned antall restanser.*

6. EFFEKT AV ENDRING I BASISFINANSIERING

Koronapandemien har påvirket arbeidet med Handlingsplan for allmennlegetjenesten det første året i planperioden. Endringer i innbyggernes behov for helsetjenester og i fastlegenes måte å arbeide på har preget året, og det er grunn til å tro at kommunene i større grad har manglet tilstrekkelig med tid og ressurser til å følge opp utfordringene i allmennlegetjenesten.

I tråd med handlingsplanens tiltak 1, regjeringen vil endre og styrke basisfinansieringen av fastlegeordningen, ble det tilført 350 mill. kroner i friske midler til fastlegeordningen i 2020. Midlene kan bidra til rekruttering og stabilisering i fastlegeordningen generelt, og er i seg selv et viktig tiltak. Videre ble det gjort to endringer i basisfinansieringen fra 1.5.2020. Innføring av knekkpunkt innebærer at basistilskuddet ble økt for de første 1000 innbyggerne på hver leges liste. Formålet er å legge til rette for lavere arbeidsbelastning. Det skal gi legene rom for å gå ned i listelengde, uten å gå ned i inntjening. Det ble også innført et grunntilskudd, der leger som har lister med mindre enn 500 innbyggere og listetak over 500 innbyggere, har krav på basistilskudd tilsvarende 500 listeinnbyggere i inntil 2 år.

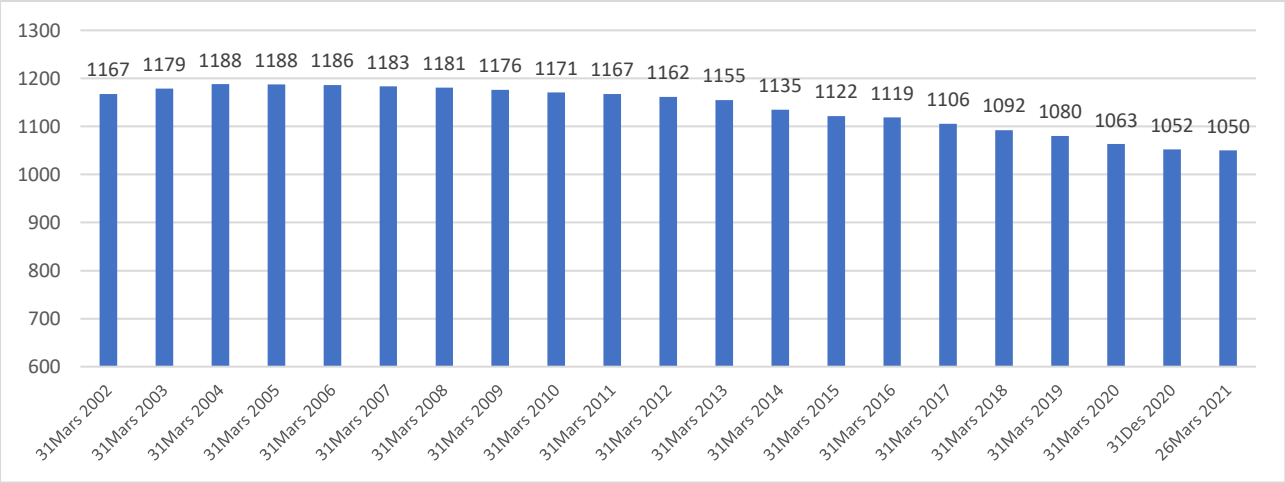
Nedenfor vil vi vise status og utviklingstrekk for listelengder og for grunntilskudd, og vi vil belyse variasjoner ut fra ulike kjennetegn ved legene og kommunene. Situasjonen mht. rekruttering og stabilisering er vurdert andre steder i rapporten, særlig i kapittel 3.

6.1. Knekkpunkt – økt basistilskudd for de 1000 første listeinnbyggerne

Har listelengden gått ned etter at tiltaket med økt basistilskudd for de først 1000 listeinnbyggerne (knekkpunkt) ble innført 1.5.2020? Handlingsplanen sier at formålet med styrking av basisfinansieringen er å gi legene rom for å gå ned i listelengde uten å gå ned i inntjening. Med styrkingen av basistilskuddet har per capitatilskuddets andel av legenes totale inntjening økt, noe som kan føre til at fastlegene ønsker lengre lister, ikke kortere lister. Innføring av knekkpunkt kan imidlertid bidra til at legene med de lengste listene reduserer sine lister.

En lege med 1000 innbyggere eller mer på sin liste, har fått økt sitt basistilskudd med 78 000 kroner i løpet av et år. Dersom legen i stedet for å beholde dette, velger å redusere sin liste, vil legen også få reduserte honorarinntekter. Dersom man legger til grunn at legens gjennomsnittlige inntjening pr. listeinnbygger er i overkant av 2000 kroner (ut fra tall i kapittel 7 om kostnader i fastlegeordningen), vil legen kunne redusere sin liste med 35-40 innbyggere, og sitte igjen med om lag samme inntekt som før økt basistilskudd ble innført. Det har vært en trend siden 2005 at gjennomsnittlig listelengde har gått ned fra år til år.

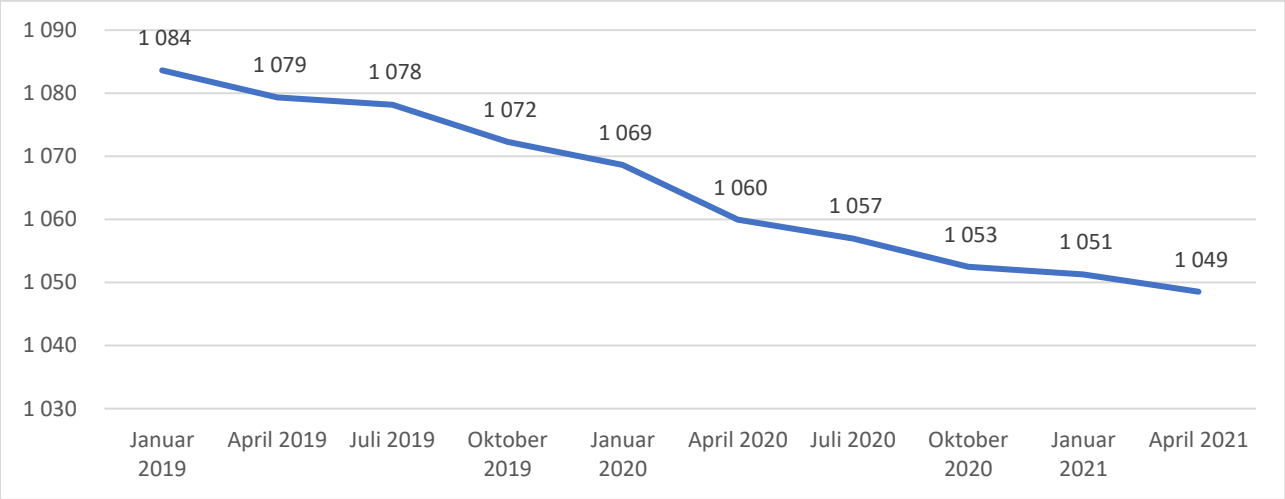
Figur 6.1 Gjennomsnittlig listelengde 2002-2021. Alle lister/avtaler.



Kilde: FLO

Man kunne forvente at innføring av knekkpunkt 1.5.2020 og økt basistilskudd for de 1000 første innbyggerne på hver liste ville føre til en styrking av denne utviklingen. Figuren nedenfor viser at dette foreløpig ikke har skjedd.

Figur 6.2 Gjennomsnittlig listelengde 2019-2021 (alle lister)



Kilde: FLO

Helsedirektoratet har ikke gått nærmere inn i årsakene til at listelengden ikke går mer ned, men vi vil peke på noen mulige forklaringer. Reduksjon i gjennomsnittlig listelengde forutsetter at det opprettes flere lister, men rekrutteringssituasjonen med mangel på leger gjør dette utfordrende. En annen mulig forklaring kan være at fastleger ikke har prioritert å få kortere lister og at de i stedet beholder den inntektsøkningen de fikk gjennom at basistilskuddet ble styrket. Videre kan en årsak være det ta tid før man kan se effekter av knekkpunkt og økt basistilskudd.

En mulig effekt av økt basistilskudd for de 1000 første listeinnbyggerne kan være at legene med de *lengste* listene velger å gå ned i listelengde. Tabellen nedenfor sammenlikner utviklingen for de 1000 lengste listene med *alle* lister.

Tabell 6.1 – Gjennomsnittlig listelengde for lange lister og alle lister 2019-2021

	April 2019	April 2020	April 2021	Endring Apr. 2019 – apr.2020		Endring Apr. 2020 - apr. 2021	
				Antall listeinnbyggere	Prosent	Antall listeinnbyggere	Prosent
Gjennomsnittlig listelengde 1000 lengste lister	1 587	1 579	1 565	-8	-0,5 %	-14	-0,9 %
Gjennomsnittlig listelengde alle lister	1 079	1 060	1 049	-19	-1,8 %	-11	-1,1 %

Kilde: FLO

Vi ser at nedgangen i listelengde har økt for de lengste listene etter at knekkpunkt ble innført. Mens for alle lister har nedgangen i listelengde flatet noe ut. Det er noen metodiske svakheter ved denne beregningen, men tallene indikerer at innføring av knekkpunkt har bidratt til større nedgang i listelengde for de lengste listene.

6.2. Grunntilskudd – status og utvikling

Grunntilskudd kan gis til leger med ufrivillig korte lister. Formålet med grunntilskudd er å redusere terskelen for å gå inn i fastlegeordningen, og legge til rette for at leger kan eller vil gå inn i en ny praksis.

Det er ulike avtaler/lister i fastlegeordningen. Det kan være næringsdrivende eller fastlønte fastleger, og det kan være lister uten fast lege, og også disse er delt inn i næringsdrivende og fastlønte. Det utbetales ikke grunntilskudd til fastlønte leger og for lister der det for tiden ikke er fast lege. Dersom vi bryter tallene ned på de ulike gruppene, ser tallene pr. mars ut som i tabellen nedenfor.

Tabell 6.2 Antall korte lister fordelt på ulike grupper av leger/lister (mars 2021)

	Næringsdrivende	Fastlønn	Totalt
Liste med fast lege	34	42	76
Liste uten fast lege	13	19	32
Totalt	**47**	**61**	**108**

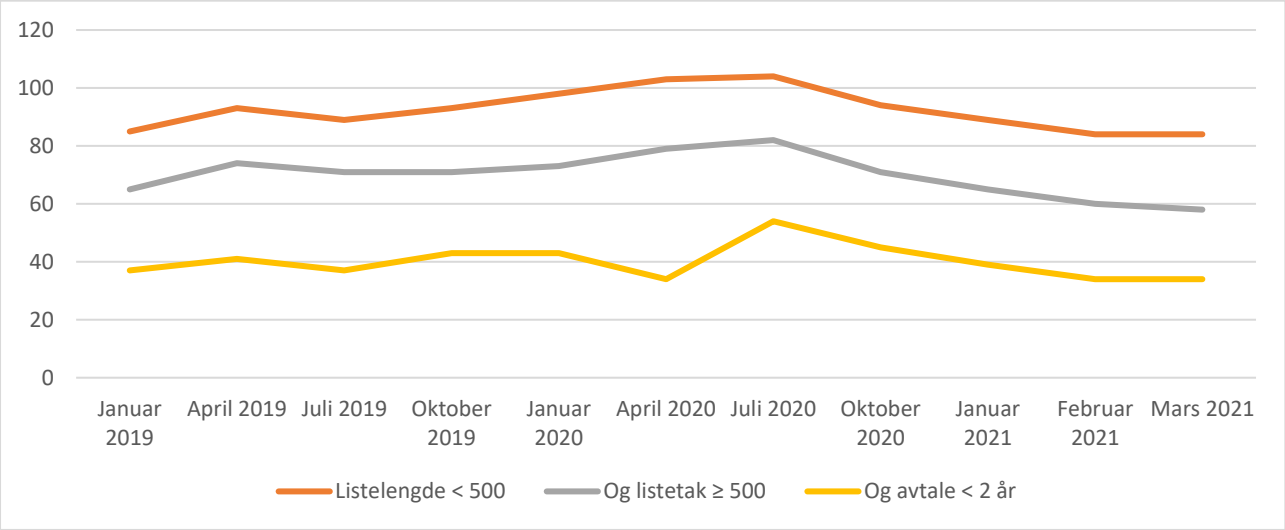
Kilde: FLO

I praksis er det kun næringsdrivende avtaler med lege tilknyttet som kan få grunntilskudd, altså maksimalt 34 leger. Av disse er det leger som er på hovedmodellen (næringsdrift) som skal ha utbetalt grunntilskudd. Helsedirektoratet vet ikke hvor mange av de næringsdrivende som er på 8.2-avtale. Vi vet derfor ikke hvor mange av de 34 legene som faktisk får utbetalt grunntilskudd.

I det videre vil vi primært ta utgangspunkt i antall næringsdrivende leger, dvs. 34 grunntilskudd i mars 2021.

Figuren nedenfor viser antall næringsdrivende fastleger med korte lister (under 500), hvor mange av listene som er ufrivillig korte (listetak 500 eller høyere), og der avtale er inngått i løpet av siste 2 år før måletidspunktet.

Figur 6.3 Antall næringsdrivende fastleger med korte lister – utvikling 2019-2021



Kilde: FLO

I figuren ovenfor er det den nederste linjen som angir hvor mange næringsdrivende leger som potensielt kan utløse grunntilskudd. Den midterste linjen viser antall grunntilskudd dersom det ikke hadde vært krav om at fastlegeavtalen var inngått i løpet av de siste to årene. Og den øverste linjen viser antall næringsdrivende leger med grunntilskudd dersom det heller ikke hadde vært krav om at listetak er over 500.

Tabell 6.3 viser status og utvikling siden ordningen med grunntilskudd ble innført. Tallene omfatter leger, lister uten fast lege er holdt utenfor.

Tabell 6.3 Grunntilskudd til lister med lege – fordelt på næringsdrivende og fastlønn

	Antall leger			Andel av alle leger i gruppen		
Tidspunkt	**Totalt**	**Næringsdrivende**	**Fastlønnet**	**Totalt**	**Næringsdrivende**	**Fastlønnet**
Juli 2020	101	54	47	2,0 %	1,3 %	6,6 %
Oktober 2020	96	45	51	1,9 %	1,1 %	7,0 %
Januar 2021	86	39	47	1,7 %	0,9 %	6,4 %
Februar 2021	75	34	41	1,5 %	0,8 %	5,6 %
Mars 2021	76	34	42	1,5 %	0,8 %	5,7 %
April 2021	78	37	41	1,6 %	0,9 %	5,5 %

Kilde: FLO

Pr. april 2021 er det 37 (næringsdrivende) fastleger som kan utløse grunntilskudd. Antallet som kan få grunntilskudd har gått ned siden ordningen ble innført.

Fastlønte fastleger får ikke grunntilskudd. Vi tar likevel med disse i oversikten for å vise at det er en langt større andel av disse avtalene som kunne ha fått grunntilskudd, dersom de i stedet hadde vært næringsdrivende.

I tabell 6.4 har vi brutt datamaterialet ned på kommunestørrelse. Tallene omfatter leger, lister uten fast lege er holdt utenfor:

Tabell 6.4 Grunntilskudd til lister med lege – ut fra kommunestørrelse. Pr. mars 2021.

	Antall grunntilskudd			Andel med grunntilskudd		
	Totalt	**Næringsdrivende**	**Fastlønnet**	**Totalt**	**Næringsdrivende**	**Fastlønnet**
Under 2 000 innb.	10	2	8	7,5 %	6,7 %	7,7 %
2 000-4 999 innb.	13	1	12	3,6 %	0,5 %	6,9 %
5 000-9 999 innb.	9	4	5	1,8 %	1,1 %	4,0 %
10 000-19 999 innb.	11	4	7	1,6 %	0,7 %	5,3 %
20 000-49 999 innb.	12	7	5	1,0 %	0,7 %	4,3 %
50 000-99 999 innb.	10	6	4	1,4 %	0,9 %	9,1 %
100 000 innb.+	11	10	1	0,8 %	0,7 %	2,0 %
Totalt	**76**	**34**	**42**	**1,5 %**	**0,8 %**	**5,7 %**

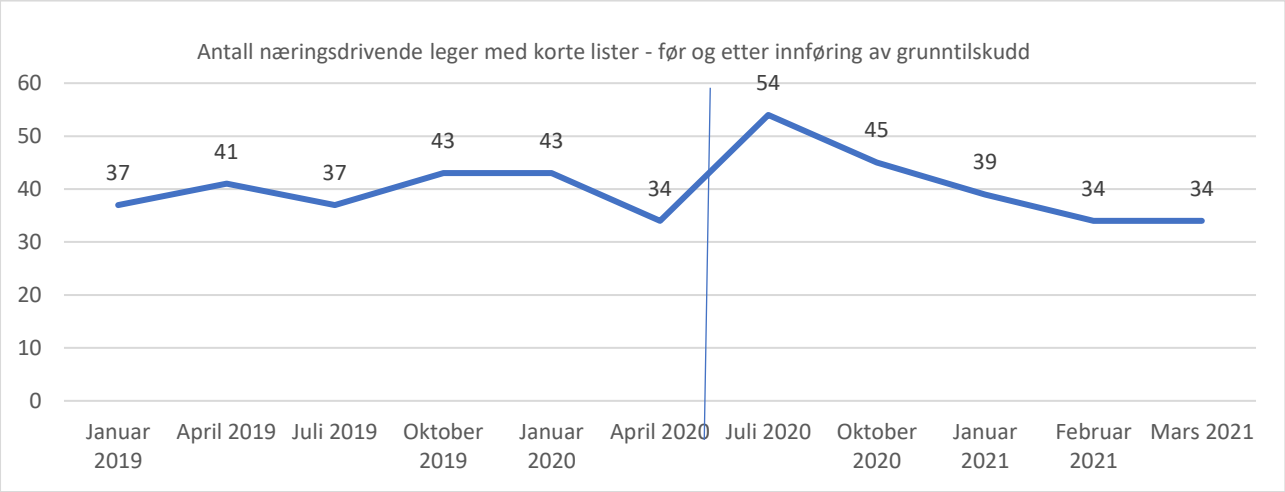
Kilde: FLO, mars 2021

Andel avtaler med grunntilskudd er betydelig høyere i små kommuner. Mens mindre enn 1 prosent av de næringsdrivende legene i de største kommunene kan komme inn i ordningen med grunntilskudd, kan 6-7 prosent av de næringsdrivende legene i de minste kommunene få grunntilskudd.

Både grunntilskudd og utjamningstilskudd skal kompensere for ufrivillig korte lister. Det er imidlertid ikke mange leger som både mottar grunntilskudd og utjamningstilskudd.

Grunntilskudd er et virkemiddel for å redusere terskelen for å gå inn i fastlegeordningen, og legge til rette for å gå inn i en ny praksis. Figuren under viser utvikling i avtaler med potensiell mulighet for grunntilskudd før og etter at ordningen ble innført.

Figur 6.4 Utvikling i antall avtaler som potensielt kunne/kan få grunntilskudd – før og etter 1. mai 2020:



Kilde: FLO

Helsedirektoratet konstaterer at det ikke har vært noen positiv utvikling etter at ordningen med grunntilskudd ble innført 1.5.2020. Det er likevel mulig at utviklingen ville vært mer negativ uten ordningen med grunntilskudd, noe som er vanskelig å vurdere.

Beløpene i tabellen nedenfor omhandler utbetalinger/kostnader dersom næringsdrivende fastleger får utbetalt grunntilskudd. Beløpene angir estimerte utbetalinger i 2021, gitt at situasjonen i mars 2021 videreføres resten av året.

Tabell 6.5 Estimerte utbetalinger til grunntilskudd i 2021

Kun næringsdrivende fastleger. Estimater basert på tall for mars 2021.	
Antall leger/avtaler som kan få grunntilskudd	34
Antall listeinnbyggere på disse listene, faktisk	9 535
Gjennomsnitt faktisk antall listeinnbyggere	280
Antall listeinnbyggere som mangler opp til 500	220
Sats pr. listeinnbygger pr. år	kr 577
Grunntilskudd pr. avtale pr. år	kr 126 685
Totale grunntilskudd pr. år	kr 4 307 305

Kilde: FLO

Utbetaling pr. lege blir om lag 120 000-130 000 kroner i 2021. Totale utbetalinger for hele landet forventes å bli rundt 4-5 mill. kroner i 2021.

Tabellen ovenfor omfatter kun næringsdrivende leger. Dersom man også inkluderer de 42 fastlønte fastlegene med listelengde under 500, vil totale grunntilskudd for alle leger øke med 2 mill. kroner. Hvis man også inkluderer lister uten fast lege, vil totale grunntilskudd for alle lister være ca. 10 mill. kroner i 2021.

Kommunene er tilført 50 mill. kroner for å finansiere ordningen med grunntilskudd. Kommunenes utbetalinger til grunntilskudd er langt lavere, og kan for eksempel benyttes til delvis dekning av merkostnadene som kommunene har til fastlegeordningen.

6.3. Utjamningstilskudd

Utjamningstilskuddet skal kompensere næringsdrivende fastleger i små kommuner for ufrivillig korte lister. Endringene i basistilskuddet og kommunereformen gjør det nødvendig å se på utjamningstilskuddets innretning og treffsikkerhet. Helsedirektoratet har levert rapportene *Utredning av utjamningstilskuddet* i to leveranser til Helse- og omsorgsdepartementet hhv november 2020 og april 2021.

6.4. Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger og Fond for kvalitetsforbedring

Det framkommer av tiltak 8 at Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) og Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet skal styrkes. I henhold til planen er 25 mill. kroner tilført SOP og 24 mill. kroner tilført Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i 2020.

7. KOSTNADER KNYTTET TIL ALLMENNLEGETJENESTEN

Kostnader til allmennlegetjenesten omfatter kostnader til fastlegeordningen, legevakt og andre allmennlegetjenester i kommunene så som ved sykehjem, helsestasjoner og skolehelsetjeneste.

Det finnes i dag ikke tilgjengelige kostnadsdata for å tallfeste de totale kostnadene for allmennlegetjenesten. I det etterfølgende presenteres kostnader for de ulike delene av allmennlegetjenesten og hvilket datagrunnlag kostnadene er basert på.

7.1. Kostnader til fastlegeordningen

Fastlegeordningen finansieres av ulike kilder. Staten bidrar gjennom folketrygdens takster, kommunene yter ulike tilskudd og pasientene betaler egenandeler.

Hovedmodellen i fastlegeordningen er at kommunene dekker behovet for fastleger gjennom avtaleinngåelse med selvstendig næringsdrivende leger. Næringsdrivende leger mottar tilskudd fra kommunen basert på antall innbyggere på sin pasientliste (per capita tilskudd), takstrefusjoner fra staten og egenandeler og annen egenbetaling fra pasientene. Ettersom grunnlaget for ren privat næringsdrift ikke er til stede i alle kommuner, kan kommunene velge å tilby fast ansettelse eller andre økonomiske tiltak for å dekke behovet for fastleger. Alternativene til ren næringsdrift er:

- Kommunal drift med fastlege på fastlønn (se også kapittel 3.6)
- Næringsdrift med tilleggsfinansiering fra kommunen
- Kommunal drift med fastlege på fastlønn med aktivitetsavhengig bonusavtale

Ved kommunal drift og fastlege på fastlønn, vil kommunen motta takstrefusjoner og betalingen fra pasienter. Det foreligger i dag ingen samlet oversikt over hvilke kommuner som bidrar med tilleggsfinansiering, eller det økonomiske omfanget av tilleggsfinansieringen. Det finnes heller ingen total oversikt over kommunenes faktiske kostnader ved kommunal drift, men det er grunn til å tro at kostnadene overstiger summen av basisfinansiering, takstrefusjoner og pasientbetalinger. Helsedirektoratet vil arbeide videre med å få bedre oversikt over de totale kostnadene til allmennlegetjenesten.

På oppdrag fra KS har Ipsos i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse kartlagt kommunenes egenfinansiering av fastlegeordningen utover hovedmodellen. Kommunenes merkostnader utover hovedmodellen er estimert til 520 mill. kroner i 2019.[60]

Kostnadstall for fastlegeordningen er basert på data tilgjengelig fra FLO og KUHR-databasen (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner). Tall fra FLO for kommunenes tilskudd til fastlegene og takstrefusjoner og pasientbetaling fra KUHR[61], gir uttrykk for minimum samlede kostnader for fastlegeordningen ettersom kostnadstall for kommunenes tilleggsfinansiering av næringsdrivende fastleger og faktiske kostnader ved kommunal drift, ikke er tilgjengelig.

Tabell 7.1 Utgifter til fastlegeordningen, fordelt på fastlønnede (fast) og næringsdrivende fastleger (næring). Tall i mill. kroner i løpende priser

	Utgifter 2019			**Utgifter 2020**			**Endring i kroner**			**Endring i prosent**		
	Totalt	**Fast**	**Næring**	**Totalt**	**Fast**	**Næring**	**Totalt**	**Fast**	**Næring**	**Totalt**	**Fast**	**Næring**
Basisfinansiering												
Grunntilskudd med knekkpunkttillegg				8,6	3,5	5,1	8,6	3,5	5,1			
Knekkpunkttillegg				234,4	26,2	208,2	234,4	26,2	208,2			
Basistilskudd	2 633,1	228,4	2 404,7	2 686,9	253,6	2 433,3	53,9	25,2	28,7	2,0 %	11,0 %	1,2 %
Utjamningstilskudd	159,2	96,4	62,9	155,5	99,1	56,3	-3,8	2,8	-6,5	-2,4 %	2,9 %	-10,4 %
Sum	**2 792,3**	**324,8**	**2 467,5**	**3 085,4**	**382,4**	**2 703,0**	**293,1**	**57,6**	**235,4**	**10,5 %**	**17,7 %**	**9,5 %**
Refusjoner												
Takstrefusjoner	3 947,4	287,7	3 659,7	4 326,5	341,1	3 985,3	379,1	53,4	325,7	9,6 %	18,6 %	8,9 %
Refusjon frikortegenandeler	816,8	62,5	754,3	936,3	71,7	864,6	119,5	9,2	110,2	14,6 %	14,8 %	14,6 %
Refusjon øvrige egenandeler	412,5	28,3	384,2	622,9	53,2	569,7	210,4	25,0	185,5	51,0 %	88,4 %	48,3 %
Refusjon L-takster NAV	298,6	20,1	278,5	283,7	22,3	261,4	-14,9	2,2	-17,1	-5,0 %	10,8 %	-6,1 %
Sum	**5 475,3**	**398,6**	**5 076,7**	**6 169,4**	**488,4**	**5 681,0**	**694,1**	**89,8**	**604,3**	**12,7 %**	**22,5 %**	**11,9 %**
Pasientbetaling												
Egenandeler	1 946,6	148,1	1 798,5	1 903,8	165,9	1 737,9	-42,8	17,8	-60,6	-2,2 %	12,0 %	-3,4 %
Egenbetaling	154,4	10,1	144,3	136,9	10,8	126,1	-17,5	0,7	-18,2	-11,3 %	7,3 %	-12,6 %
Sum	**2 101,0**	**158,1**	**1 942,8**	**2 040,7**	**176,7**	**1 864,0**	**-60,3**	**18,6**	**-78,9**	-2,9 %	11,7 %	-4,1 %
Totalt	**10 368,5**	**881,5**	**9 487,0**	**11 295,4**	**1 047,5**	**10 247,9**	**926,9**	**166,0**	**760,9**	**8,9 %**	**18,8 %**	**8,0 %**

Samlede utgifter til fastlegeordningen utgjorde 11,3 mrd. kroner i 2020. Dette er en økning på 927 mill. kroner fra 2019 målt i løpende priser, tilvarende en utgiftsøkning på 8,9 prosent.

Målt i faste priser var det en samlet utgiftsøkning på 543 mill. kroner, tilsvarende en økning på 5,1 prosent.

60 Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2020), Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – andre oppfølgingsundersøkelse. Rapport på oppdrag av KS.

61 KUHR-databasen: KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) er et system som håndterer refusjonskrav fra behandlere og helseinstitusjoner til staten (HELFO). Systemet eies av Helsedirektoratet.

Utjamningstilskudd gis til fastleger i kommuner med under 5000 innbyggere og hvor gjennomsnittlig listelengde har mindre enn 1200 pasienter. Bare næringsdrivende fastleger vil få utbetalt tilskuddet, og for 2020 utgjør beregnet utjamningstilskudd til næringsdrivende fastleger 56,3 mill. kroner.

Tabell 7.2 Utgifter til fastlegeordningen i faste priser[62], tall i mill. kroner

	2019	2020	Endring i mill. kr	Endring i prosent
Basisfinansiering	2 895,6	3 085,4	189,7	6,6 %
Refusjoner	5 677,8	6 169,4	491,5	8,7 %
Pasientbetaling	2 178,7	2 040,7	-138,0	-6,3 %
Sum utgifter	**10 752,2**	**11 295,4**	**543,2**	**5,1 %**

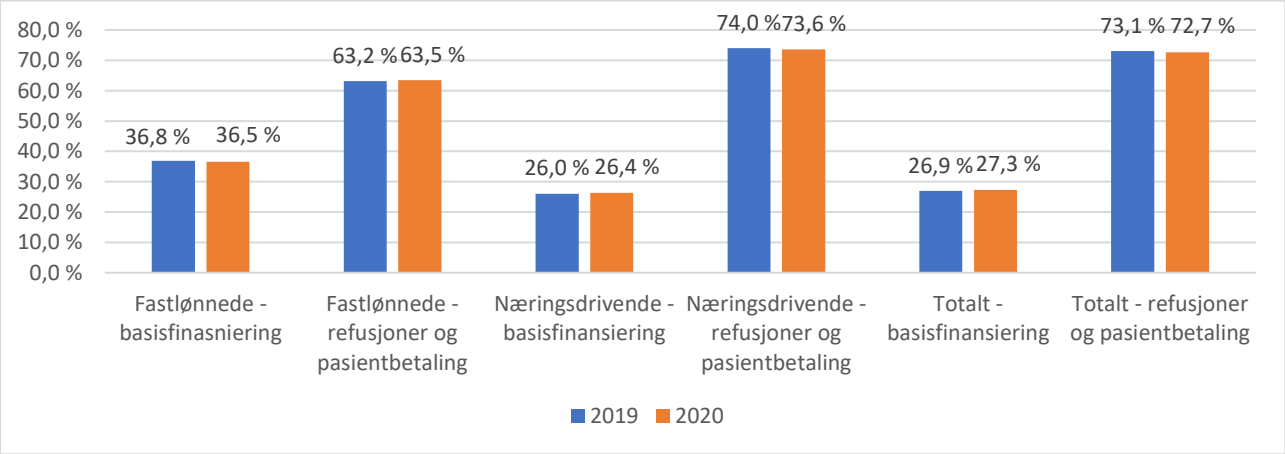
Utgiftsandelen for basisfinansiering har økt fra 2019 til 2020 med 0,4 prosent og utgiftsandelen for aktivisertbasert finansiering (refusjoner og pasientbetaling) er redusert tilsvarende. For aktivitetsbasert finansiering har utgiftsandelen for pasientbetaling gått ned, mens andelen for refusjoner har økt.

Tabell 7.3 Basisfinansiering, refusjoner og pasientbetaling som andel av totale utgifter

	2019	2020	Endring
Basisfinansiering	26,9 %	27,3 %	0,4 %
Refusjoner	52,8 %	54,6 %	1,8 %
Pasientbetaling	20,3 %	18,1 %	-2,2 %
Sum utgifter	**100,0 %**	**100,0 %**	**0,0 %**

Basisfinansieringen utgjør en større andel for fastlønnede enn for næringsdrivende fastleger, med henholdsvis 36,5 og 26,4 prosent i 2020. Basisfinansieringens andel har økt for næringsdrivende fastleger fra 2019 til 2020, og andelen er redusert for fastlønnede.

Figur 7.1 Basisfinansiering, refusjoner og pasientbetaling som andel av totale utgifter for fastlønnede og næringsdrivende fastleger.



Kostnadsandelen for næringsdrivende fastleger av totale kostnader for fastlegeordningen har gått ned fra 91,5 prosent i 2019 til 90,7 prosent i 2020.

[62] *Statistisk sentralbyrås prisindeks 06.2 Helsetjenester utenom institusjon er benyttet for prisjustering*

Tabell 7.4 Kostnadsandel for fastlønnede og næringsdrivende fastleger av totale kostnader for fastlegeordningen

	2019		2020		Endring 2019 - 2020	
	Fastlønn	Næringsdrift	Fastlønn	Næringsdrift	Fastlønn	Næringsdrift
Basisfinansiering	11,6 %	88,4 %	12,4 %	87,6 %	0,8 %	-0,8 %
Refusjoner	7,3 %	92,7 %	7,9 %	92,1 %	0,6 %	-0,6 %
Pasientbetaling	7,5 %	92,5 %	8,7 %	91,3 %	1,1 %	-1,1 %
Totale kostnader	8,5 %	91,5 %	9,3 %	90,7 %	0,8 %	-0,8 %

7.2. Utgifter til kommunalt ansatte LIS1-leger

For leger i spesialisering del 1 (LIS1) inngår seks måneders tjeneste i den kommunale helse og omsorgstjenesten. Lønn til LIS1 fastsettes gjennom forhandlinger med partene[63], og utbetales av kommunen. Takstrefusjoner og pasientbetaling tilfaller kommunen som legen er ansatt i. Kommunens eventuelle merkostnader knyttet til LIS1 stillinger vil avhenge av flere faktorer, blant annet den enkeltes LIS1 inntekter knyttet til takstrefusjoner og egenandeler, fravær fra praksis relatert til deltakelse på obligatoriske kurs, utgifter til kontor med mer. Tall for kommunenes faktiske utgifter, har Helsedirektoratet ikke innhentet data for. Tall for refusjoner og pasientbetaling er hentet fra KUHR.

Tabell 7.5 Takstrefusjoner og pasientbetaling for LIS1-leger. Tall i 1000 kroner

	2019	2020	Endring i kroner	Endring i prosent
Refusjoner				
Takstrefusjoner	81 198	76 279	-4 919	-6,1 %
Refusjon frikortegenandeler	17 882	16 290	-1 592	-8,9 %
Refusjon øvrige egenandeler	17 340	18 539	1 200	6,9 %
Refusjon L-takster NAV	2 770	2 536	-234	-8,4 %
Sum	**119 189**	**113 645**	**-5 545**	**-4,7 %**
Pasientbetaling				
Egenandeler	65 086	56 205	-8 880	-13,6 %
Egenbetaling	4 541	4 180	-362	-8,0 %
Sum	**69 627**	**60 385**	**-9 242**	**-13,3 %**
Sum refusjoner og pasientbehandling	**188 816**	**174 030**	**-14 787**	**-7,8 %**

Totalt utgjorde refusjoner og pasientbetaling 174 mill. kroner i 2020, noe som er en reduksjon på 7,8 prosent fra 2019 målt i løpende priser. Målt i faste priser var det en reduksjon på 11,1 prosent fra 2019 til 2020 i refusjoner og pasientbetaling for LIS1-leger.

7.3. Utgifter til legevakt

Kommunene har ansvar for å tilby legevaktordning som sikrer behov for øyeblikkelig hjelp og kommunene skal dekke kostnader til driften av legevaktene. Det finnes i dag ingen samlet oversikt over kommunenes kostnader til drift av legevaktstjenesten. Tall for refusjoner og pasientbetaling for konsultasjoner i legevakt er hentet fra KUHR-databasen.

[63] KS og Oslo kommune forhandler for sine områder med Legeforeningen

Tabell 7.6 Utgifter til refusjoner og pasientbetaling for konsultasjoner i legevakt. Løpende priser i 1000 kroner

	2019	2020	Endring i kroner (1 000)	Endring i prosent
Refusjoner				
Takstrefusjoner	500 768	536 454	35 685	7,1 %
Refusjon frikortegenandeler	76 095	70 963	-5 132	-6,7 %
Refusjon øvrige egenandeler	114 570	255 112	140 542	122,7 %
Refusjon L-takster NAV	1 804	1 433	-371	-20,6 %
Sum	**693 238**	**863 962**	**170 725**	**24,6 %**
Pasientbetaling				
Egenandeler	224 202	190 490	-33 712	-15,0 %
Egenbetaling	16 057	15 003	-1 053	-6,6 %
Sum	**240 259**	**205 493**	**-34 766**	**-14,5 %**
Sum totalt	**933 496**	**1 069 455**	**135 959**	**14,6 %**

Totale utgifter for refusjoner og pasientbetaling i legevakt utgjorde 1069 mill. kroner i 2020. Dette er en økning på 14,6 prosent fra 2019 målt i løpende priser. Målt i faste priser har utgifter til refusjoner og pasientbetaling økt med 10,5 prosent fra 2019.

Tabell 7.7 Refusjoner og pasientbetaling fordelt mellom fastlønnede og næringsdrivende leger i legevakt. Tall i 1000 kroner

	Utgifter 2020			Andel	
	Totalt	Fastlønnet	Næringsdrivende	Fastlønnet	Næringsdrivende
Refusjoner	863 962	477 333	386 629	55 %	45 %
Pasientbetaling	205 493	92 708	112 785	45 %	55 %
Sum refusjoner og pasientbetaling	**1 069 455**	**570 042**	**499 413**	**53 %**	**47 %**

Dersom legen er fastlønnet vil refusjoner og pasientbetaling tilfalle kommunen, og for næringsdrivende leger som har legevaktstjeneste vil refusjoner og pasientbetaling tilfalle legen med mindre annet er avtalt. I 2020 ble 53 prosent av refusjoner og pasientbetaling utbetalt til kommunene og 47 prosent til næringsdrivende leger.

7.4. Andre kostnader tilknyttet allmennlegetjenesten

Det finnes flere tilskuddsordninger som understøtter kommunenes ansvar for allmennlegetjenesten. Tabellen nedfor viser utbetalt beløp til kommunene for 2019 og 2020. Tilskuddsordningene forvaltes av Helsedirektoratets og data er hentet fra direktoratets saksbehandlingssystem for tilskudd, TIFO.

Totalt ble det i 2020 utbetalt 266 mill. kroner i tilskudd som gjelder allmennlegetjenesten til kommunene. Dette er 1,8 prosent mer enn i 2019. Målt faste priser har det derimot vært en reduksjon i utbetalingen av tilskudd på 1,8 prosent. Ordningen med tilskudd til ALIS-kontor er ny i 2020. For tilskuddsordningen "*Rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsvansker*" er utbetalingene av tilskudd redusert med 25,5 mill. kroner fra 2019 til 2020. Reduksjon på nær 40 prosent skyldes at det ikke var mulig å søke om tilskudd fra denne ordningen i 2020. Utbetalingen til denne tilskuddsordningen i 2020, gikk til søknader mottatt mot slutten av året 2019 hvor midler ble overført og utbetalt etter årsskiftet.

Tabell 7.8 Utgifter tilskuddsordninger. Tall i 1000 kroner i løpende priser

	2019	2020	Endring i kroner	Endring i prosent
ALIS-avtaler for fastleger i næringsdrift	10 028	16 170	6 142	61,2 %
ALIS-kontor		10 000	10 000	
Allmennmedisin - veiledning av LIS3 i ny ordning	1 681	6 809	5 128	305,1 %
Pilotprosjekt på legevaktfeltet	7 000	11 000	4 000	57,1 %
Primærhelseteam	45 404	54 575	9 171	20,2 %
Reise- og flytteutgifter for LIS1-leger	1 360	1 346	-14	-1,0 %
Rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsvansker	63 900	38 400	-25 500	-39,9 %
Turnus for leger - tilskudd til kommuner	126 070	126 478	408	0,3 %
Veiledet tjeneste - allmennlege med rett til trygderefusjon	6 019	1 441	-4 578	-76,1 %
Sum	**261 462**	**266 221**	**4 759**	**1,8 %**

7.5. Kostnader for allmennlegetjenesten

Tabellen nedenfor gir en oversikt over kostnader for allmennlegetjenesten som det i dag finnes tilgjengelige kostnadsdata for. I tillegg kommer kostnader for allmennlegetjenesten som det ikke er tilgjengelige kostnadsdata for. Dette gjelder:

- Kommunenes egenfinansiering av fastlegeordningen, det vil si kommunenes merkostnader utover basisfinansieringen
- Kommunenes kostnader for drift av legevaktstjenesten
- Kommunenes kostnader for LIS1-leger
- Kostnader for allmennlegetjenester i tilknytning til helsestasjoner, skolehelsetjeneste og eldreomsorg i kommunene.

Tabell 7.9 Kostnader for allmennlegetjenestene. Tall i 1000 kroner

	2019		2020	Endring løpende priser		Endring faste priser	
	Faste priser	Løpende priser	Løpende priser	Kroner	Prosent	Kroner	Prosent
Fastlegeordningen	10 752 151	10 368 516	11 295 387	926 871	8,9 %	543 236	5,1 %
LIS1 - refusjoner og pasientbetaling	195 803	188 816	174 030	-14 787	-7,8 %	-21 773	-11,1 %
Legevakt - refusjoner og pasientbetaling	968 036	933 496	1 069 455	135 959	14,6 %	101 420	10,5 %
Tilskudd	271 136	261 462	266 221	4 759	1,8 %	-4 915	-1,8 %
Sum totalt	**12 187 125**	**11 752 291**	**12 805 092**	**1 052 802**	**9,0 %**	**617 967**	**5,1 %**

DEL 2: GOD KVALITET TIL ALLE

8. BESKRIVELSE, HOVEDFUNN OG VURDERINGER

8.1. Beskrivelse av målområdet

Allmennlegetjenesten skal utformes slik at alle innbyggere, uavhengig av helsetilstand, geografi, sosioøkonomiske forhold og etnisk bakgrunn opplever en tilgjengelig tjeneste av god kvalitet. Handlingsplanen skal gjennom flere tiltak bidra til at allmennlegene bedre kan møte behovene til alle, og med vekt på innbyggere med kroniske lidelser og sammensatte behov. Det skal være tilstrekkelig med tid til oppfølging og opplæring av brukere med omfattende behov for helse- og omsorgstjenester.

Alle innbyggere skal møte en kvalitativ god og forskningsbasert tjeneste. Dette forutsetter at det er tid og rom for systematisk kvalitetsarbeid ved fastlegekontoret, og på systemnivå i kommunen. Fastlegene skal ha kunnskap, ferdigheter, verktøy og virkemidler for å drive kvalitetsarbeid og videreutdanningen for allmennlegene skal bedre sette dem i stand til å drive og lede kvalitetsarbeidet. Vi skal på nasjonalt nivå etterspørre og ha kunnskap om kvaliteten i tjenestene, og det må være tilgjengelige indikatorer for å måle kvalitet.

LEON-prinsippet om at undersøkelse og behandling av pasienter foretas på det lavest mulige effektive omsorgsnivå i helse- og omsorgstjenesten er basis for oppgavefordelingen i tjenestene. Annet personell skal avlaste og bidra med sin kompetanse der det er faglig riktig og hensiktsmessig. Teknologi og andre virkemidler som understøtter effektivitet og god tilgjengelighet skal tas i bruk.

Tre av handlingsplanens 17 tiltak er knyttet til målområdet:

- Tiltak 10: Bedre kvaliteten på legetjenester til brukere med omfattende behov
- Tiltak 11: Innføre introduksjonsavtaler
- Tiltak 12: Bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten og det systematiske arbeidet med kvalitet

Tiltakene skal bidra til at allmennlegetjenesten leverer helsetjenester av god kvalitet til alle. Det er skissert fem effektmål for målområdet:

- Nasjonale myndigheter, kommuner og allmennleger skal ha bedre kunnskap om kvalitet i tjenesten
- Behovstilpassede tjenester til alle, også de med omfattende behov
- En mer tilgjengelig allmennlegetjeneste
- Forbedret kontinuitet og samhandling som gir gevinster for innbyggerne
- Bedre faglig praksis basert på tilgjengelig forskning og kunnskap

De innledende kapitlene (9 og 10) beskriver status for Helsedirektoratets arbeid med tiltakene i handlingsplanen knyttet til kvalitet. De resterende kapitlene under hovedmål 2 viser indikatorer og statistikk som kan relateres til ulike sider ved kvalitet og tilgjengelighet i allmennlegetjenesten. I dette inngår nasjonale kvalitetsindikatorer, samt utvalgt statistikk basert på data fra Kommunalt pasient og brukerregister (KPR) og data fra Helfos system for administrasjon av fastlegeordningen (FLO).

8.2. Hovedfunn og vurderinger

Bedre kvalitet på allmennlegetjenesten og det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Helsedirektoratet er gitt flere deloppdrag knyttet til tiltak 12 i handlingsplanen. Disse har som formål å bedre kvaliteten på allmennlegetjenesten ved å styrke det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Flere av deloppdragene har kommet godt i gang. Det jobbes aktivt med utvikling og videreutvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer. Det jobbes også med å øke kvalitetsforbedringskompetansen i tjenesten ved å se på muligheten for å gjøre kvalitetsarbeid tellende i etterutdanning for spesialister, samt følge spesielt med på kvaliteten i spesialistutdanningen tilknyttet læringsmål om kvalitet og pasientsikkerhet. Utredningen av hvordan et nasjonalt kvalitetssystem som tilrettelegger for kvalitetsforbedring kan se ut i praksis og hvordan det kan implementeres er startet opp.

Innføring av introduksjonsavtaler

Innføring av Introduksjonsavtaler er tiltak 11 i handlingsplanen. Hovedformålet med tiltaket er å øke kvaliteten og stabiliteten og styrke rekruttering til stillinger i sykehjem, i legevakt og annet allmennlegearbeid utenfor fastlegeordningen. Dette gjøres ved å tilrettelegge for spesialistutdanning i allmennmedisin for de som er ansatt i annet allmennmedisinsk arbeid. Prosess for utarbeidelse av søknadskriterier pågår og det er igangsatt arbeid med en digital løsning for søknad, saksbehandling og registrering av introduksjonsavtaler. Ordningen er forventet implementert i 2022.

Bedre kunnskap om kvaliteten i allmennlegetjenesten

Pr. i dag publiseres fem nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) som omhandler allmennlegetjenesten. To av disse ble introdusert som nye nasjonale kvalitetsindikatorer og publisert i mars i år.

En av de nye kvalitetsindikatorene måler andel av fastlegene som har spesialitet i allmennmedisin. Andelen har gradvis økt og i dag er 63 prosent av fastlegene spesialister. Den andre nye indikatoren måler avtalevarigheten i fastlegetjenesten, og sier noe om stabiliteten (og dermed kontinuiteten) i relasjonen mellom innbyggere og fastlege. Avtalevarigheten har gått noe ned i perioden 2015-2020 (median). Det er tydelige variasjoner i avtalevarigheten mellom fylkene, og varigheten øker med økt kommunestørrelse. I 2020 hadde de største kommunene dobbelt så lang median avtalevarighet som de minste kommunene. Det er mange faktorer som kan påvirke avtalevarigheten. Analyser som kan forklare årsak til nedgangen i avtalevarighet er ikke gjort.

Tre av fem nasjonale kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten skal gi indikasjoner på tilgjengeligheten til legetjenester for personer innen heldøgns omsorg i kommunene (pr. i dag sykehjem). Indikatorene er legetimer pr. uke pr. beboer, beboere vurdert av lege siste 12 måneder og legemiddelgjennomgang. Det har vært en positiv utvikling over tid i resultatene for samtlige indikatorer de siste årene. Samtidig indikerer resultatene at tilgjengeligheten til legetjenester i sykehjem varier mye mellom kommunene, og det er indikasjoner på at de største kommunene har høyere tilgjengelighet sammenlignet med små kommuner.

Tilgjengelighet og ulike former for kontakt med fastlegen

Et av målene ved Handlingsplan for allmennlegetjenesten er å bedre tilgjengeligheten hos allmennlegen for listeinnbyggere som har behov for helsehjelp. En tilgjengelig allmennlegetjeneste er viktig for alle, men særlig for brukere med store og sammensatte behov.

Tall fra Helfos system for administrasjon av fastlegeordningen (FLO) indikerer noe redusert tilgjengelighet for å komme inn på en fastlegeliste, og til å bytte fastlege. I mars 2021 var 19 prosent av fastlegelistene lengre enn angitt listetak. Videre finner vi at et økende antall innbyggere opplever å stå på liste uten fast lege i en

kortere eller lengre periode. Dette reduserer tilgjengeligheten til en fast lege og senker kontinuiteten i relasjonen mellom listeinnbygger og lege. Pr. mars 2021 omfattet dette nesten 114 000 innbyggere, noe som tilsvarer 2,1 prosent av listeinnbyggerne. Dette er en dobling fra mars 2019. Kommuner med under 2 000 innbyggere skiller seg ut ved å ha den høyeste andelen av listeinnbyggere som står på en liste uten fast lege (13 prosent).

Alternativer til fysisk oppmøte på legekontoret har vært viktig for å opprettholde relasjonen mellom lege og listeinnbygger under pandemien. Tallene viser at digital kontakt med allmennlegetjenesten økte betydelig i 2020. Fra mars 2020 inkluderer e-konsultasjonstaksten (2ae) også telefonkonsultasjoner, i tillegg til videokonsultasjon og tekstlig e-konsultasjon. Dette ble innført som følge av pandemien for å sørge for at fysisk kontakt mellom behandler og pasient ikke var påkrevet. I alle aldersgrupper har det vært en sterk vekst i bruken av e-konsultasjoner (inkl. telefonkonsultasjoner) hos fastlege, både i antall og målt pr. innbygger. Antall konsultasjoner pr. innbygger er i sum litt høyere i 2020 enn i 2019, mens antall fysiske konsultasjoner er lavere. Dette viser at økningen i alternative konsultasjonsformer har bidratt til økt kontakt med fastlegen. På grunn av pandemien ble det også innført en takst for tverrfaglige e-konsultasjoner mellom fastlege, annet helsepersonell og pasient. Fra april til desember 2020 ble taksten brukt over 5 000 ganger, og i hovedsak knyttet til oppfølging av eldre innbyggere. E-konsultasjoner (inkl. telefonkonsultasjoner) ble også tatt i bruk ved legevaktene i 2020. Antall e-konsultasjoner pr. innbygger med legevakt på kveld, samt tverrfaglige e-konsultasjoner på legevakt, er høyest i mindre kommuner. Mønsteret er motsatt når det gjelder e-konsultasjoner på dagtid, der bruken var høyest i de største kommunene i 2020. Det er også et høyere antall ordinære konsultasjoner på dagtid i kommuner med høy sentralitet (målt pr. innbygger). Det vil i det videre være viktig å følge med på hvordan bruk av e-konsultasjoner og telefonkonsultasjoner påvirker kontakten med allmennlegetjenesten.

For personer som av ulike årsaker ikke kan oppsøke lege, er muligheten for sykebesøk viktig for tilgjengeligheten. Antall sykebesøk fra legevakt eller fastlege målt pr. 1000 innbyggere (raten) økte fra 2019 til 2020 med hhv 17 og 31 prosent. Sykebesøk gis i langt større utstrekning til eldre enn yngre innbyggere og raten pr. innbyggere er høyere i små enn i store kommuner.

Samhandling som skal gi gevinster for innbyggerne

Fastlegene samhandler kontinuerlig med annet helsepersonell og ulike typer tjenester. Dette skjer direkte, men også indirekte gjennom omfattende informasjonsutveksling. Betydelige endringer eller store variasjoner i kontakten mellom fastlegen og andre tjenester kan indikere forskjeller i tilbudet til innbyggerne. Samhandling med andre tjenester er spesielt viktig for innbyggere med omfattende behov som mottar tjenester på flere nivå og av ulike tjenester. Tilgjengelige data kan vise utvikling og omfang av ulike typer kontakt fastlegen har med andre tjenester, men de sier ikke noe om kvaliteten på selve samhandlingen og effekten.

Målt pr. innbygger deltok fastlegene på litt færre tverrfaglige samarbeidsmøter og dialogmøter (NAV) i 2020 enn i 2019. Deltakelse i tverrfaglige samarbeidsmøter var samlet sett høyere i små enn i store kommuner. Fastlegene i de mindre kommunene hadde også høyest registrert deltakelse i dialogmøter med NAV og enkle kontakter med andre kommunale instanser om pasienten, selv om forskjellen etter kommunestørrelse ikke er like tydelig her.

Bruken av takst for nødvendig dialog mellom fastlege og lege i spesialisthelsetjeneste ble innført 1. juli 2019. Taksten har økt jevnt og taksten ble brukt over 270 000 ganger i 2020.

En praksiskonsultentavtale legger grunnlag for inngåelse av avtaler med allmennleger om å arbeide deltid ved sykehuset som konsulent eller ansatt. Målet med ordningen er å fremme samarbeid og samhandling mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sykehus. Antall leger som er ansatt som praksiskonsulent i sykehus er lavere i 2020 enn tidligere, og det samme gjelder antall timeverk i uken som legene bruker til dette

arbeidet. Når det gjelder antall leger ansatt som praksiskoordinator er dette relativt likt som tidligere, samtidig som samlet antall timeverk har økt noe.

Tilpasset oppfølging ut fra behov

En god allmenntjeneste skal ha tid og rom til å møte behovene til alle og følge opp listeinnbyggere med omfattende behov. Det kan for eksempel være å følge med på de med omfattende legemiddelbruk og følge opp med tilbud om kontroller for innbyggere som kanskje ikke kontakter tjenesten selv ol. Tall fra KPR viser at antall registrerte legemiddelgjennomganger hos fastlege for å kvalitetssikre den enkelte pasients legemiddelbruk (takstkode 2ld) økte med 45 prosent fra 2019 til 2020. Det var også en økning i registrert antall årlige fullstendige undersøkelser av utviklingshemmede, demente og pasienter med kroniske psykoser som behandles med psykofarmaka fra 2019 til 2020 (7 prosent). Det tas forbehold om at noe av økningen kan skyldes bedre registrering av taksten og ikke kun gjenspeile reell praksisendring.

Vurdering av kvaliteten i allmennlegetjenesten

Det er viktige dimensjoner i kvalitetsarbeidet som i liten grad belyses gjennom det presenterte tallgrunnlaget, herunder utvikling i faglig praksis, pasientsikkerhet og resultater av behandling og oppfølging. Tallgrunnlaget sier heller ikke noe om kvaliteten på samhandlingen og inkluderer ikke befolkningens og tjenestens egne vurderinger av tilgjengelighet og kvalitet.

Det vil ta tid å gjennomføre og se effekt av tiltakene som sorterer under målområdet 'God kvalitet til alle'. Effekten av et nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet er også avhengig av effekten av de andre tiltakene i handlingsplanen, da god rekruttering og stabilitet, samt god organisering av arbeidet, utgjør viktige rammebetingelser for kvalitetsarbeidet. Videre utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten, den eksterne følgeevalueringen av handlingsplanen og annet forsknings - og utviklingsarbeid vil samlet bidra til økt kunnskap om kvaliteten i allmennlegetjenesten gjennom planperioden.

Tiltak i handlingsplanen skal bidra til at fastlegen skal kunne redusere antall innbyggere på sin liste. Færre på listen gir bedre tid til å følge opp innbyggere med omfattende behov. Samtidig som reduksjoner i listelengde skal gi bedre tilgjengelighet for innbyggere som er inne på en liste, vil mulighetene for å komme inn på en fastlegeliste reduseres hvis det ikke sikres et tilstrekkelig antall leger til å betjene nye lister.

Rapporten synliggjør forskjeller mellom store og små kommuner i kjennetegn ved legetjenesten og kontakt med denne. Både demografiske, geografiske og andre strukturelle forhold påvirker utformingen av tjenestetilbudet. Et viktig spørsmål er i hvilken grad forskjellene gjenspeiler ulikheter i tilgjengelighet og kvalitet i tjenesten til befolkningen. Resultatene indikerer at små kommuner samlet sett har mindre stabilitet i legetjenesten og noe dårligere tilgjengelighet til legetjenester i sykehjem, mens de største kommunene samlet sett kjennetegnes av få ledige plasser på listene, færre sykebesøk målt pr. innbygger (både fastlege og legevakt) og at fastlegene i mindre grad deltar i tverrfaglige møter. Små kommuner har fordeler av at tjenestene ofte er lokaliserte nær hverandre eller er samlokaliserte, at ansatte i ulike tjenester oftere kjenner hverandre og at samfunnet er mer oversiktlig. Store kommuner har blant annet fordeler ved at det er mange leger som kan bidra inn i annet allmennmedisinsk arbeid og kanskje ansette egne leger på fulltid til slike oppgaver. Det kan samtidig være store forskjeller innad mellom små kommuner og innad mellom store kommuner.

9. SYSTEMATISK ARBEID MED KVALITETSFORBEDRING OG PASIENTSIKKERHET

Et ledd i å oppnå god kvalitet til alle er å styrke satsningen på det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Dette inngår som et eget tiltak 12 i Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Helsedirektoratet er derfor gitt ulike deloppdrag som sammen skal bidra til økt kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

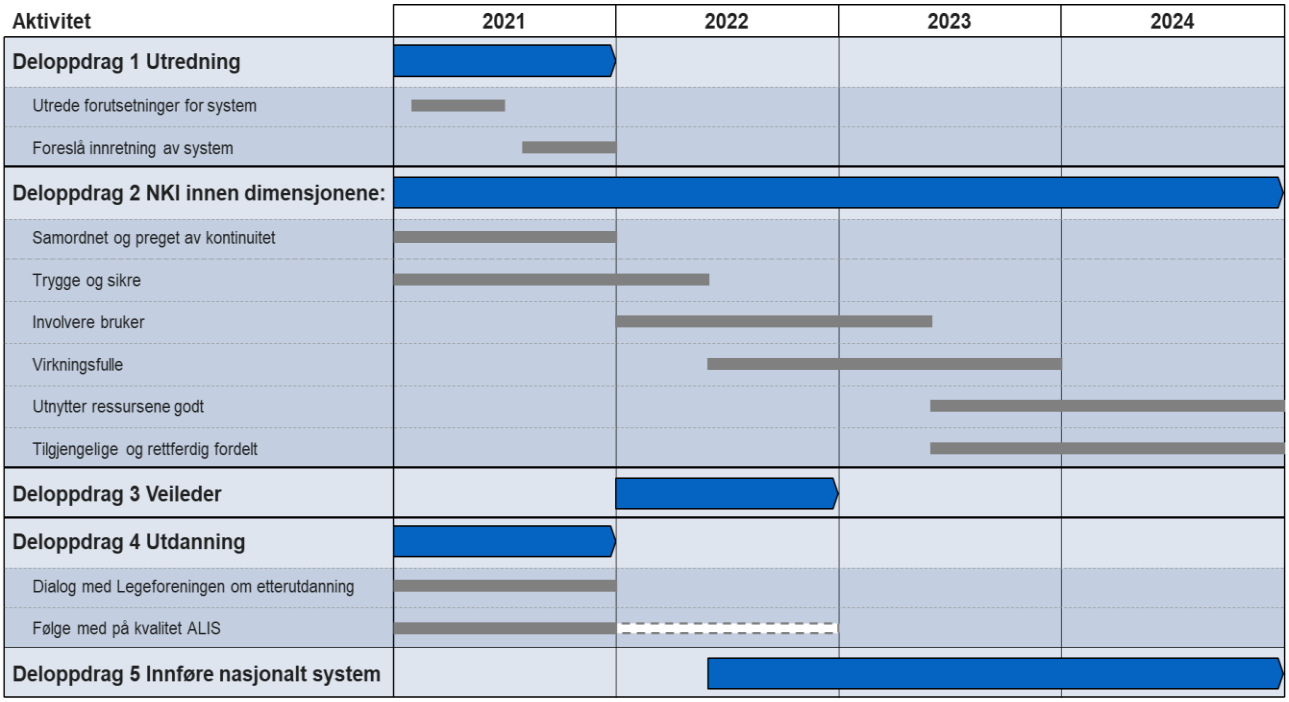
Under tiltak 12 ligger også utvikling og bruk av verktøyet PaRIS (Patient-Reported Indicator Survey). I Norge er det Folkehelseinstituttet (FHI) som har ansvaret for og arbeider med dette. FHI er også tildelt midler fra Helse- og omsorgsdepartementet til å gjennomføre nasjonal undersøkelse om brukererfaringer med fastleger i 2021.

Oppdragene tilknyttet tiltak 12 og kvalitetsforbedring består av fem deler[64]:

- Utrede forutsetninger for, og foreslå innretning av, et nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
- Utvikle og videreutvikle relevante kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten
- Utarbeide veileder for systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet i allmennlegetjenesten
- Integrere kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i etterutdanning for spesialister i allmennmedisin og i spesialistutdanningen i allmennmedisin
- Implementere systemet

Deloppdragene har ulike frister for leveranse.

Figur 9.1 Oversikt over deloppdrag



I etterfølgende avsnitt følger en redegjørelse for status på de fem deloppdragene.

[64] *Helse- og omsorgsdepartementet (2020). Tillegg til tildelingsbrev nr. 66 – Nasjonalt system for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste i kommunene.*

9.1. Utrede system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Det finnes allerede flere initiativ og aktiviteter rettet inn mot kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, men det mangler en helhetlig og systematisk tilnærming. Dette oppdraget innebærer å identifisere hva som må til for at det kan jobbes bedre strategisk og systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste i kommunene med utgangspunkt i de strukturer som allerede finnes. Arbeidet skal bygge på de ansvarsposisjoner og roller som relevante aktører har i dag, og skal ledes og koordineres av Helsedirektoratet. Helsedirektoratet skal vurdere hvordan mål og formål skal operasjonaliseres, uten at det etableres en ny struktur på siden av øvrig arbeid.

Det vil i dette arbeidet bli utredet hva som finnes i dag og hvor utfordringene ligger, samt identifisert tiltak for å forbedre eksisterende system, og eventuelt behov for å tilføre nye elementer. Utredningen baseres på eksisterende litteratur kombinert med tett involvering fra tjenesten slik at utredningen gjenspeiler virkeligheten. Første del av året brukes på å beskrive hva som skal til og hvordan systemet bør organiseres, og siste del av året brukes til å beskrive hvordan systemet kan implementeres i tjenesten. Utredningen leveres Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2021.

Deloppdraget har opprettet en ekstern arbeidsgruppe som består av aktører som direkte eller indirekte påvirkes av systemet som utredes. Arbeidsgruppen består av aktører som representerer allmennlegen, helsesekretær på fastlegekontor, sykepleier på fastlegekontor, statsforvalteren, kommunalsjef for allmennlegetjenesten, bruker- og pasientperspektivet fra både somatikk og psykisk helse, og representant fra senter for kvalitet i legekontor (SKIL), KS og nasjonalt senter for distrikts medisin (NSDM).

Oppdraget har også en egen ekstern referansegruppe hvor relevante politiske aktører sitter.

9.2. Utvikling nasjonale kvalitetsindikatorer

Handlingsplanen fremhever viktigheten av å utarbeide relevante og valide nasjonale kvalitetsindikatorer som en del av det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. I deloppdrag 2[65] gis Helsedirektoratet i oppdrag å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten. Det presiseres at tiltaket skal ses i sammenheng med allerede pågående arbeid med å utvikle indikatorer basert på allmennlegedata. Rapporteringen skal inngå i Helsedirektoratets årsrapport for nasjonale kvalitetsindikatorer. Videre fremkommer det at arbeidet skal skje i samarbeid med kommuner/KS og fagmiljøene[66], og gjennomføreres i planperioden for Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024.

Målet for planperioden er å utrede, identifisere og publisere nasjonale kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten innen de seks dimensjonene for kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Hovedfokuset vil være avgrenset til en eller to dimensjoner av gangen.

I 2020 var det et særlig fokus på temaene kontinuitet og kompetanse i allmennlegetjenesten. I løpet av 2021 er allerede kvalitetsindikatorer innen disse temaene realisert og publisert[67]. I 2021 og ut i 2022 vil det være et hovedfokus på å utvikle indikatorer innenfor dimensjonen *"Trygge og sikre"*. Fra 2022 og ut i 2023 vil arbeidet sentrere seg rundt dimensjonene *"Involvere bruker"* og *"Virkningsfulle",* som er planlagt ferdigstilt i 2023.

---

[65] *Helse- og omsorgsdepartementet (2020). Tillegg til tildelingsbrev nr. 66 – Nasjonalt system for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste i kommunene.*

[66] *Tillegg til tildelingsbrev nr. 66 - Nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pas.pdf (helsedirektoratet.no)*

[67] *To nasjonale kvalitetsindikatorer innen allmennlegetjenesten er allerede publisert i 2021: Andel fastleger med spesialitet i allmennmedisin og Varighet på kommunenes avtaler med fastleger*

Arbeidet knyttet til dimensjonen *"Utnytter ressursene godt"* og *"Tilgjengelige og rettferdig fordelt"* vil starte medio 2023, og avsluttes mot slutten av planperioden.

Datakilder som vurderes i deloppdraget er blant annet Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), Reseptregistret, Folkehelseinstituttets brukerundersøkelse, Helfos system for administrasjon av fastlegeordningen (FLO) og Norsk kvalitetsforbedring av laboratorieundersøkelser (NOKLUS).

9.3. Nasjonal veileder

Helsedirektoratet skal utarbeide en veileder for hvordan kommunene kan utarbeide planer for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, som et tiltak for å understøtte kvalitetsforbedringsarbeidet. Arbeidet med veilederen påbegynnes og avsluttes i 2022.

9.4. Utdanning

En heving av kvalitetsforbedringskompetansen i tjenesten vil bidra til bedre kvalitetsforbedring. Helsedirektoratet skal derfor se på muligheten for å gjøre kvalitetsarbeid tellende for etterutdanningen for spesialister i allmennmedisin, samt følge med på kvaliteten i spesialistutdanningen i allmennmedisin som gjelder læringsmål om kvalitet og pasientsikkerhet i samarbeid med Legeforeningens spesialitetskomite.

Arbeidet legges til eksisterende prosjekt "Helhet og kvalitet i spesialistutdanningen for leger". Overordnet plan for prosjektet utarbeides i april. En detaljert plan tilknyttet deloppdrag 4 utarbeides deretter basert på overordnet plan for prosjektet.

9.5. Implementere nasjonalt system

Helse- og omsorgsdepartementet vil etter mottakelse av utredningen levert i deloppdrag 1 komme tilbake til Helsedirektoratet med et eventuelt oppdrag om implementering av tiltak.

10. INTRODUKSJONSAVTALER

Introduksjonsavtaler, som er tiltak 11 i handlingsplanen, har som hovedformål å øke stabiliteten i og styrke rekruttering til stillinger i sykehjem, i legevakt og annet allmennlegearbeid utenfor fastlegeordningen ved å tilrettelegge for spesialistutdanning i allmennmedisin. Dette vil heve kvaliteten i disse tjenestene. Introduksjonsavtaler kan også bidra til bedre rekruttering inn i fastlegeordningen ved å senke terskelen for å prøve seg som fastlege og starte spesialisering i allmennmedisin. For fastleger som inngår introduksjonsavtale kan det være et insentiv at ordningen kan bidra til mindre arbeidsbelastning i perioden avtalen gjelder.

At allmennlegene er spesialister i allmennmedisin, gir god kvalitet for innbyggerne. For å bli spesialist i allmennmedisin må legen blant annet ha minst to år i åpen uselektert allmennpraksis. For leger som er ansatt i annet allmennlegearbeid i kommunen, som for eksempel legevakt og sykehjem, er det utfordrende å få gjennomført dette fordi det ofte er for få fastlegevikariater av et stort nok omfang. I tillegg kan det være en barriere å påta seg ansvaret for en fastlegepraksis med næringsdrift og rammer rundt arbeidsforholdet som i stor grad avviker fra hvordan leger har det som fast ansatte allmennleger i kommunen.

Introduksjonsavtaler gir leger under spesialisering i allmennmedisin rett til trygderefusjon under visse vilkår, når de jobber på andre fastlegers lister selv om fastlegen som har ansvar for listen(e) er til stede på

legekontoret samtidig. Slik regelverket er i dag er ikke dette mulig. Det vil gjøres endringer i trygderefusjonsforskriften for å legge til rette for bruk av introduksjonsavtaler.

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å administrere ordningen med introduksjonsavtaler. Helsedirektoratet skal, i samarbeid med relevante aktører, og i tråd med gitte føringer utarbeide søknadskriterier for ordningen. Legeforeningen, KS, de fem ALIS-kontorene og fem kommuner har bidratt i arbeidet og gitt innspill til søknadskriterier. Direktoratet skal oversende forslag til søknadskriterier til Helse- og omsorgsdepartementet innen 20.06.2021.

Endringer i trygderefusjonsforskriften trer i kraft 01.01.2022. Innen den tid vil Helsedirektorat legge til rette for at kommuner kan søke elektronisk om rett til å inngå introduksjonsavtaler. Et system for saksbehandling, og tilrettelegge for nødvendig registrering og rapportering til Helfo må på plass. Når søknadskriterier og antallet tilgjengelig introduksjonsavtaler er bestemt av Helse- og omsorgsdepartementet, vil direktoratet gjøre tiltaket og søknadsfrister kjent for kommuner slik at de kan forberede søknader.

11. LEGETJENESTEN INNEN HELDØGNS OMSORG I KOMMUNEN

En kartlegging av det medisinskfaglige tilbudet i sykehjem og heldøgns omsorgsbolig viser at det er flere områder hvor det er behov for mer kunnskap. Dette gjelder spesielt legetjenester til personer i heldøgns omsorgsbolig. Helsedirektoratet har i tildelingsbrevet for 2020 fått i oppdrag å skaffe mer kunnskap om det medisinskfaglige tilbudet til personer i heldøgns omsorgsboliger. Dette inngår som en del av tiltak 10 i Handlingsplan for allmennlegetjenesten, og skal gi grunnlag for å vurdere om det er behov for ytterligere tiltak for å bedre den medisinskfaglige oppfølgingen av disse brukerne. Senter for omsorgsforskning har på oppdrag fra Helsedirektoratet i 2020 gjennomført en undersøkelse av det medisinskfaglige tilbudet til beboere i heldøgns omsorgsbolig. Rapporten blir ferdigstilt medio 2021.

Beboere i sykehjem har omfattende behov for helse- og omsorgstjenester, og bistandsbehovet er økende. Beboerne blir stadig eldre og har flere sykdommer enn tidligere. I dag er rundt 80 prosent av beboerne på norske sykehjem diagnostisert med demens[68]. Det anslås at rundt 100 000 lever med denne diagnosen i dag, og det er forventet at antallet vil stige med over 130 prosent innen 2050[69]. Også registerdata for helse- og omsorgsinstitusjonene peker på at bistandsbehovet til den enkelte beboer øker. Selv om antallet plasser i helse- og omsorgsinstitusjoner har blitt gradvis redusert siden 2009[70], har antall dødsfall gått opp i perioden[71]. Studier viser også at gjennomsnittlig botid før dødsfall har blitt kortere[72]. Beboerne lever med andre ord i gjennomsnitt kortere på sykehjem, men er mer pleietrengende i tiden de er der.

Et økt bistandsbehov innebærer mer behov for medisinskfaglig tilbud i sykehjem. Forskning trekker frem viktigheten av tilgjengelige av leger som helt sentralt for kvaliteten på tilbudet som tilbys[73]. Helsedirektoratet publiserer i dag tre nasjonale kvalitetsindikatorer knyttet til legetjenester ved norske sykehjem. Resultatene for disse indikatorene omtales nedenfor.

68 Ref Helvik et al. 2015, Selbæk et al. 2007
69https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/aktuelt/aktuelle-saker/2020/dramatisk-okning-av-demens-i-norge.html
70 https://www.ssb.no/statbank/table/09929
71 http://statistikkbank.fhi.no/dar/
72 Kjelvik & Jønsberg 2017: Botid i sykehjem og varighet av tjenester til hjemmeboende
73 Senter for omsorgsforskning rapportserie nr 3/ 2019: Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger

11.1. Legetimer pr. beboer i sykehjem

Det foreligger ingen lovfestet normering eller sentralt måltall for legedekning i kommunen, og det er anbefalt at kommuner som en del av sin helhetlige plan for tjenestene, utarbeider lokale bemanningsnormer for legetjenesten i sykehjem. Utover at kommunenes innbyggere skal tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester, er det opp til kommunene selv å avgjøre hvordan legedekningen blir organisert. En bemanningsnorm skal basere seg på risiko- og behovsvurderinger og den skal tallfeste hvor mange legetimer som kreves for å oppfylle lovkravet om faglig forsvarlighet og kommunenes egne krav til kvalitet i legetjenesten i sykehjem. Det oppfordres også til at kommunene skal lage en plan for hvordan den skal oppnå det ønskede antall legetimer. Antall legetimer vil derfor variere etter beboernes behov og hvordan tjenestetilbudet i kommunene er organisert. Hva som bør regnes som et forsvarlig antall legetimer kan derfor være vanskelig å vurdere.

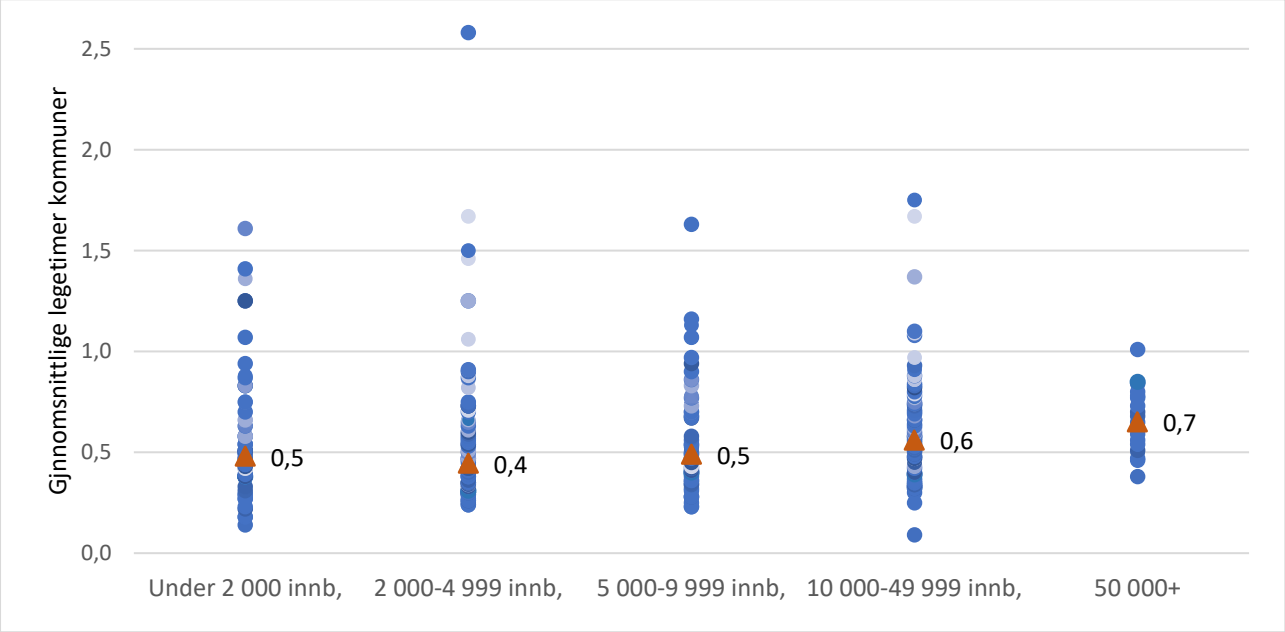
Landsgjennomsnittet for legetimer pr. uke pr. beboer på sykehjem var 0,58 timer i 2020. Utvikling over tid viser at det har vært en jevn, svak økning i antall timer, foruten en liten nedgang i fra 2018 til 2019. Også medianverdien viser en liten økning nasjonalt.

Tabell 11.1: Gjennomsnitt og median for legetimer pr. uke pr. beboer 2015-2020

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gjennomsnitt nasjonalt	0,53	0,55	0,55	0,56	0,55	0,58
Median nasjonalt	0,45	0,47	0,48	0,52	0,50	0,51

Variasjonen mellom kommunene er imidlertid stor. Grafen under viser legetimer pr. uke pr. beboer i 2020, fordelt etter kommunestørrelse[74]. De blå punktene viser kommunegjennomsnittene. Det kan skjule seg flere kommuner bak et blått punkt. De oransje trekantene viser medianen i gruppen (halvparten har høyere og halvparten lavere gjennomsnitt).

Figur 11.1 Gjennomsnitt legetimer pr. uke pr. beboere i kommunene 2020. Gruppert etter kommunestørrelse. Medianverdi angitt for hver gruppe (oransje trekant)



Tabell 11.2: Variasjonsbredde i gjennomsnittlig legetimer pr. uke pr. beboere i 2020 etter kommunestørrelse

	Under 2 000	2 000 – 4 999	5 000 – 9 999	10 000 – 49 999	50 000+
Antall kommuner	72	94	67	92	19
Variasjonsbredde	0,1 -1,6	0,2 – 2,6	0,2 – 1,6	0,1 – 1,8	0,4 -1,0

Figur 11.1 viser at de største kommunene (50 000 eller flere innbyggere) har minst spredning i gjennomsnittlig legetimer i 2020. Variasjonsbredden er størst i gruppen 2 000 – 4 999 innbyggere. Samtidig er ingen av kommunene i denne gruppen blant de med aller lavest gjennomsnittsverdi. Stor variasjonsbredde i denne gruppen skyldes at en kommune skiller seg ut med et høyt gjennomsnitt på 2,6 timer pr. uke. Når denne avvikende verdien holdes utenfor, er variasjonsbredden tilnærmet lik i alle gruppene med under 50 000 innbyggere.

Dersom to kommuner samarbeider om legetjenester kan det i noen tilfeller medføre at en av kommunene i statistikken kommer ut med 0 timer legetjenester pr. innbygger, mens den kommunen de samarbeider med får et for høy legedekningstall. Tallene må derfor tolkes med forsiktighet, og gir ikke nødvendigvis gir et riktig og komplett bilde av tjenesten i alle kommunene. I statistikken for 2020 var to kommuner registrert med null legetimer hos SSB. Disse er ekskludert fra datagrunnlaget i denne rapporten.

Gruppen med de største kommunene har høyest medianverdi i 2020. Kommunene med 2 000 – 4 999 innbyggere har lavest median. Tabellen under viser utvikling av median legetimer over tid, fordelt på kommunestørrelse.[75]

Tabell 11.3: Median for legetimer pr. uke pr. beboere i 2020 etter kommunestørrelse 2015-2020

Median	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Under 2 000	0,43	0,47	0,42	0,47	0,44	0,48
2 000 – 4 999	0,44	0,40	0,43	0,47	0,47	0,45
5 000 – 9 999	0,45	0,45	0,48	0,50	0,50	0,49
10 000 – 49 999	0,51	0,53	0,54	0,57	0,57	0,56
50 000+	0,61	0,63	0,59	0,66	0,65	0,65

Median legetimer har økt i alle kommunegruppene fra 2015 til 2020. De største kommunene har ligget høyest gjennom hele perioden. Gruppen 2 000 – 4 999 innbyggere skiller seg negativt ut, med både lavest median i 2020 og minst økning sammenlignet med 2015. Forskjellen mellom gruppene har holdt seg nokså stabil i perioden, men gruppen med de minste kommunene har hatt noen svingninger gjennom perioden. Dette kan skyldes at små endringer i teller eller nevner slår sterkere ut for de minste kommunene.

11.2. Sykehjemsbeboere vurdert av lege siste 12 måneder

En indikasjon på om legetjenesten er tilgjengelig er hvorvidt sykehjemsbeboeren vurderes jevnlig av lege. Helsedirektoratet publiserer en kvalitetsindikator som viser andel av sykehjemsbeboere som er vurdert av lege siste 12 måneder. Med "vurdert av lege" menes det at personen er i direkte kontakt med lege (konsultasjon/sykebesøk), har gjennomgått undersøkelse eller er/har vært under behandling (mottatt helsehjelp) fra lege[76]. En årlig undersøkelse er imidlertid ikke ment som en minimumsstandard for hvor ofte

[75] *Kommunegjennomsnittene er ferdig beregnet I datagrunnlaget fra SSB. Vektet gjennomsnitt kan derfor ikke beregnes. Ved sammenligning av kommunegrupper benyttes derfor medianverdi fremfor gjennomsnitt.*

[76] Nasjonal veileder for registrering av IPLOS data i kommunen

en beboer bør vurderes av lege, men resultatet vil likevel kunne gi en pekepinn på om de individrettede legeoppgavene utføres jevnlig.

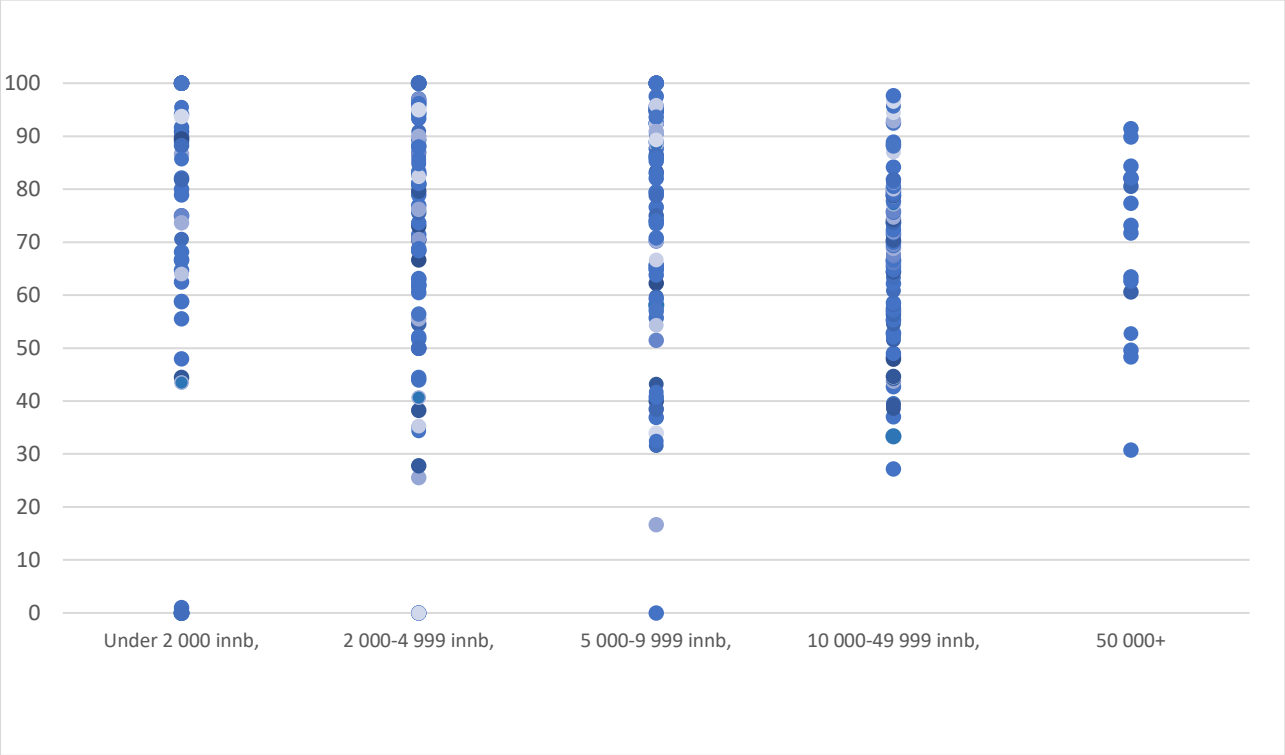
Resultatene nasjonalt for 2019 viser at 67,7 prosent av sykehjemsbeboere var blitt vurdert av lege siste 12 måneder[77][78]. Det har vært en positiv utvikling over tid.

Tabell 11.4: Andel sykehjemsbeboere som har blitt vurdert av lege siste 12 måneder 2017-2019

	2017	2018	2019
Andel nasjonalt	56,7	64,0	67,7

De innrapporter tallene til IPLOS vise store variasjoner mellom kommunene. Grafen under viser andel vurdert av lege siste 12 måneder i 2019, fordelt etter kommunestørrelse. De blå punktene viser kommunegjennomsnittene. Det kan skjule seg flere kommuner bak et blått punkt.

Figur 11.2 Andel sykehjemsbeboere som har blitt vurdert av lege siste 12 måneder i kommunene 2019. Gruppert etter kommunestørrelse.



Tabell 11.5: Variasjonsbredde i andel sykehjemsbeboere som har blitt vurdert av lege siste 12 måneder i 2019 etter kommunestørrelse

	Under 2 000	2 000 – 4 999	5 000 – 9 999	10 000 – 49 999	50 000+
Antall kommuner	46	83	74	90	16
Antall anonymiserte kommuner	47	35	10	5	0
Variasjonsbredde	0 - 100	0 - 100	0 - 100	27,2 - 97,7	30,8 - 91,4

[77] *2020-data fra Kommunalt pasient- og brukerregister er foreløpig ikke tilgjengelig*

[78] *Andeler er beregnet pr. 31.12*

Spredningen er stor i alle kommunegruppene. Gruppen med de største kommunene (50 000 eller flere innbyggere) har minst spredning i 2019, etterfulgt av den nest største gruppen (10 000 – 49 999 innbyggere). De resterende gruppene varierer mellom 0 og 100 i andelen legevurderinger.

Ulikheter mellom kommunene viser ikke nødvendigvis bare store forskjeller i tjenestetilbud. Det kan også skyldes under- eller feilrapportering. Opplysningene kan for eksempel være dokumentert i journal, men ikke rapportert til registret. 13 kommuner er registrert med null andel vurdert av lege i 2019. Årsaken til nullandelene kan være underrapportering til registret. En viktig avklaring vil være om innslaget av under- eller feilrapportering er systematisk skjevfordelt og dermed påvirker resultatene.

I datasettet fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er alle kommuner med flere enn 0 og færre enn 10 personer i enten teller eller nevner anonymisert[79]. Dette innebærer at det ikke vises resultater for kommuner hvor kun 1 til 9 beboere har blitt vurdert av lege i løpet året, eller hvor det kun er 1 til 9 langtidsbeboere på sykehjemmet i den aktuelle aldersklassen. I 2019 er 97 av totalt 408[80] kommuner anonymisert. 76 av disse er anonymisert utelukkende på bakgrunn av et lavt antall i teller.

Antallet anonymiserte kommuner er klart høyest i gruppen med de minste kommune. I denne gruppen er 31 av de 47 anonymiserte kommunene, anonymisert på grunn av lav teller.

At så mange av kommunene mangler i datagrunnlaget, medfører at oversikten over variasjon i figur 11.2 er unøyaktig. Dette er særlig relevant for gruppen med de minste kommunene. Videre vil det at kommuner med et lavt antall gjennomførte legevurderinger ikke vises i datagrunnlaget, kunne bidra til at mange av kommunene med lave andeler blir borte. Dette kan være årsaken til at gruppen med små kommuner ikke har noen kommuner med lave andeler (bortsett fra nullandeler), jamfør figur 11.2.

Grunnet høy grad av anonymisering i datagrunnlaget fra KPR, vil utregning av andelen for kommunegrupper på aggregert nivå kunne gi feilaktig resultat. Sammenligning av kommunegrupper basert på størrelse tar derfor utgangspunkt i KOSTRA grupper. Følgende inndeling er gjort: Små kommuner er lik KOSTRA gruppe 1 -6, mellomstore kommuner er lik KOSTRA gruppe 7 -12 og store kommuner er lik KOSTRA gruppe 13 – 15. Tabellen under viser utvikling av andel vurdert av lege over tid, fordelt på kommunestørrelse[81].

Tabell 11.6: Utvikling i andel vurdert av lege fordelt på kommunestørrelse 2017-2019

Andel	2017	2018	2019
Små kommuner	46,5 %	57,0 %	57,8 %
Mellomstore kommuner	53,9 %	58,4 %	66,5 %
Store kommuner	60,7 %	68,3 %	70,4 %

Det har vært en økning over tid i andelen vurdert av lege i alle gruppene. Gruppen med de største kommunene har hatt best resultat over tid, etterfulgt av den midterste gruppen.

11.3. Sykehjemsbeboere som har fått legemiddelgjennomgang siste 12 måneder

En indikasjon på at den medisinfaglige oppfølgingen av beboerne på sykehjem er god, er riktig legemiddelbruk. Eldre bruker ofte flere legemidler samtidig, noe som øker sannsynligheten for feilmedisinering, unødvendig

[79] *Anonymiserte kommuner inngår i aggregerte resultater på lands-, fylke og KOSTRA-gruppe nivå.*

[80] *13 kommuner har ikke innrapportert tall til KPR for 2019. I tillegg har en kommune feilaktig rapportert inn sammen med en annen. Disse kommunene vises med null i statistikken fra KPR, men er tatt bort fra datagrunnlaget for denne rapporten.*

[81] *KOSTRA-grupper SSB: https://bibliotekutvikling.no/statistikk/forside/statistikk-for-folkebibliotek/kostra-grupper/*

bruk og uheldige kombinasjoner. Eldre er særlig sårbare for bivirkninger og legemiddelrelaterte problemer, og undersøkelser viser at hele tre av fire pasienter i sykehjem har ett eller flere legemiddelrelaterte problemer. Et viktig tiltak for å forhindre feil eller unødvendig bruk er systematisk gjennomføring av legemiddelgjennomgang. I henhold til § 5a i Forskrift om legemiddelhåndtering for virksomheter og helse personell som yter helsehjelp skal pasienter med langtidsopphold i sykehjem gjennomgå en legemiddelgjennomgang ved innkomst og deretter minst en gang årlig.

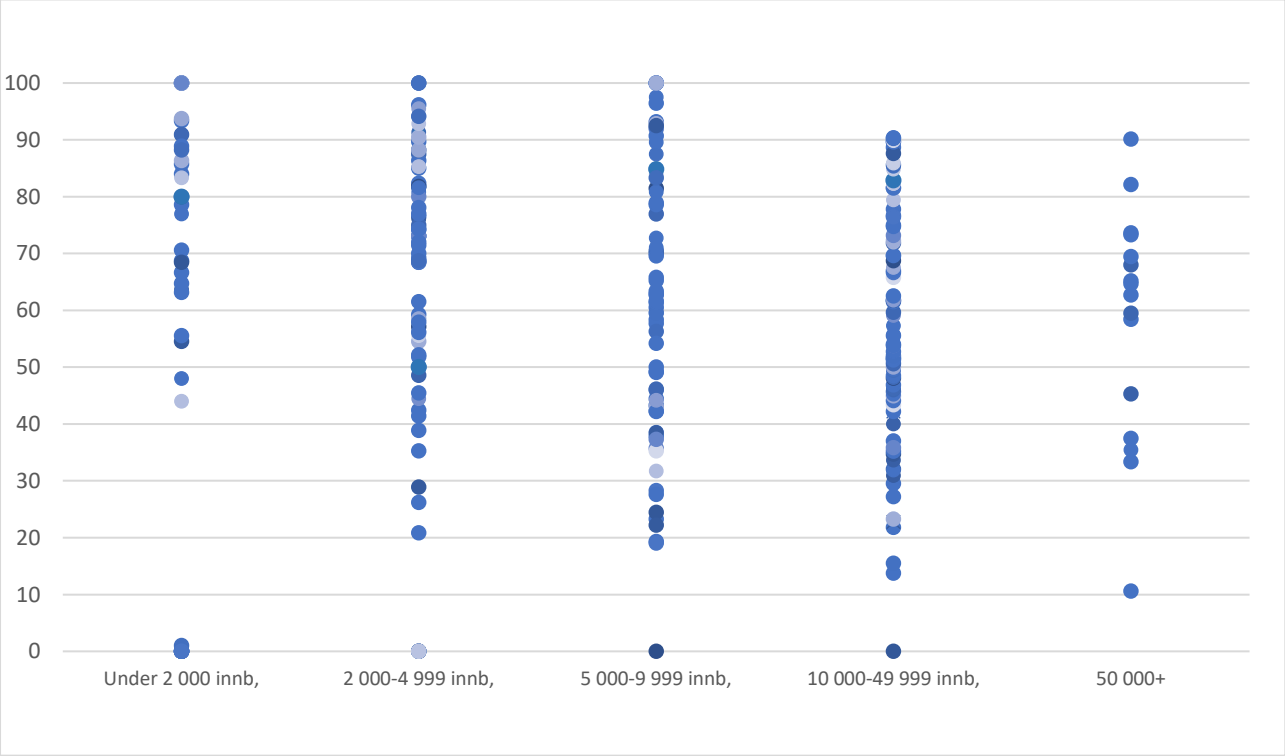
Helsedirektoratet publiserer en kvalitetsindikator som viser andel av sykehjemsbeboere som har fått legemiddelgjennomgang siste 12 måneder. De nasjonale resultatene for 2019 viser at 57,7 prosent av sykehjemsbeboerne har fått legemiddelgjennomgang siste 12 måneder[82][83]. Også her har det vært en positiv utvikling over tid.

Tabell 11.7: Andel sykehjemsbeboeren som har fått legemiddelgjennomgang siste 12 måneder 2017-2019

	2017	2018	2019
Andel nasjonalt	49,5	54,6	57,7

De innrapporter tallene til IPLOS vise store variasjoner mellom kommunene. Grafen under viser andel med legemiddelgjennomgang siste 12 måneder i 2019, fordelt etter kommunestørrelse. De blå punktene viser kommunegjennomsnittene. Det kan skjule seg flere kommuner bak et blått punkt[84].

Figur 11.3 Andel med legemiddelgjennomgang siste 12 måneder i kommunene 2019. Gruppert etter kommunestørrelse.



[82] *2020-data fra Kommunalt pasient- og brukerregister er foreløpig ikke tilgjengelig*

[83] *Andeler er beregnet pr. 31.12*

[84] *13 kommuner har ikke rapportert tall til KPR for 2019. Ytterligere en kommune har rapportert inn sammen med en annen. Disse kommunene vises med null i statistikken fra KPR, men er tatt bort fra datagrunnlaget for denne rapporten*

Tabell 11.8: Variasjonsbredde i andelen beboere med gjennomført legemiddelgjennomgang etter kommunestørrelse

	Under 2 000	2 000 – 4 999	5 000 – 9 999	10 000 – 49 999	50 000+
Antall kommuner med verdier	40	73	68	89	16
Antall anonymiserte kommuner	51	45	16	6	0
Variasjonsbredde	0 - 100	0 - 100	0 - 100	0 - 90,4	10,6 – 91,1

I 2019 var det stor variasjon i andelen beboere med gjennomført legemiddelgjennomgang i alle kommunegruppene. Også her er det de største kommunene (50 000 eller flere innbyggere) som har minst spredning i 2019, etterfulgt av den nest størst gruppen (10 000 – 49 999 innbyggere). Andelen i resterende grupper varierer mellom 0 og 100.

Som for indikatoren for legevurderinger, kan noen ulikheter mellom kommuner skyldes under- eller feilrapportering. 24 kommuner er registrert med null andel legemiddelgjennomgang i 2019. Årsaken til nullandelene kan være underrapportering til registret.

I datagrunnlaget fra KPR er 118 av totalt 408 kommuner [85] anonymisert i 2019 for denne indikatoren. Som i indikatoren ovenfor vil fraværet av anonymiserte kommuner medføre at oversikten i figur 11.3 er unøyaktig. Også i denne indikatoren er flertallet av de anonymiserte kommunene er anonymisert på grunn av et lavt antall i teller[86]. Gruppen med de små kommunene har høyest andel anonymiserte kommuner[87]. Mange kommuner med lav andel legemiddelgjennomganger kan derfor være borte fra kommuneoversikten i figur 11.3.

For å ta høyde for ukomplette data på kommunenivå, vil sammenligning av kommunegrupper også her basere seg på en sammenslåing av allerede foreliggende KOSTRA-grupperinger i datamaterialet. Tabellen nedenfor viser utviklingen i andel beboere med gjennomført legemiddelgjennomgang, fordelt på kommunestørrelse.

Tabell 11.9: Andel med gjennomført legemiddelgjennomgang etter kommunestørrelse

Andel	2017	2018	2019
Små kommuner	39,8 %	47,6 %	47,2 %
Mellomstore kommuner	48,3 %	49,1 %	54,5 %
Store kommuner	52,6 %	59,0 %	61,6 %

Bortsett fra en minimal nedgang fra 2018 til 2019 i gruppen med små kommuner, har andelen med gjennomført legemiddelgjennomgang økt over tid i alle grupper. Det er gruppen med de største kommunene som har hatt best resultat over tid. Andelen beboere på sykehjem som er vurdert av lege siste 12 måneder har i hele perioden vært lavest i gruppen med de minste kommunene.

Resultatene for de tre indikatorene tilknyttet legetjenesten i sykehjem viser at det generelt er store variasjoner mellom kommunene, samt gir inntrykk av at større kommuner har høyere tilgjengelighet til legetjenester i sykehjem sammenlignet med de små kommunene. Det er imidlertid vanskelig å si hva variasjon etter kommunestørrelse skyldes. Det kan være ulik rapportering- og registreringspraksis, det kan ha sammenheng med ulik bevissthet rundt og ulikt apparat for å oppfylle statlige normer og kvalitetsindikatorer 88, og det kan

[85] *Det mangler data for 14 kommuner i 2019.*

[86] *99 av kommunene er anonymisert pga. lav teller.*

[87] *37 av de totalt 51 anonymiserte kommunene i denne gruppen, er anonymisert på grunn av lav teller.*

[88] Kartlegging av medisinskfaglige tjenester i sykehjem, Senter for omsorgsforskning 2019.

tenkes at ulik alderssammensetning og terskel for å få sykehjemsplass i små og store kommuner virker inn på behovet.

12. STABILITET OG TILGJENGELIGHET

12.1. Varighet av fastlegeavtaler (NKI)

Et av hovedelementene i fastlegeordningen er at innbyggerne får en fast allmennlege å forholde seg til for å skape kontinuitet i tjenesten. Evalueringen av fastlegeordningen viste blant annet at kontinuitet er et av de viktige elementene for å oppnå tjenester av god kvalitet[89]. Kontinuitet sett som relasjon mellom fastlege og pasient påvirkes av mange ulike faktorer, blant annet bytte av lege, flytting og mobilitet blant innbyggere og fastleger, alderssammensetningen til fastlegene, samt bruk av vikarer. Når det kommer til bytte av lege kan dette både være bytte etter innbyggers eget ønske eller på grunn av avsluttet/kortere liste. Forskning viser at kontinuitet i forholdet mellom lege og pasient gir et bedre samarbeid, med større opplevd tilfredshet for begge parter. Kontinuitet gir bedre forebygging, mer omfattende behandling og mindre dobbeltbehandling. Det er også vist redusert dødelig blant eldre pasienter. Kontinuitet i forholdet mellom pasient og lege kan redusere spesialistbesøk, sykehusinnleggelser, legevaktbesøk og bruk av alternative behandlere[90].

Kontinuitet kan måles på ulike måter. En måte er å se på varigheten av fastlegeavtaler over tid. Dette viser hvor lenge legene har vært i sine stillinger i kommunen. Lang kontinuitet i forholdet mellom lege og pasient kan føre til en god relasjon, samt øke kvaliteten på tjenesten. Det er flere potensielle forklaringsfaktorer bak variasjon og utvikling i avtalevarighet, blant annet mobilitet blant fastleger og alderssammensetningen til fastlegene. Effekten av dette er ikke analysert her. Omfattende bruk av vikarer vil også påvirke kontinuiteten i relasjonen mellom lege og innbygger.

Informasjonsgrunnlag om avtalevarighet er hentet fra fastlegeavtalene som er hjemlet i forskrift om fastlegeordningen, hvor det står at kommunen skal inngå en individuell avtale med alle leger som skal delta i fastlegeordningen[91]. Ved utgangen av 2020 var median avtalevarighet på 8,3 år for hele landet slik dette er målt her. Halvparten av fastlegeavtalene i landet hadde en varighet på under 8,3 år og halvparten hadde lenger. Det er nokså store variasjoner mellom fylkene. I Oslo var median avtalevarighet på 10,7 år, mens avtalevarigheten i Troms og Finnmark var på 5,1 år. Avtalevarighet i seg selv er – uavhengig av hva som påvirker den – et mål på kontinuitet. Samtidig finnes ingen ensartet definisjon på og måling av kontinuitet. Fastlegeordningen ble innført 01.05.2001, og det er kun fastlegeavtaler fra og med denne datoen som er med i beregningen. Avtalevarigheten må derfor ses i sammenheng med maksimal avtalevarighet som tilsvarer 19,7 år ved utgangen av 2020. Den historiske utviklingen viser at det har vært en nedgang i median avtalevarighet fra 2015 til 2020, og nedgangen kan ses i alle fylkene bortsett fra Nordland. I Nordland har median avtalevarighet økt fra 5,3 år i 2015 til 6,7 år i 2020. På landsbasis har median avtalevarighet hatt en nedgang fra 9,5 år i 2015 til 8,3 år i 2020.

Tabellen nedenfor viser utviklingen fra 2015 til 2020 i median avtalevarighet målt i år. Det er variasjoner mellom fylkene, hvor de nordligste fylkene har den korteste avtalevarigheten. Dersom man antar at kontinuitet i lege-pasient-forholdet bidrar til økt kvalitet på tjenesten, peker resultatene fra

[89] *Evaluering av fastlegeordningen, EY og Vista Analyse* https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/fastlegeordningen-er-evaluert/id2667485/

[90] *Hansen, Kristoffersen, Lian og Halvorsen (2014): Continuity of GP care is associated with lower use of complementary and alternative medical providers: a population-based cross-sectional survey, BMC Health Services Research 14:629*

[91] Forskrift om fastlegeordning i kommunene - Lovdata

kvalitetsindikatoren i retning av at innbyggerne kan oppleve ulik kvalitet på fastlegetjenesten avhengig av hvor i landet de bor[92].

Tabell 12.1: Median avtalevarighet år, 2015 – 2020. Sortert etter avtalevarighet i 2020.*

Fylke	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Oslo	14,3	14,6	13,5	12,8	11,5	10,7
Viken	11,3	10,8	10,6	10,3	9,9	9,6
Agder	10	9,5	8,6	8,6	8,8	8,4
Rogaland	8,4	8,6	8,3	8,2	8,3	8,3
Innlandet	9,2	8,4	8,3	8	8,2	8,3
Møre og Romsdal	9,3	9,8	8,9	8,3	8,3	7,9
Vestland	9,4	8,8	8	7,8	7,9	7,9
Trøndelag	9	8,9	9	8,2	8	7,6
Vestfold og Telemark	9,5	9,3	9,3	7,9	6,7	6,9
Nordland	5,3	5,7	6,3	6,3	6,3	6,7
Troms og Finnmark	5,4	6	5,5	5	5,2	5,1
Norge totalt	9,5	9,3	8,9	8,5	8,4	8,3

**Utvikling i avtalevarighet måles her med basis i alle avsluttede og pågående avtaler det enkelte år.*

Median avtalevarighet fordelt etter kommunestørrelse viser at varigheten på fastlegeavtalene er økende med antall innbyggere i kommunen. I kommuner med flere enn 50 000 innbyggere er median avtalevarighet på 9,8 år, mens i kommuner med færre enn 2 000 innbyggere er avtalevarigheten på 4 år. Dette betyr at fastleger i store kommuner er mer enn dobbelt så lenge i sine stillinger sammenlignet med små kommuner. Det er som tidligere nevnt flere potensielle forklaringsfaktorer bak variasjon og utvikling i avtalevarighet.

Tabell 12.2: Median avtalevarighet etter kommunestørrelse 2020

	Under 2 000	2 000 - 4 999	5 000 - 9 999	10 000 - 49 999	50 000 +
Median avtalevarighet	4,0 år	5,9 år	6,7 år	7,8 år	9,8 år

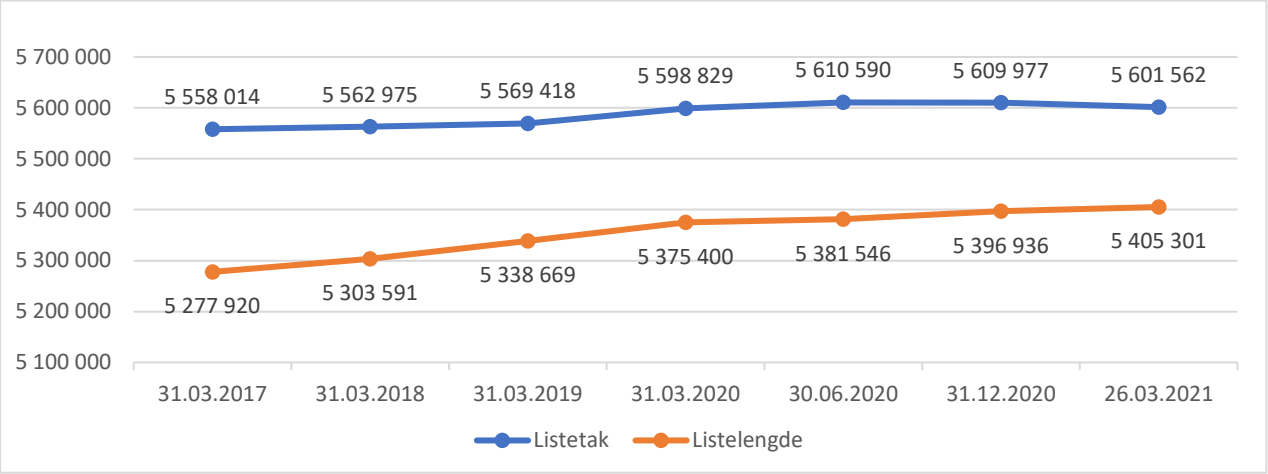
12.2. Ledige plasser på fastlegenes liste

Tilgjengeligheten til fastlegetjenesten har ulike dimensjoner. Man kan skille mellom tilgjengelighet til å komme inn på en fastlegeliste og tilgjengelighet til fastlegen når du er på en liste. Ventetid til time, konsultasjonstid og kontinuitet i oppfølging kan være eksempler på det siste, men som det foreløpig ikke er datagrunnlag eller ferdigutviklede indikatorer på. Vi har imidlertid informasjon om listelengde og listetak som kan brukes for å belyse kapasitetsutfordringer. Det skal være noe differanse mellom listetak og antall innbyggere på listen. Dette er viktig for at det skal være mulig å bytte fastlege. Dersom listene er fulle og uten noe ledig kapasitet, mister innbyggerne denne rettigheten (regulert til en mulighet 2 ganger i året)[93]. Nedenfor framstilles utvikling i ledige listeplasser.

[92] *https://tidsskriftet.no/2015/12/originalartikkel/varighet-av-fastlegeavtaler*

[93] *I tillegg til de to ordinære fastlegebyttene, kan listeinnbygger også bytte fastlege hvis hen melder flytting til folkeregisteret eller hvis fastlegen slutter eller reduserer listen sin.*

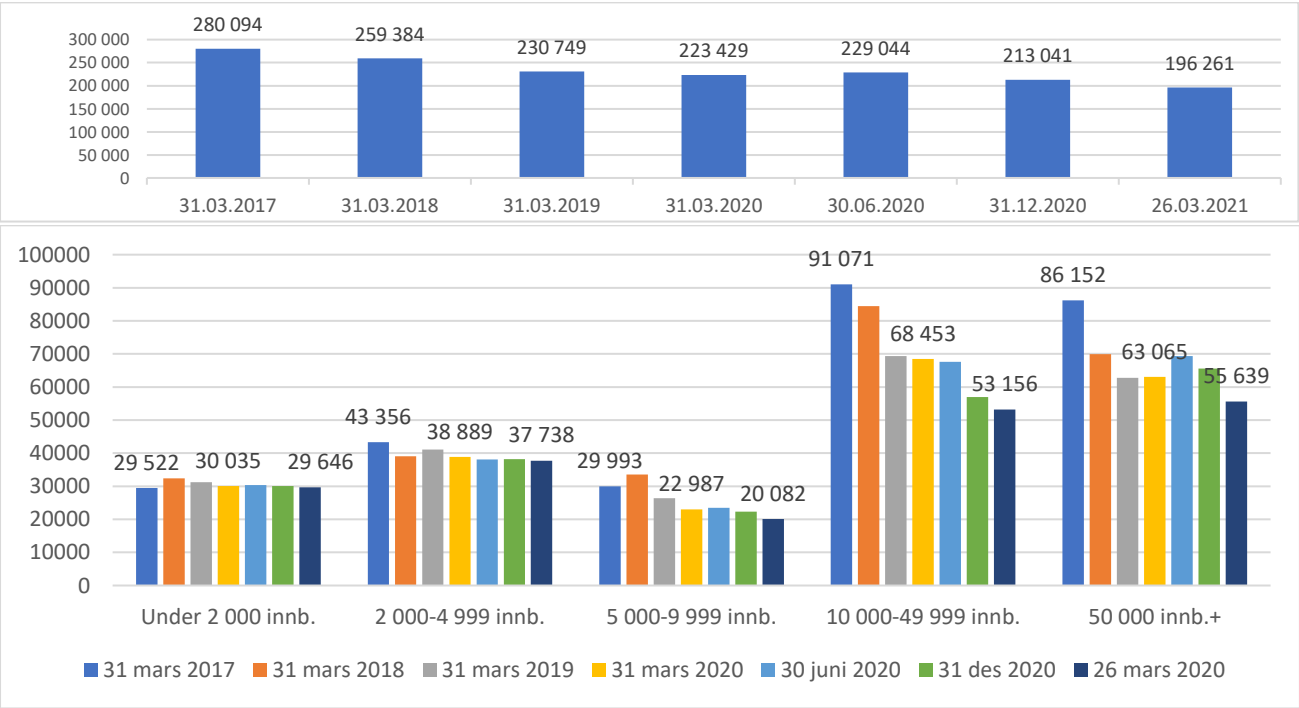
Figur 12.1 Sum av plasser listetak og listelengde (antall listeinnbyggere) 2017-2021.[94]



Figur 12.1 viser summen av plasser på fastlegenes liste. Listetak er antall plasser som er til rådighet på listene, mens listelengde er antall innbyggere som står på listen. I mars 2021 var det til sammen 5 601 562 plasser på fastlegelistene, mens til sammen 5 405 301 innbyggere stod på en fastlegeliste. Samlet sett gir dette en differanse på 196 261. Over tid har gapet mellom listetak og listelengde blitt mindre, noe som betyr at den samlede kapasiteten på fastlegelistene er mindre enn før.

Figur 12.2 viser differansen mellom summen av listetak og summen av listelengde (antall listeinnbyggere) totalt og etter kommunestørrelse. Det har vært størst nedgang i differansen over tid blant de store kommunene (over 10 000 innbyggere), og dermed mest nedgang av den samlede listekapasiteten.

Figur 12.2 Differanse mellom sum av plasser listetak og listelengde (antall listeinnbyggere) totalt og etter kommunestørrelse 2017-2021.



[94] *Summen av listeinnbyggere nasjonalt kan avvike fra befolkningstall fra SSB på et gitt tidspunkt. For eksempel kan oppdateringer av nyfødte og døde påvirke begge kilder, I tillegg har asylsøkere rett til å stå på liste hos fastlege selv om fødselsnummer ikke er tildelt i bosettingskommune.*

Mens noen lister har mye ledig kapasitet har andre fastlegelister flere innbyggere på listen enn det som er listetaket. I mars 2021 var 19 prosent av fastlegelistene lengre enn listetaket. Dette er 2 prosentpoeng høyere enn på tilsvarende tid i perioden 2018-2020. Det at en liste er lengre enn listetak kan skyldes flere forhold. I forbindelse med listeoverføring holdes familier samlet, og en mor eller far har rett til å få sine barn inn på sin fastlegeliste uavhengig av om listen har ledige plasser. Hvis man flytter tilbake til en kommune man nylig har bodd i har man også krav på å få komme tilbake til samme fastlegeliste som før flytting. Det kan også være at ved reduksjon av listetaket, reduseres listen ved såkalt naturlig avgang. Det vil si listeinnbyggerne står på listen til de selv velger å bytte eller avgår ved døden. På den måten vil mange lister ved reduksjon av listetaket, ha flere listeinnbyggere enn listetaket inntil antallet gradvis reduseres over tid.

12.3. Antall innbyggere på liste uten fast lege

En tilgjengelig allmenntjeneste er viktig for alle innbyggere, og den vil være spesielt viktig for brukere med kroniske sykdommer og omfattende behov. Antall sykdommer øker med alder og de eldre bruker fastlegen mer enn de øvrige aldersgruppene [95]. Antall innbyggere i fastlegeordningen som står uten fast lege eller ikke er tildelt listeplass kan brukes som et mål på tilgjengeligheten av leger, da det sier noe om hvor mange som venter på å få tildelt fast lege.

Av innbyggerne på fastlegelistene står 2,1 prosent på en liste uten fastlege i mars 2021. Dette er ett prosentpoeng mer enn på samme tid i 2019. Høyest andel finner man blant de eldste listeinnbyggerne (2,7 prosent) mens de yngste har den laveste andelen (1,9 prosent).

Tabell 12.3: Utvikling i andel listeinnbyggere på liste uten fast lege etter alder, samt andel og antall totalt.

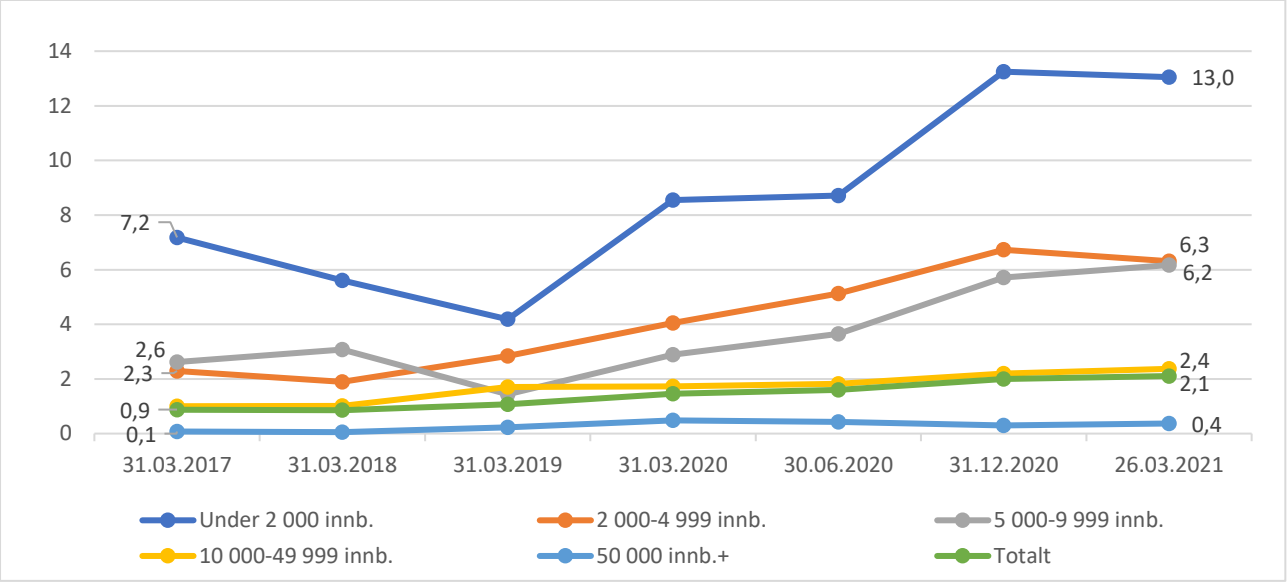
Alder listeinnbygger	31.03.2017	31.03.2018	31.03.2019	31.03.2020	26.03.2021
0-19	0,8	0,8	1,0	1,3	1,9
20-39	0,8	0,8	1,1	1,4	2,0
40-59	0,9	0,8	1,0	1,4	2,0
60-79	1,0	1,0	1,1	1,7	2,4
Over 80	1,1	1,0	1,2	1,8	2,7
Andel alle listeinnbyggere	**0,9**	**0,9**	**1,1**	**1,5**	**2,1**
Antall totalt	**46 390**	**45 392**	**57 347**	**78 513**	**113 852**

Antall innbyggere som står på en liste uten fast lege var 113 852 i mars 2021. Antallet er nesten dobbelt så høyt som i mars 2019, og har økt fra 2018.

Andelen innbyggere uten fast lege av innbyggere som er på en fastlegeliste synker med økende kommunestørrelse.

[95] *Bruk av fastlege og legevakt 2017-2019, SAMDATA kommune. Rapport IS-2944. Helsedirektoratet.*

Figur 12.3 Prosentandel av innbyggerne på fastlegelister som står på en liste uten fastlege, fordelt på kommunestørrelse. 2017-2021



I 2021 var 13 prosent av de som bor i de minste kommunene (under 2000 innbyggere) på en liste uten fast lege. Dette gjaldt om lag 6 prosent av de som bor i kommuner mellom 2000 og 9999 innbyggere og 2 prosent av de som bor i kommuner med inntil 50 000 innbyggere. I de største kommunene var samlet sett 0,4 prosent på en ubesatt liste.

Økningen over tid i andelen som står på en liste uten fast lege er størst i de minste kommunene, og har gjennomgående vært sterkest i perioden fra 2019-2021. For de største kommunene var andelen relativt stabil i perioden 2017-2021 (mars).

12.4. Bedre tilgjengelighet gjennom alternativer til fysisk oppmøte på legekontoret

Fleksibilitet i hvordan vi kan konsultere fastlegen vår kan bidra til en mer tilgjengelig tjeneste tilpasset den enkeltes behov. Muligheten til sykebesøk eller digital kontakt med fastlege vil øke tilgjengelighet for alle, men kanskje spesielt for de som av fysiske eller psykiske årsaker har utfordringer med å komme seg til eller ta kontakt med legen.

I framstillingen nedenfor er antall kontakter og/eller konsultasjoner i hovedsak vist pr. 1000 innbygger. På denne måten kan vi se om hver av oss i gjennomsnitt bruker tjenestene mer eller mindre, slik at målte endringer tar høyde for befolkningsutviklingen. Vi bruker begrepet konsultasjonsrater som viser antall registrerte kontakter eller konsultasjoner pr. 1000 innbyggere hos fastlege eller legevakt i løpet av et gitt kalenderår. Ratene beregnes ut fra befolkningsstørrelsen på kommunen hvor innbyggeren bor.[96] I vedlegg 4 til rapporten er den nasjonale utviklingen fra 2017-2020 for alle kontakttyper vist som absolutte tall.

[96] *I denne sammenhengen er kommunestørrelse relatert til antall innbyggere i kommunen, små kommuner har få innbyggere, mens store kommuner har mange innbyggere.*

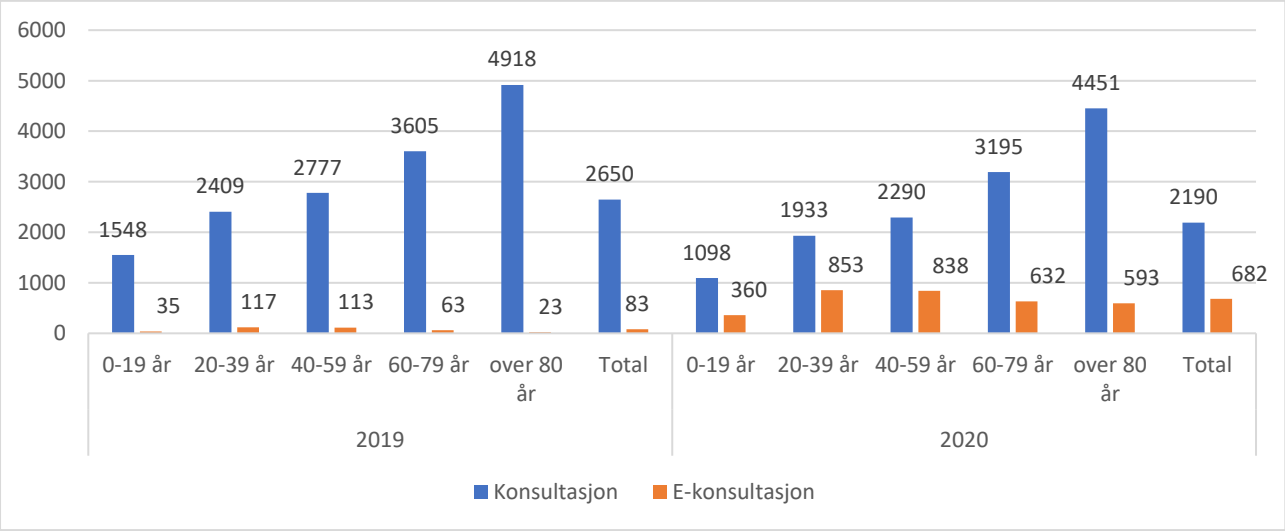
12.4.1. Digitale versus fysiske konsultasjoner hos fastlegen

I 2020 var det 17 prosent færre fysiske konsultasjoner på fastlegekontorene enn i 2019. Samtidig økte taksten for e-konsultasjoner med nesten 722 prosent. Den kraftige økningen kan delvis forklares av pandemien, men det er også en videre utvikling av en dreining til mer elektronisk kontakt med fastlegen som vist tidligere[97]. Fra mars 2020 inkluderer e-konsultasjonstaksten også telefonkonsultasjoner i tillegg til tekstlig e-konsultasjon og videokonsultasjoner. E-konsultasjoner (inkl. telefonkonsultasjoner) utgjorde i 2020 24 prosent av alle konsultasjoner, mot 3 prosent i 2019. Sett i ett litt lengre perspektiv, 2017- 2020, økte totalt antall konsultasjoner hos fastlegen fra 2669 til 2872 konsultasjoner pr. 1000 innbyggere. Tilsvarende har antallet fysiske konsultasjoner gått ned fra 2669 pr. 1000 innbyggere i 2017 til 2190 i 2020. Antall e-konsultasjoner har i samme periode økt fra 17 til 682 konsultasjoner pr. 1000 innbyggere, med den sterkeste veksten siste år (inkl. telefonkonsultasjoner i 2020).

Antall konsultasjoner øker med alderen. For begge år finner vi høyest antall fysiske konsultasjoner (pr. innbygger) blant de eldste, og lavest antall blant de yngste. I 2019 har de eldste lavest antall e-konsultasjoner, mens de yngste har lavest antall e-konsultasjoner i 2020. Men i 2020 er altså telefonkonsultasjoner kommet til og er inkludert i taksten for e-konsultasjon.

Befolkningens samlede konsultasjonsrate hos fastlege var høyere i 2020 enn i 2019. De aller yngste hadde en lavere konsultasjonsrate i 2020 sammenlignet med 2019, men for de andre aldersgruppene var raten høyere i 2020. Dette viser at økningen i e-konsultasjoner (inkl. telefonkons) har bidratt til at det har vært flere konsultasjoner med fastlegen i pandemiåret 2020.

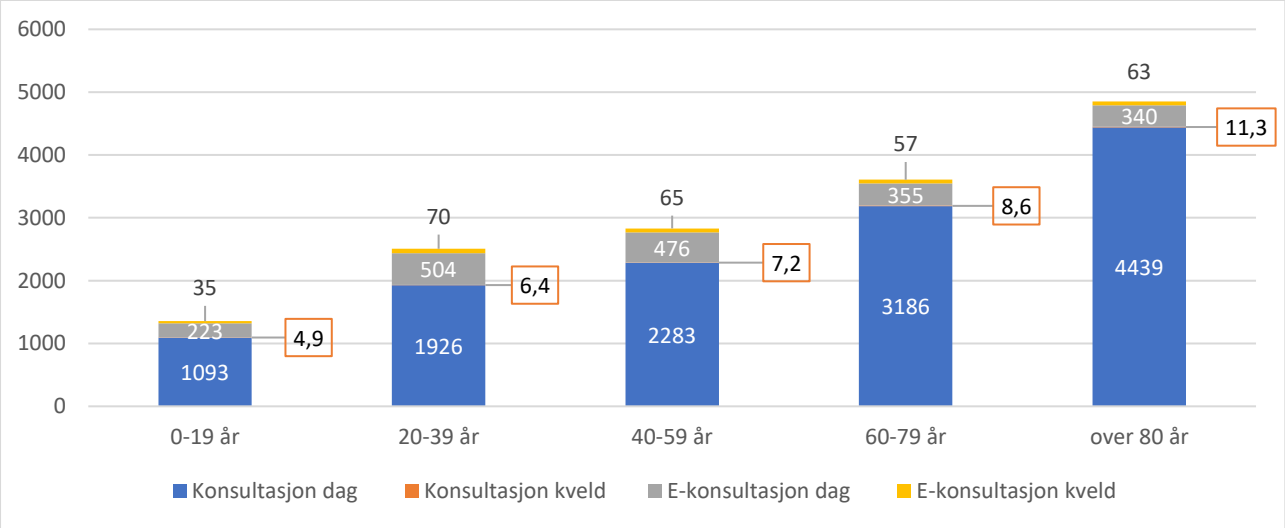
Figur 12.4 Antall fysiske konsultasjoner og e-konsultasjoner (inklusive telefonkonsultasjon) hos fastlege pr. 1000 innbyggere for aldersgrupper, 2019 og 2020.



De fleste av konsultasjonene skjer fysisk på dagtid for alle aldersgruppene. Antall fysiske konsultasjoner kveld og e-konsultasjoner kveld er lave sammenlignet med antall dagskonsultasjoner for alle aldersgrupper. I absolutte tall er det de mellom 60-79 år som har flest konsultasjoner på dagtid og de mellom 40-59 år som har flest konsultasjoner på kveld. De mellom 20 og 39 år har flest e-konsultasjoner både dag og kveld.

[97] *Bruk av fastlege og legevakt 2017-2019, SAMDATA kommune. Rapport IS-2944. Helsedirektoratet.*

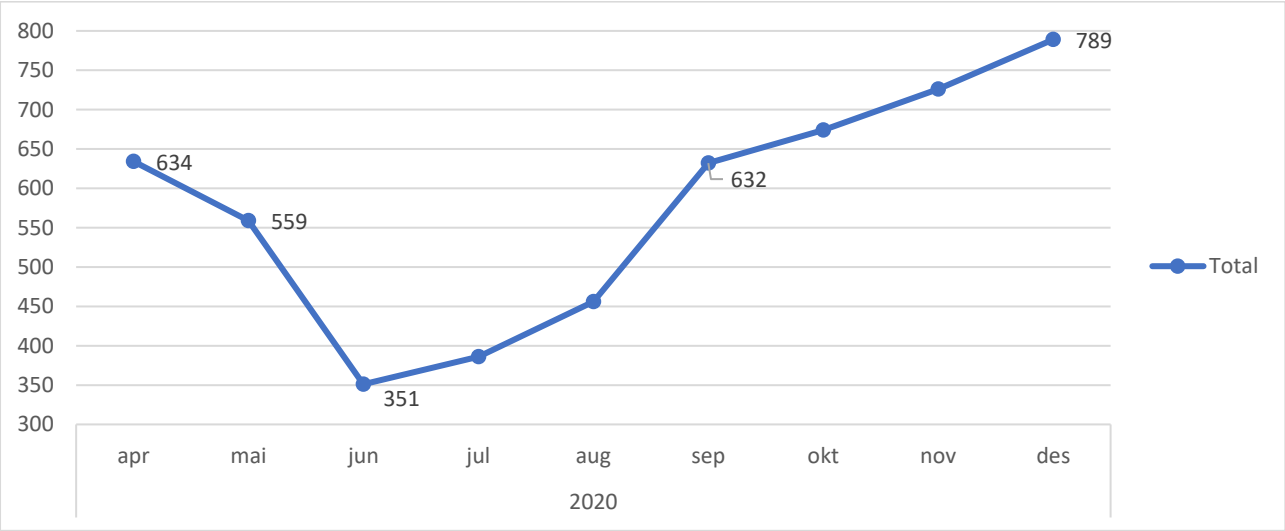
Figur 12.5 Antall fysiske konsultasjoner og e-konsultasjoner hos fastlege pr. 1000 innbyggere for aldersgrupper fordelt på dag og kveld, 2020.*



**Antall konsultasjoner pr. innbygger på kveld angitt i rød firkant.*

I april 2020 ble det innført en takst for tverrfaglig e-konsultasjon (2af)[98]. Dette er et av tiltakene for å sikre at fastlegeordningen forblir en stabil og tilgjengelig tjeneste gjennom pandemien. Totalt sett er det en økning i antallet registrerte tverrfaglige e-konsultasjoner med helsepersonell og pasient fra introduksjonen av taksten i april til utgangen av året i desember 2020.

Figur 12.6 Antallet av tverrfaglige e-konsultasjoner med helsepersonell og pasient i Norge april - desember 2020.



Mellom fylkene er det store forskjeller i bruk av denne taksten. I Troms og Finnmark, samt Møre og Romsdal, har det vært stor økning i antallet av tverrfaglige e-konsultasjoner fra april til desember. Antallet har derimot gått ned i Rogaland, Oslo, Agder og Trøndelag. Det er imidlertid vanskelig å vite om forskjellene skyldes forskjeller i tilgjengelighet og tjenestetilbud, om det skyldes ulike behov i de forskjellige fylker eller variasjon i hvorvidt fastlegene kjenner til og tar i bruk taksten. Derfor er det viktig å følge med på disse forskjellene frem i tid, samt se forskjellene i sammenheng med andre mål på tilgjengelighet.

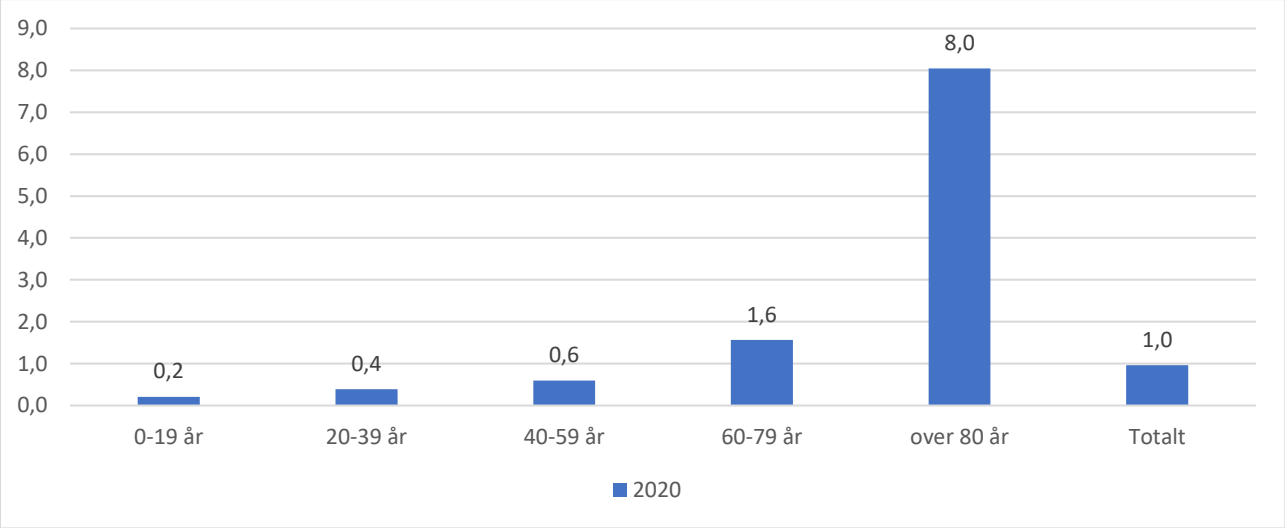
[98] *Tverrfaglig e-konsultasjon: e-konsultasjon hvor pasienten være til stede sammen med helsepersonell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller ambulansepersonell, samtidig som det kommuniseres med fastlege.*

Tabell 12.4: Antallet av tverrfaglige e-konsultasjoner med helsepersonell og pasient i april 2020 og desember 2020 samt endringene mellom de to måneder vist pr. fylke.*

	Antall april	Antall desember	Endring fra april til desember 2020
Norge totalt	**634**	**789**	**24,4 %**
Agder	53	39	- 26,5 %
Innlandet	52	54	3,8 %
Møre og Romsdal	25	57	128 %
Nordland	26	40	53,8 %
Oslo	28	17	- 39,3 %
Rogaland	54	31	- 42,6 %
Troms og Finnmark	33	85	157,5 %
Trøndelag	99	88	- 11,1 %
Vestfold og Telemark	56	100	78,6 %
Vestland	56	85	51,8 %
Viken	152	193	26,9 %

Totalt var konsultasjonsraten for tverrfaglige e-konsultasjoner hos fastlegen 1 pr. 1000 innbyggere i 2020. Den høyeste raten var blant de eldste, med 8,0 konsultasjoner pr. 1000 innbyggere, mens de yngste hadde den laveste raten (0,2). De eldste hadde ikke bare den høyeste raten, men også høyest antall tverrfaglige konsultasjoner målt i absolutte tall.

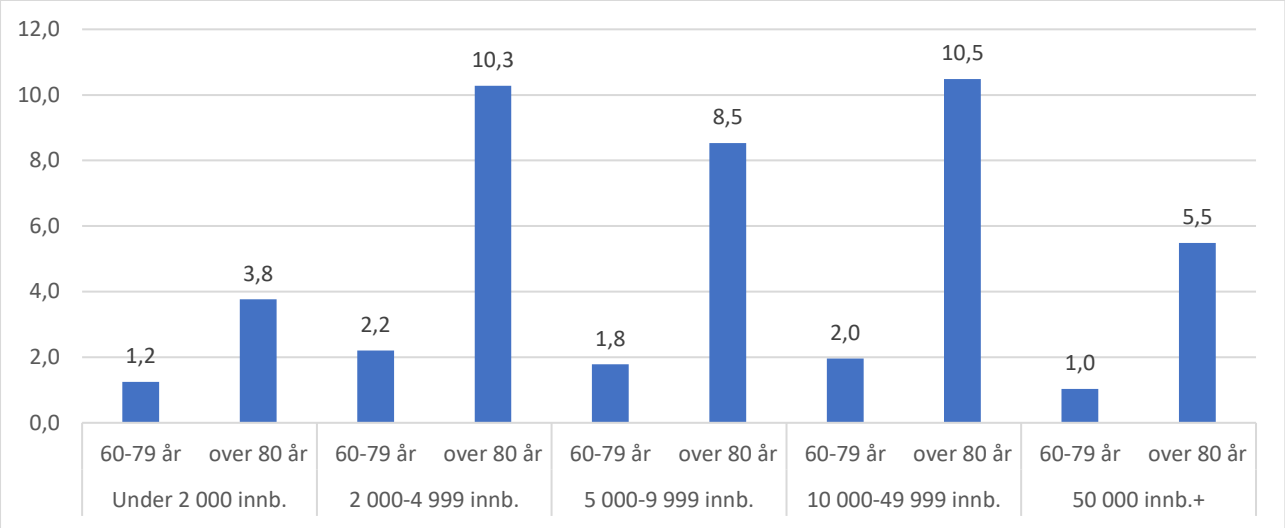
Figur 12.7 Antall tverrfaglige e-konsultasjoner hos fastlege pr. 1000 innbyggere for aldersgrupper, 2020.



**Takst 2af.*

Tverrfaglige e-konsultasjoner brukes mest i tilknytning til oppfølging av eldre innbyggere. De aller minste og de største kommunene (50 000 innbyggere +) hadde en lavere rate enn andre kommuner for slike konsultasjoner.

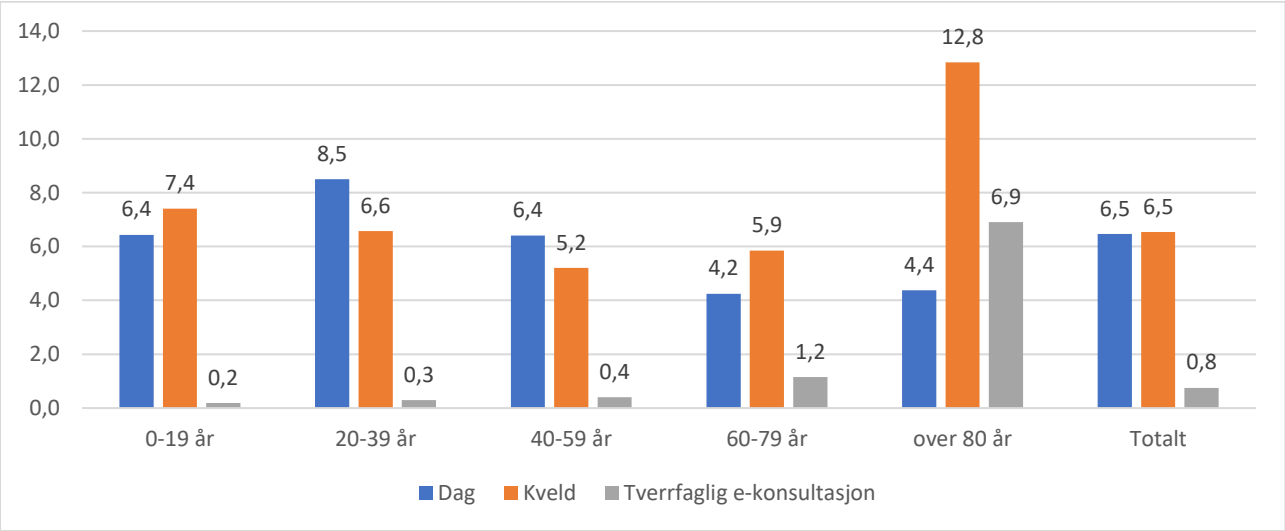
Figur 12.8 Antall tverrfaglige e-konsultasjoner pr. 1000 innbyggere for aldersgruppene 60-79 år og de over 80 år og kommunestørrelse, 2020.



12.4.2. Bruk av e-konsultasjoner ved legevaktene

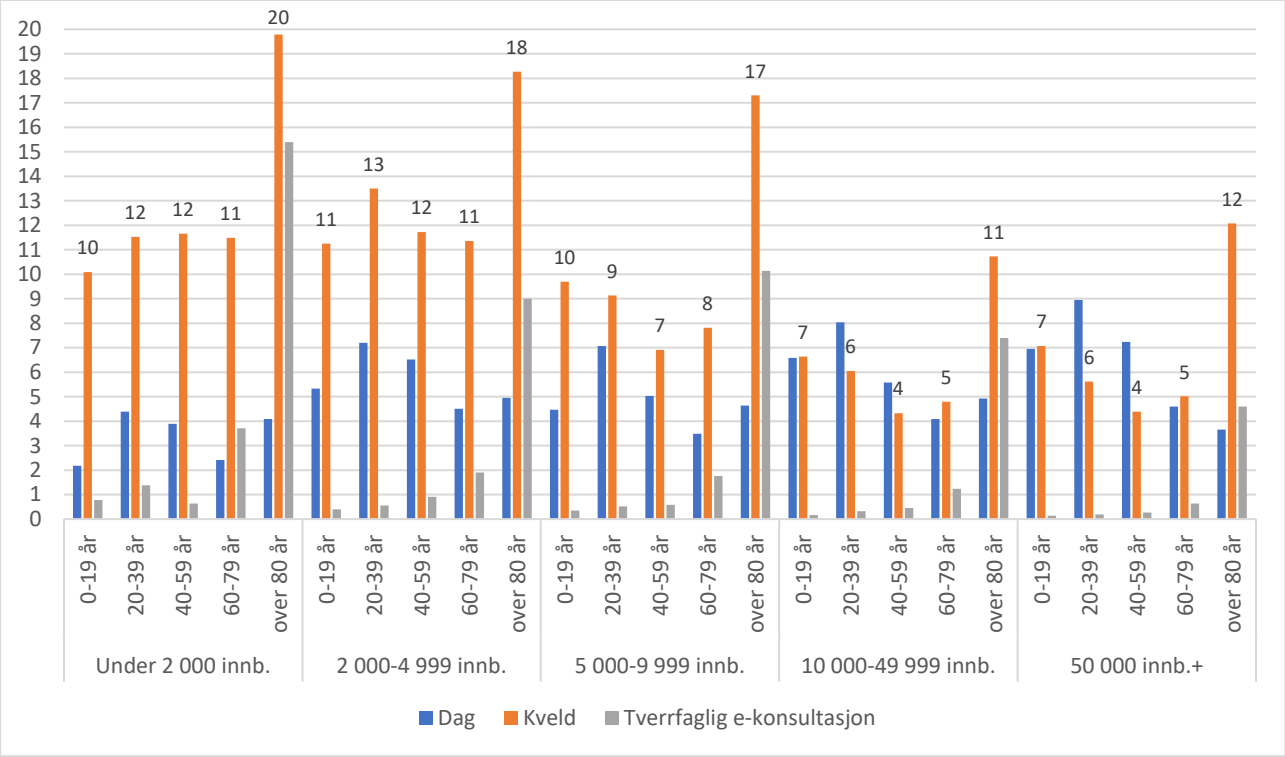
For å gjøre det lettere å gjennomføre konsultasjoner uten fysisk kontakt med pasientene under pandemien ble det fra 16.mars 2020 tillatt å bruke takst for e-konsultasjon (2ae) ved legevakt. Dette inkluderte også telefonkonsultasjoner. De eldste i befolkningen hadde i 2020 høyeste antallet e-konsultasjoner på kveld pr. 1000 innbyggere. De har også den høyeste raten for tverrfaglige e-konsultasjoner med legevakt. Innbyggere mellom 20-39 år hadde høyest antall e-konsultasjoner på dagtid, mens de to eldste aldersgruppene hadde færrest. Fordi dette er relativt nye takster, er tallene lave.

Figur 12.9 Antall e-konsultasjoner dag, e-konsultasjoner kveld samt tverrfaglige e-konsultasjoner hos legevakt pr. 1000 innbyggere for aldersgrupper, 2020.



Målt pr. innbygger er antall e-konsultasjoner (inklusive telefonkonsultasjon) med legevakt på kveld og antall tverrfaglige e-konsultasjoner synkende med kommunestørrelse. For e-konsultasjoner på dagtid ser man motsatt mønster, der bruken er mest utbredt i de største kommunene (over 10 000 innbyggere). Den totale konsultasjonsraten med legevakt var lavest i de største og de minste kommunene i 2020 (se vedlegg 3 tabell v3.9).

Figur 12.10 Antall e-konsultasjoner dag, e-konsultasjoner kveld samt tverrfaglige e-konsultasjoner hos legevakt pr. 1000 innbyggere fordelt på kommunestørrelse og aldersgrupper, 2020.

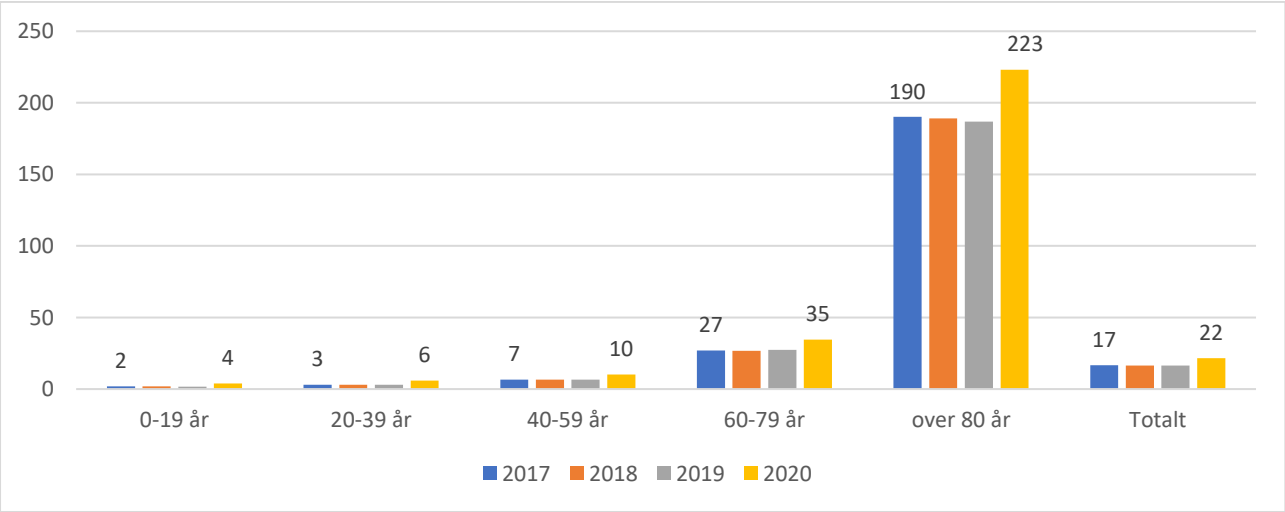


12.5. Sykebesøk av fastlege og legevakt

12.5.1. Sykebesøk av fastlege

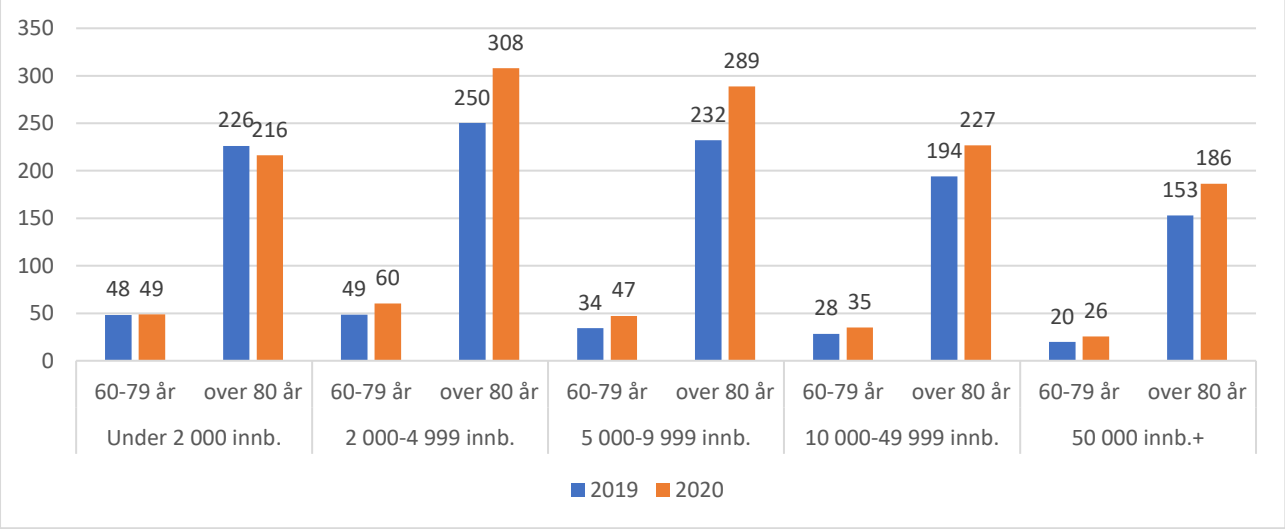
Målt pr. 1000 innbyggere var antall sykebesøk av fastlege har vært relativt stabilt fra 2017 frem til 2019. Fra 2019 til 2020 økte antall sykebesøk totalt med 31 prosent. Figuren under viser et betydelig høyere antall sykebesøk av fastlege til innbyggere over 80 år sammenlignet med øvrige aldersgrupper (pr. 1000 innbyggere). Også i absolutte tall var det flest sykebesøk til eldre.

Figur 12.11 Antall sykebesøk av fastlege pr. 1000 innbyggere for aldersgrupper, 2017-2020.



Figuren under viser at sykebesøk til eldre innbyggere varierer med kommunestørrelse. Holdes de aller minste kommunene utenfor (under 2000 innbyggere) reduseres antall sykebesøk med økt kommunestørrelse. Sammenlignet med 2019 er det en økning i antall sykebesøk av fastlege pr. 1000 innbyggere over 80 år i alle typer kommuner, unntatt i de aller minste kommunene.

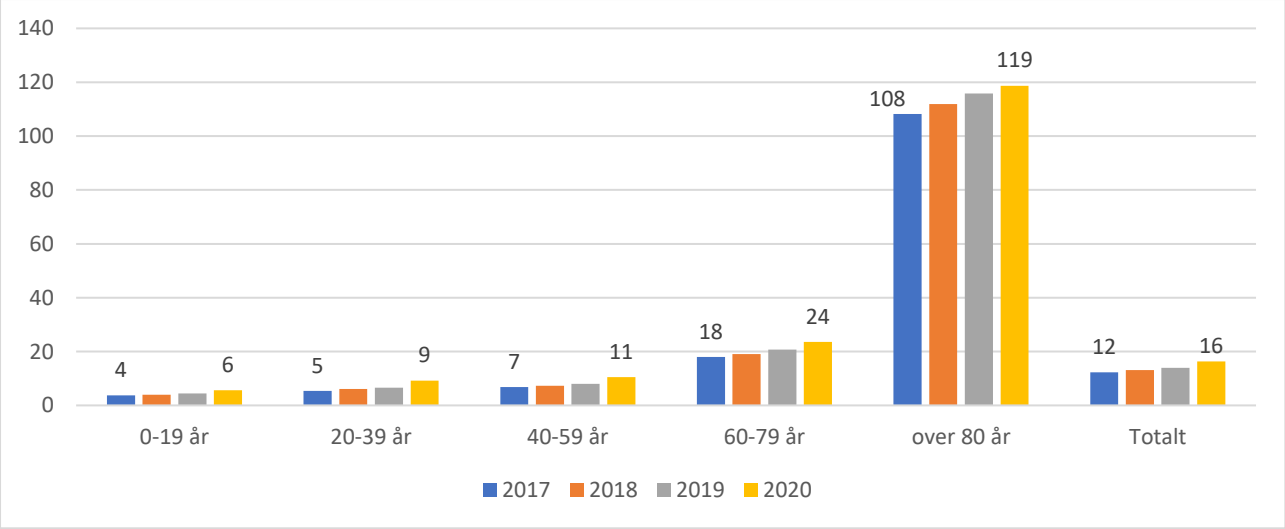
Figur 12.12 Antall sykebesøk av fastlege pr. 1000 innbyggere for aldersgruppene 60-79 år og de over 80 år og kommunestørrelse, 2019 og 2020.



12.5.2. Sykebesøk av legevakt

Målt pr. innbygger har antall sykebesøk utført av legevakt økt i perioden 2017-2020. I absolutte tall økte antallet sykebesøk med 17 prosent fra 2019 til 2020, en økning på 2 sykebesøk pr. 1000 innbygger. Figuren under viser en betydelig høyere rate for sykebesøk til de eldste innbyggerne. Dette er i henhold til tidligere rapporter som viser at sykebesøk er en type kontakt som i hovedsak tilbys eldre [99].

Figur 12.13 Antall sykebesøk av legevakt pr. 1000 innbyggere for aldersgrupper og totalt, 2017-2020

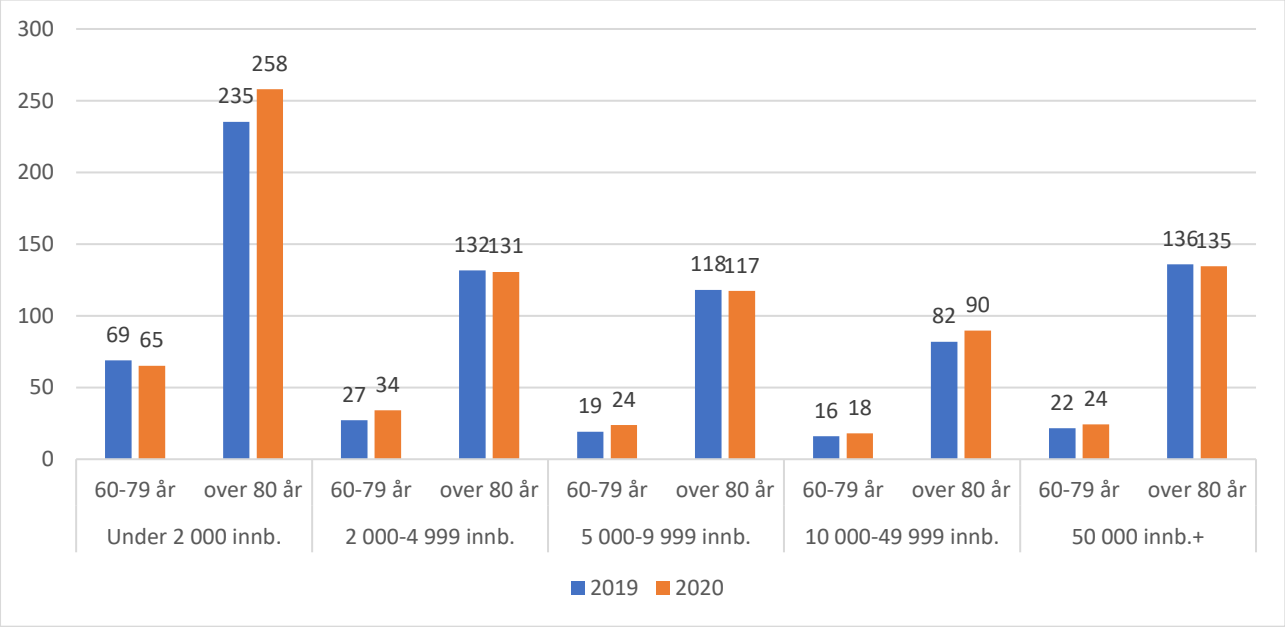


Figur 12.14 viser at raten for sykebesøk av legevakt er høyest i de aller minste kommunene for innbyggere 60 år og eldre. Samlet hadde disse kommunene 65 sykebesøk av legevakt pr. 1000 innbyggere i 2020 for de mellom 60-79 år, og 258 pr. 1000 innbyggere for de over 80 år. Sammenligner vi sykebesøk av fastlege med

[99] Årsstatistikk for legevakt 2020. Rapport nr.2-2021. NORCE.

sykebesøk av legevakt ser vi indikasjoner på størst bruk av sykebesøk fra legevakt i de minste kommunene og minst bruk av sykebesøk fra fastlege i de største kommunene.

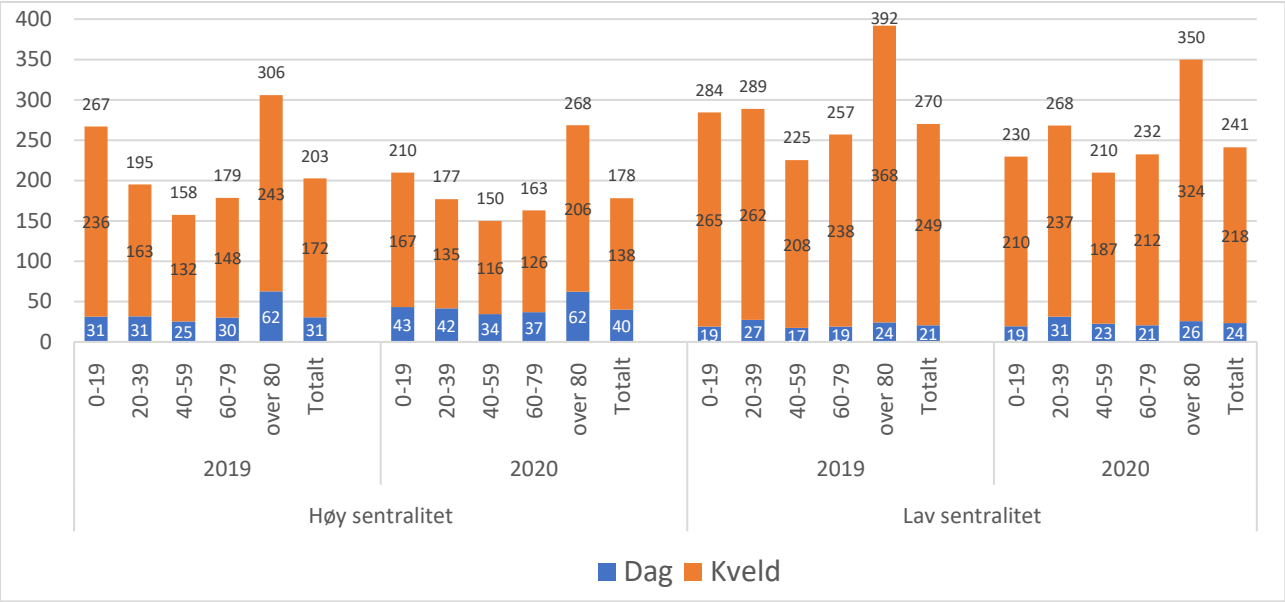
Figur 12.14 Antall sykebesøk av legevakt pr. 1000 innbyggere for aldersgruppene 60-79 år og de over 80 år og kommunestørrelse, 2019 og 2020.



12.6. Konsultasjoner hos legevakt dag versus kveld

Det gjennomføres et høyere antall konsultasjoner hos legevakt på dagtid i kommuner med høy sentralitet målt pr. innbygger. I 2020 ble det gjennomført 40 konsultasjoner pr. 1000 innbyggere på dagtid i kommuner med høy sentralitet, mot 24 i kommuner med lav sentralitet. Det har vært økt antall konsultasjoner hos legevakt på dagtid sammenlignet med 2019 for alle aldersgrupper, unntatt for de eldste i kommuner med høy sentralitet og for de yngste i kommuner med lav sentralitet. Blant disse har det ikke vært noen endring i antall konsultasjoner pr. 1000 innbyggere. Det er imidlertid fortsatt blant de eldste i sentraliserte kommuner vi finner høyest konsultasjonsrate hos legevakt på dagtid. Konsultasjonsraten for bruk av legevakt på kveld er høyest i kommuner med lav sentralitet.

Figur 12.15 Antall konsultasjoner dag og kveld hos legevakt pr. 1000 innbyggere. Kommuner med høy og lav sentralitetsindeks[100] og aldersgrupper innenfor hver av gruppene, 2019 og 2020.



I 2020 ble det gjennomført 218 konsultasjoner pr. 1000 innbyggere i gruppen av kommuner med lav sentralitet, sammenlignet med 138 konsultasjoner blant innbyggerne i kommer med høy sentralitet. Sammenlignet med 2019 har det vært en nedgang i antall konsultasjoner på kveldstid hos legevakt i kommuner med både høy og lav sentralitet, og innenfor alle aldersgrupper.

13. SAMHANDLING

En allmenntjeneste av god kvalitet er en tjeneste som jobber tverrfaglig, og som samhandler og samarbeider med øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. For brukere med omfattende behov er kontinuitet og samhandling særlig viktig. Fragmentering kan skape utfordringer med å fange opp endringer i behov. For pasienter og brukere som følges opp av et stort antall fagpersoner kan mangel på kontinuitet i oppfølging og observasjon bidra til å svekke pasientsikkerheten.

God samhandling og kontinuitet i tjenesten kan ofte være vanskelig å måle med tall. Basert på registrerte fastlegetakster som inngår i data fra KPR kan omfanget av kontakt mellom fastlegen og andre helse- og omsorgstjenester og andre instanser belyses. Samtidig sier ikke disse tallene noe om innhold og effekt av samhandlingen.

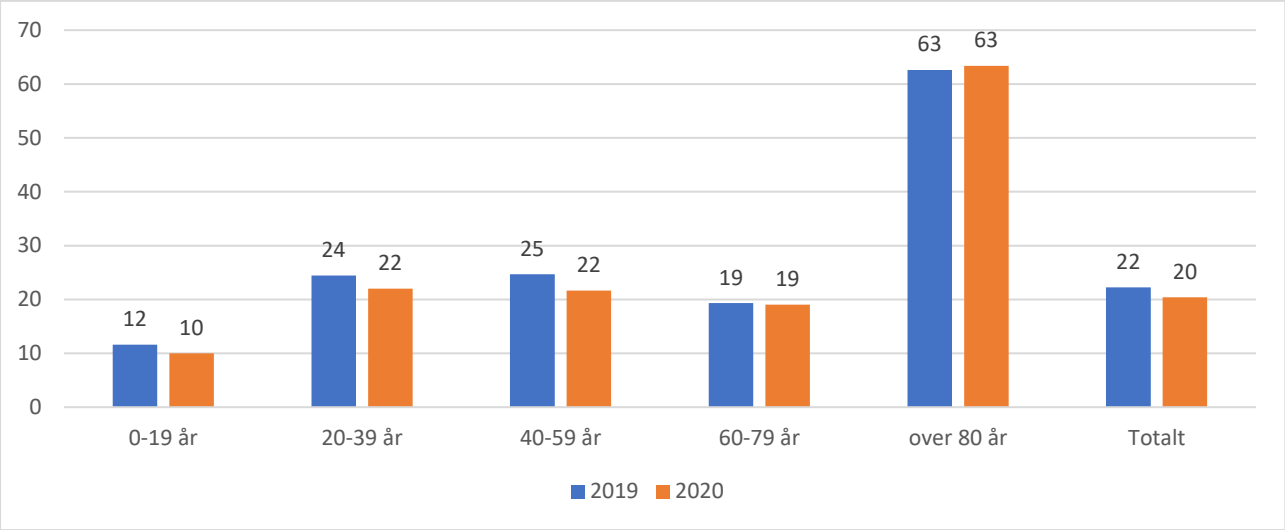
13.1. Fastlegens deltagelse i tverrfaglige samarbeidsmøter og dialogmøter

Fastlegen deltar i tverrfaglige møter som et ledd i oppfølgingen av innbyggere som er i kontakt med ulike tjenester og i mange tilfeller har behov for oppfølging over tid. Som vi ser av figuren nedenfor er antall møter målt pr. 1000 innbygger 2-3 ganger så hyppig knyttet til innbyggere over 80 år som for resten av den voksne befolkning. Tverrfaglige møter som involverer yngre listeinnbyggere er i ganske stor grad relatert til rus og psykisk helse [101]. Vi ser at omfanget av slike møter gikk litt ned i 2020 sammenlignet med 2019. Det er betydelige forskjeller i omfang av deltakelse i tverrfaglige møter i store og små kommuner. Forskjellene er så

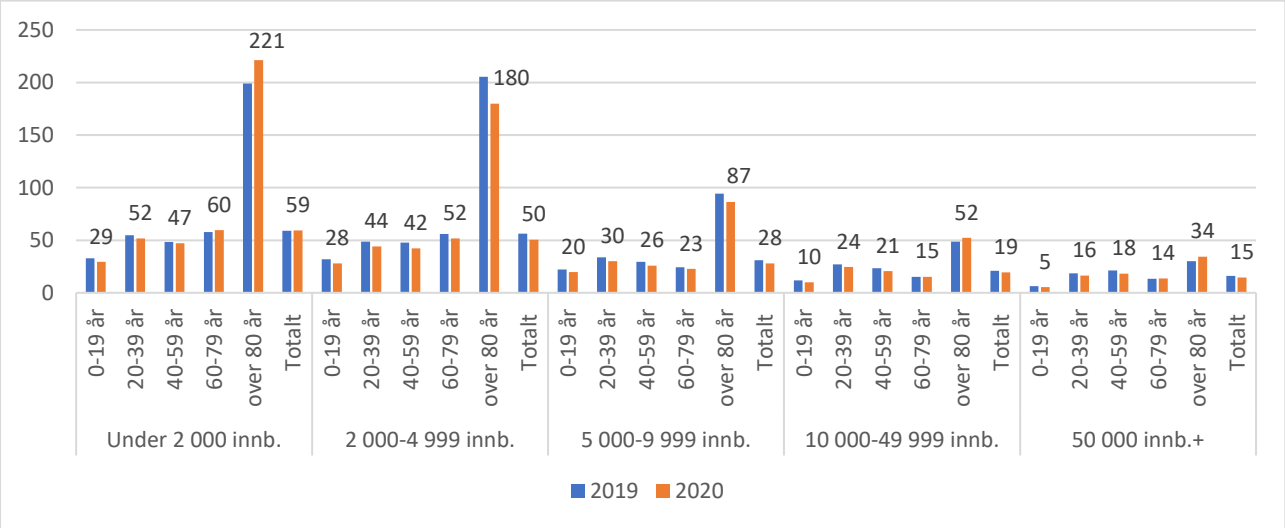
[100] Indeks 1= høy sentralitet. Indeks 6= lav sentralitet. https://www.ssb.no/klass/klassifikasjoner/128.
[101] *Listelengde og pasientenes kontakt med allmennlegetjenesten. SAMDATA kommune. Analysenotat 3/2018*.

store at de antakelig ikke kun kan forklares av behovsforskjeller. Det kan imidlertid være systematiske forskjeller i bruken av taksten mellom byer og mindre kommuner, knyttet til organisering og gjennomføring av tverrfaglige samarbeidsmøter.

Figur 13.1 Antall tverrfaglige samarbeidsmøter pr. 1000 innbyggere 2019 og 2020 for aldersgrupper og Norge totalt.

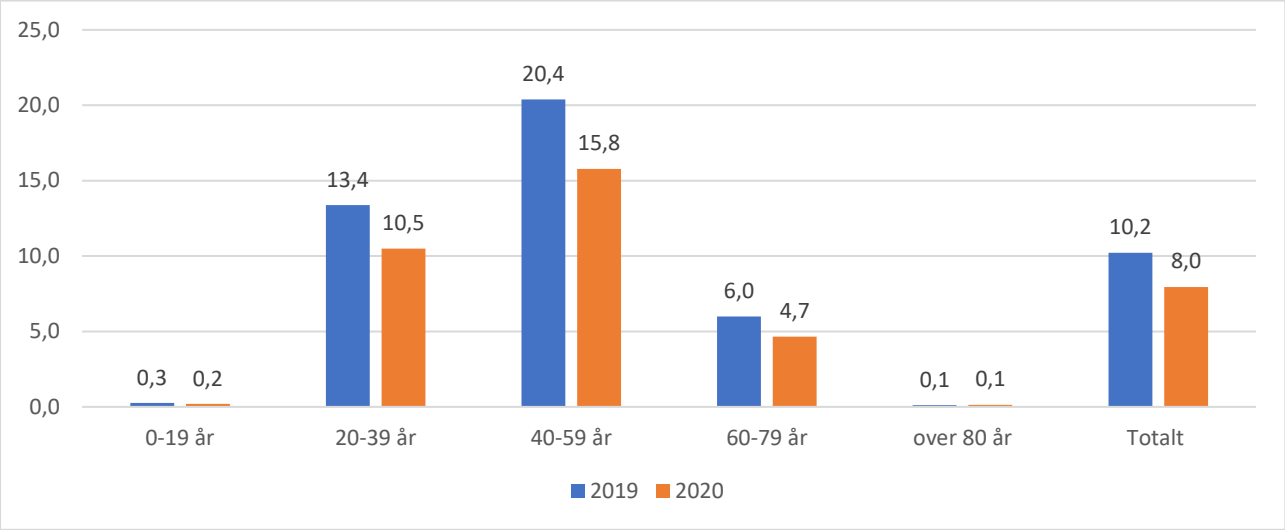


Figur 13.2 Antall tverrfaglige samarbeidsmøter pr. 1000 innbyggere for aldersgrupper og kommunestørrelse, 2019 og 2020.

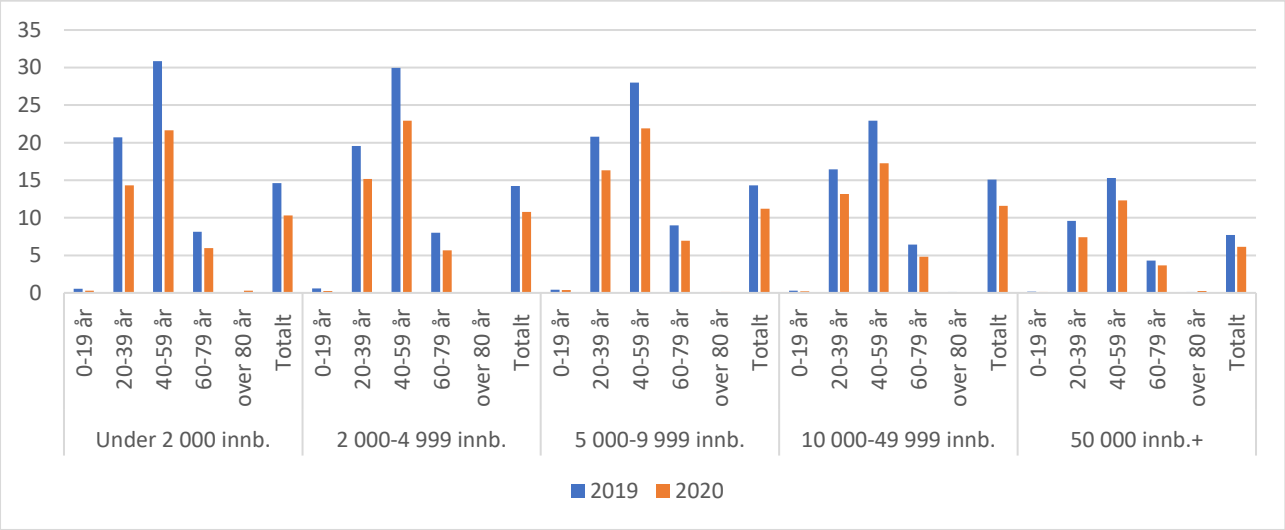


Fastlegen har også dialogmøter med NAV for å følge opp sykmelde og innbyggere som står i fare for å falle ut av skole eller arbeid. Også denne aktiviteten ble lavere i 2020. Som ventet gjenspeiler figuren under at de fleste som følges opp er i yrkesaktiv alder. Som for tverrfaglige møter er raten (pr. 1000 innbyggere) for registrert deltakelse i dialogmøter lavest i gruppen med de aller største kommunene.

Figur 13.3 Antall dialogmøter NAV pr. 1000 innbyggere 2019 og 2020 for aldersgrupper og Norge totalt.



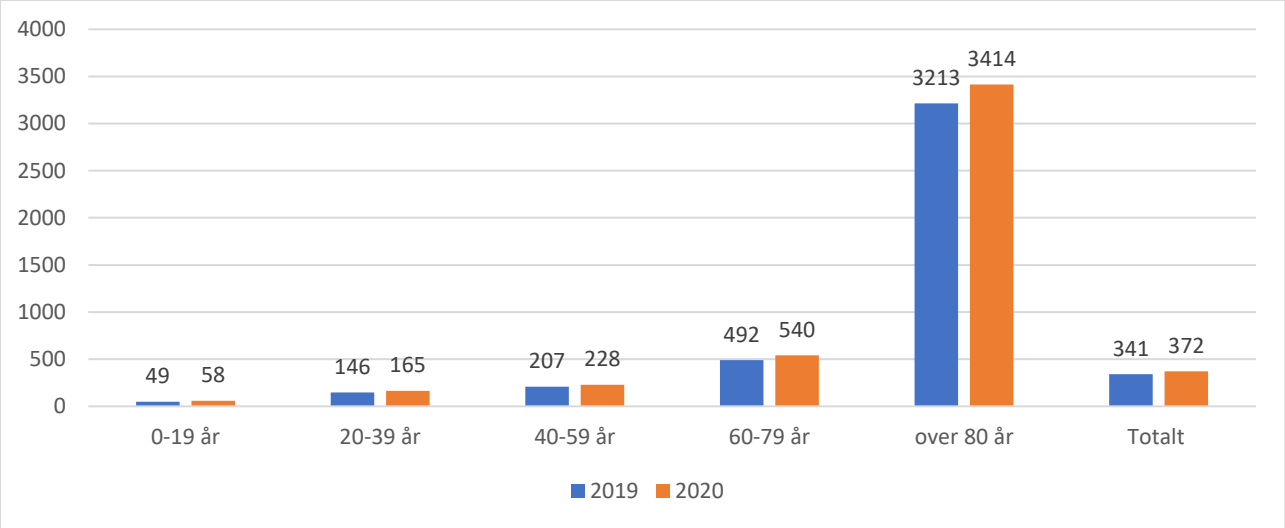
Figur 13.4 Antall dialogmøter NAV pr. 1000 innbyggere 2019 og 2020 for aldersgrupper og kommunestørrelse.



13.2. Enkel kontakt med andre instanser om pasienten

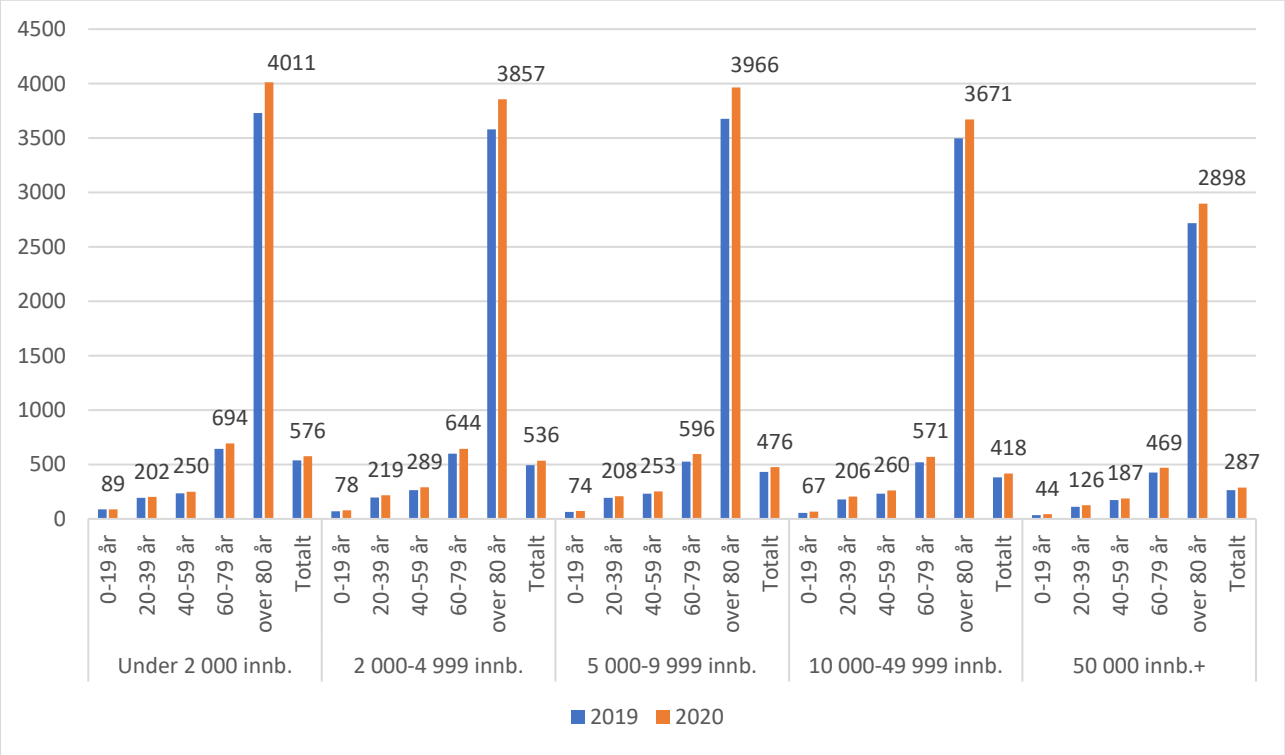
I tillegg til å delta på samarbeidsmøter har fastlegene løpende og mer kortfattet kontakt med annet helsepersonell og tjenester i kommunene. Dette kan for eksempel være kontakt for å avklare spørsmål rundt medisinering med hjemmesykepleien for eksempel etter utskriving fra sykehus eller samtale med fysioterapeut knyttet til opptrening. Denne typen kontakt er også vanligere ved oppfølging av eldre listeinnbyggere enn yngre. Det er en svak økning i denne typen kontakt fra 2019 til 2020. Fordeles ratene på kommunestørrelse er forskjellene mindre enn når vi så på dialogmøter og tverrfaglige møter, men raten er også her lavest for gruppen med kommuner over 50 000 innbyggere. Det må påpekes at det kan også være store forskjeller innad i kommunegruppene.

Figur 13.5 Antall enkle kontakter med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV pr. 1000 innbyggere for aldersgrupper og totalt Norge, 2019 og 2020.*



**Takst 1f omfatter telefonsamtale eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter med kommunal helse- og omsorgstjeneste, NAV, farmasøyt, pedagogisk personell i psykiatritjenester, skole og barnehage, fysioterapeut og kiropraktor.*

Figur 13.6 Antall enkle kontakter med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV pr. 1000 innbyggere for aldersgrupper og kommunestørrelse, 2019 og 2020.*



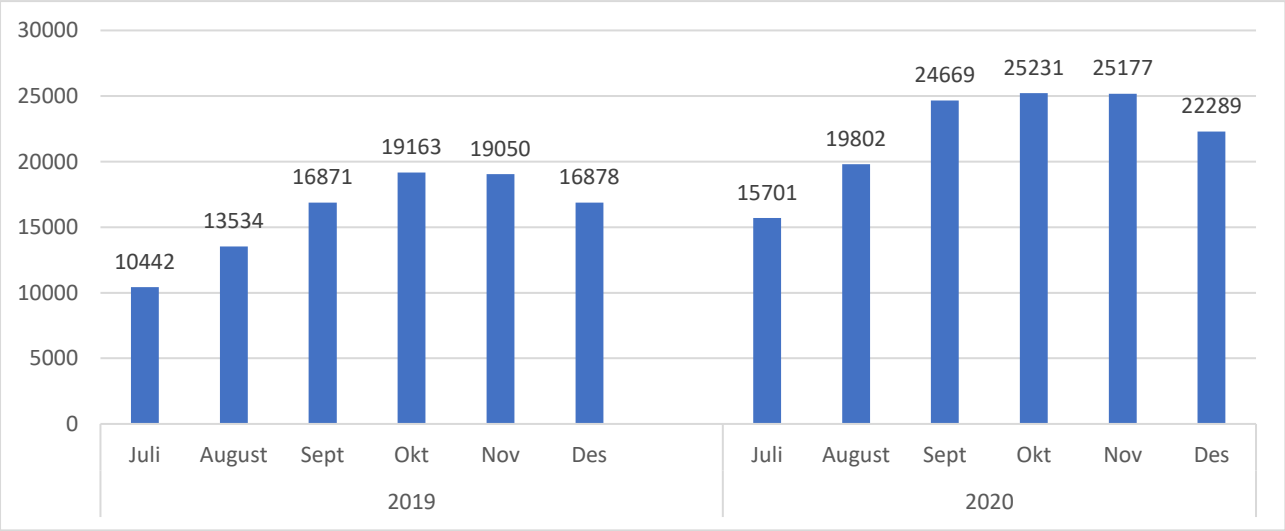
13.3. Samhandling mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten

13.3.1. Helsefellesskap

Nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023 skal gi retning og rammer for utvikling av spesialisthelsetjenesten og samarbeidet med den kommunale helse – og omsorgstjenesten. Ett av målene med planen er at pasienter, pårørende og helsepersonell skal oppleve at helse- og omsorgstjenesten gir pasienter en sammenhengende tjeneste på tvers av sykehus og kommuner. Det er etablert 19 helsefellesskap mellom kommuner og sykehus med utgangspunkt i helseforetaksområdene. I helsefellesskapene skal fastleger, kommuner og helseforetak være representert. Helsefelleskapene skal sikre bedre felles planlegging og utvikling av tjenestene. Arbeidsdelingen i helsefellesskapene skal være slik at fastleger skal inngå i politisk og administrativ toppledelse i kommuner og helsefellesskap, administrativ og faglig ledelse i kommuner og helsefellesskap samt i faglig samarbeidsutvalg.

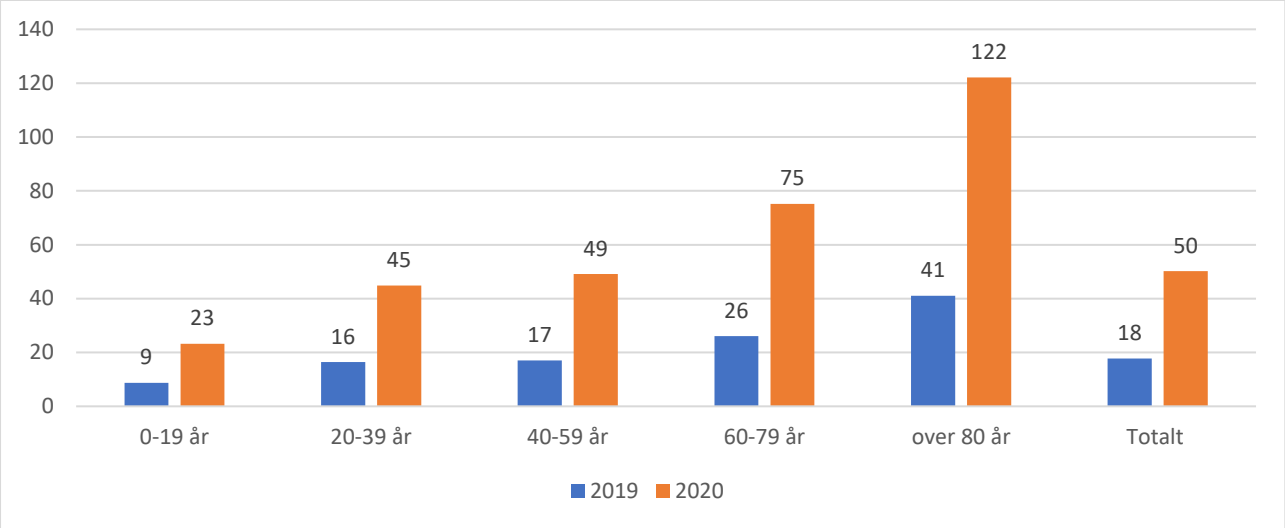
Fra 1. juli 2019 ble det innført en ny takst (1j) for kontakt mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten. Denne skal dekke nødvendig dialog mellom fastlegen eller stedfortreder og lege i spesialisthelsetjenesten. Taksten kan ikke kreves for elektronisk oversendelse av henvisning eller epikrise, og kan heller ikke kombineres med takst for konsultasjon. Tallene sier noe om bruken av denne typen kontakt, ikke noe om innhold eller effekt. Figuren nedenfor viser at bruken av taksten har økt, og samlet sett var taksten utløst 38 prosent flere ganger i perioden juli til desember 2020 sammenlignet med samme periode i 2019. I 2020 ble taksten registrert over 270 000 ganger.

Figur 13.7 Antall registrerte enkle kontakter mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste juli til desember 2019 og 2020.

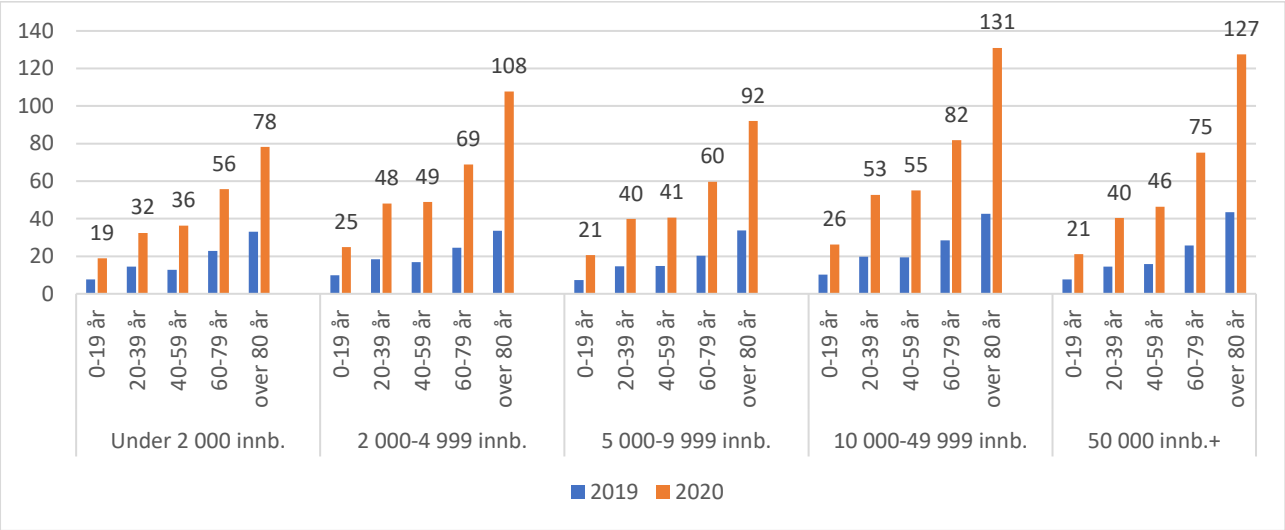


I figur 13.8 er det beregnet antall kontakter pr. 1000 innbyggere etter aldersgrupper basert på denne taksten. Ikke uventet gjenspeiler kontakten med spesialisthelsetjenesten at behovet for dialog mellom tjenestenivåene øker med alder. Raten i 2020 var lavest for gruppen med de minste kommunene og høyere i kommuner med over 10 000 innbyggere (se fig 13.9). Men det kan være variasjon innad i hver av kommunegruppene.

Figur 13.8 Kontakter mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste (antall kontakter pr. 1000 innbyggere) for aldersgrupper og Norge totalt, 2020.



Figur 13.9 Kontakter mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste (pr. 1000 innbyggere) for aldersgrupper og kommunestørrelse,2020.*



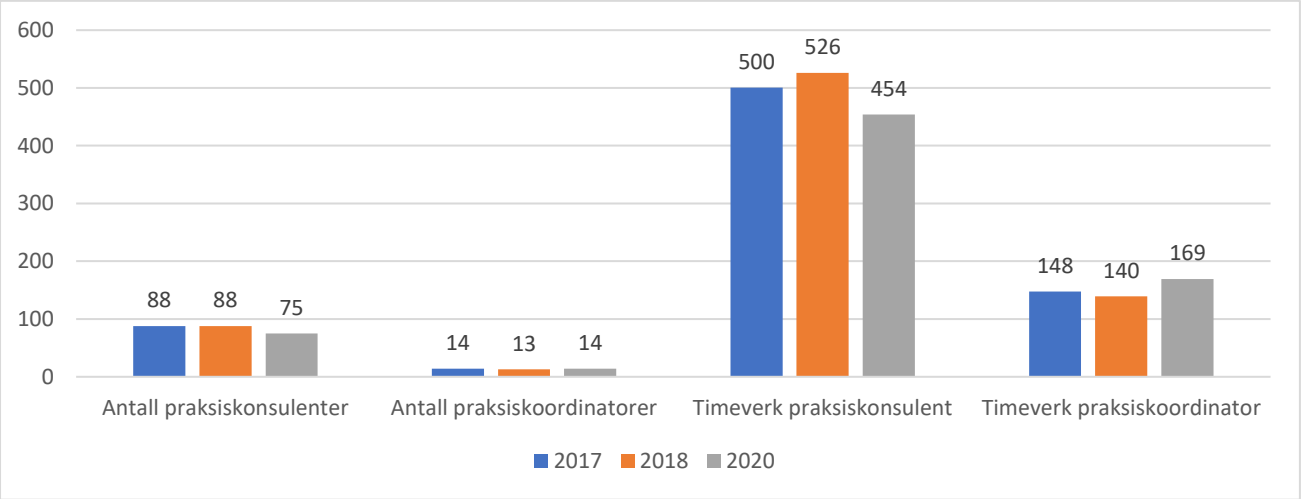
**Takst 1j.*

13.3.2. Praksiskonsulentordningen

Praksiskonsulentordningens overordnede mål er å bedre samhandlingen mellom fastleger og sykehus. En praksiskonsultentavtale legger grunnlag for inngåelse av avtaler med allmennleger om å arbeide deltid ved sykehuset som konsulent eller ansatt, for å fremme samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og sykehus. Det finnes både praksiskoordinatorer og praksiskonsulenter. En praksiskoordinator har ansvaret for praksiskonsulentordningen for helseforetaket. Praksiskoordinatoren kan ha ansvar for flere enheter innen samme helseforetak, og er knyttet til ledelsen i helseforetaket og rapporterer til denne. Praksiskonsulenten er tilknyttet helseforetaket og underlagt praksiskoordinators ledelse. Praksiskonsulenten skal arbeide på overordnet systemnivå og bidra i avdelingens arbeid med utviklingen av samhandling mellom primærhelsetjenesten og helseforetaket.

Tall innrapportert til SSB viser at det har vært en nedgang i antall leger som er ansatt som praksiskonsulent og samlet timeverk pr. uke brukt til dette arbeidet. I 2020 var 75 leger ansatt som praksiskonsulent, sammenlignet med 88 leger i 2018 og 2017.

Figur 13.10 Antall leger ansatt som praksiskonsulent og praksiskoordinator, og timeverk pr. uke som dette. 2017-2020



Legene jobbet i 2020 til sammen 454,25 timeverk i uken som praksiskonsulent, en nedgang fra 526,25 timeverk fra 2018. 14 leger var ansatt som praksiskoordinator i 2020. Dette er tilsvarende som i 2017 og én mer enn i 2018. Antall timeverk pr. uke som praksiskoordinator var 169,42 i 2020, om lag 30 flere timeverk enn i 2018.

De fleste av timeverkene som praksiskonsulent er utført av leger uten fast ansettelse i helseforetaket. I 2020 var kun 37,5 av timeverkene pr. uke utført av leger med fast ansettelse. Dette tilsvarer 8 prosent av timeverkene. Til sammenligning ble 111,5 timeverk i 2018 utført av fast ansatte, noe som tilsvarer 21 prosent av timeverkene. I 2020 ble 71,25 av timeverkene pr. uke som praksiskoordinator utført av leger som var fast ansatt i helseforetaket, noe som tilsvarer 42 prosent av timeverkene totalt. Dette er en høyere andel enn tidligere. I 2018 ble 35 prosent (48,75 timeverk) utført av fast ansatte leger. Selv om det har vært en økning i andelen timeverk som praksiskoordinator utført av fast ansatte er hovedvekten også i 2020 utført av leger uten fast ansettelse (ca. 6 av 10).

Antall ansatte og timeverk som praksiskonsulent og praksiskoordinator i ulike helseforetak

Det har vært en nedgang i antall leger som er praksiskonsulent og tilhørende timeverk i alle helseforetakene bortsett fra Helse Vest. I Helse Vest er det flere leger og timeverk knyttet til arbeid som praksiskonsulent i 2020 enn i 2018. Samlet timeverk er her omtrent som i 2017.

Tabell 13.1: Antall ansatte leger og sykepleiere og timeverk pr. uke som praksiskonsulent fordelt på helseforetak.

	Leger						**Sykepleiere**					
	Antall			Antall timeverk i uken			Antall			Antall timeverk i uken		
	2017	2018	2020	2017	2018	2020	2017	2018	2020	2017	2018	2020
Helse Sør-Øst	48	52	45	286	343	280	1	1	2	7,5	7,5	23,5
Helse Vest	22	17	20	101,6	68,5	101,5	1	1	1	7,5	7,5	7,5
Helse Midt	9	9	5	63,8	63,8	46,3	0	0	0	0	0	0
Helse Nord	9	10	5	49	51	26,5	1	1	1	7,5	7,5	7,5
Totalt	88	88	75	500,3	526,3	454,3	3	3	4	22,5	22,5	38,5

Blant sykepleierne var 4 ansatt i praksiskonsulentordningen i 2020, med til sammen 38,5 timeverk pr. uke. Dette er én mer og 16 flere timeverk i uken enn i 2018. Det er Helse Sør-Øst som står for denne økningen, mens tallene for øvrige helseforetak er uendret i perioden 2017-2020. Økningen i antall timeverk som praksiskoordinator blant leger har først og fremst skjedd i Helse Sør-Øst, som gikk fra om lag 121 timeverk i 2018 til 149 timeverk i 2020. I Helse Midt har ingen leger vært ansatt som praksiskoordinator i perioden 2017-2020. Dette gjelder også for Helse Nord i 2020 og 2018.

Tabell 13.2: Antall ansatte leger og sykepleiere og timeverk pr. uke som praksiskoordinator. 2017-2020

	Leger						**Sykepleiere**					
	Antall			Antall timeverk i uken			Antall			Antall timeverk i uken		
	2017	2018	2020	2017	2018	2020	2017	2018	2020	2017	2018	2020
Helse Sør-Øst	10	11	11	116,5	120,8	149	0	0	0	0	0	0
Helse Vest	3	2	3	23,5	18,8	20,4	1	1	1	1	1	3,75
Helse Midt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Helse Nord	1	0	0	7,5	0	0	0	0	0	0	0	0
Totalt	14	13	14	147,5	139,5	169,42	1	1	1	1	1	3,75

Av sykepleiere har det kun vært én ansatt som praksiskoordinator i perioden 2017-2020. Dette gjelder i Helse Vest. Antall timeverk i perioden har imidlertid økt litt fra 1 i 2017 og 2018 til 3,75 i 2020.

14. LEGEMIDDELGJENNOMGANG OG ÅRLIG UNDERSØKELSE

En allmennlegetjeneste av god kvalitet er en tjeneste som er utformet slik at det er tid og rom til å møte behovene til alle, også de med omfattende behov. Nedenfor gis det eksempler på utviklingen i registrering av noen utvalgte takster. Disse takstene angir at legen følger opp utvalgte grupper som antas å ha langvarige oppfølgingsbehov. Det gjøres oppmerksom på at tallene ikke nødvendigvis viser endringer i reelt antall gjennomførte legemiddelgjennomganger og årlige undersøkelser, da bruken og kjennskapen til takstene antakelig har endret seg over tid [102], og formålet er å se om bruken av takstene øker. Vi må også ta i betraktning mulige konsekvenser pandemien har hatt på aktiviteten.

14.1. Legemiddelgjennomgang

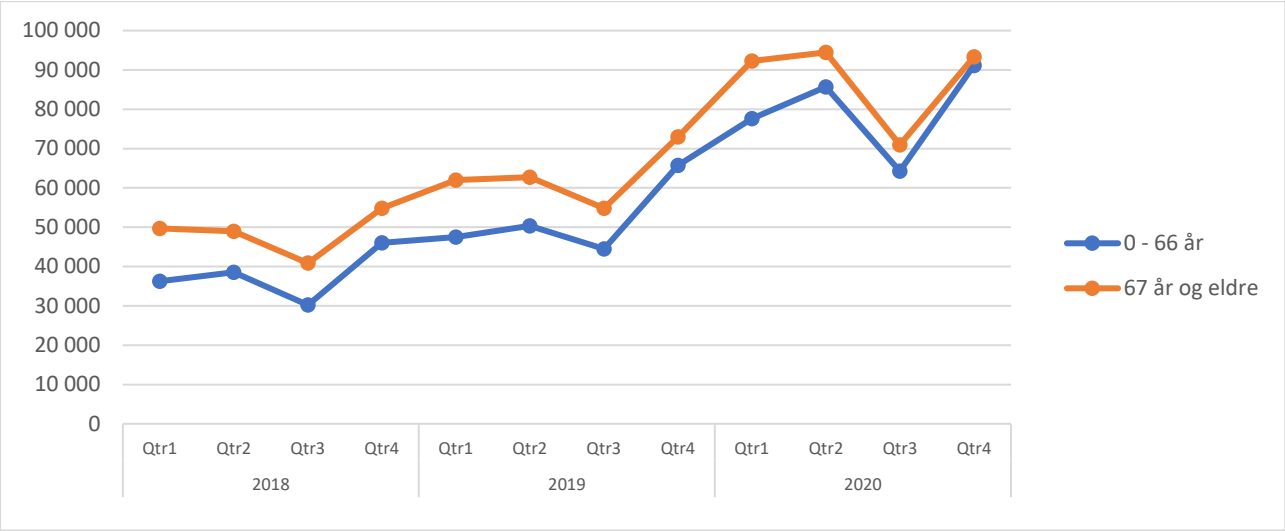
Legemiddelgjennomgang (takstkode 2ld) er en systematisk fremgangsmåte for å kvalitetssikre den enkelte pasients legemiddelbruk. Legemiddelgjennomgang hos fastlege kan gjøres for innbyggere med behov for langvarig behandling med fire legemidler eller mer når fastlegen vurdere at dette er nødvendig. Taksten kan benyttes inntil 3 ganger pr. kalenderår pr. pasient.

Tallene nedenfor viser at antallet registrerte legemiddelgjennomganger utført av fastlegen har økt hvert år fra 2018 både for aldersgruppene under og over 66 år. Nasjonalt økte antall registrerte legemiddelgjennomganger med 33 prosent fra 2018 til 2019 og med 45 prosent fra 2019 til 2020. På tross av at det ble registrert flest

[102] *De er både fagfolk og pårørende, men har aldri hørt om takst 660 - Nyheter, Primærhelsetjeneste, Psykisk helse - Dagens Medisin.*

legemiddelgjennomganger for den eldste aldersgruppe, var den prosentvise økning imidlertid høyest i den yngste aldersgruppe mellom både fra 2018 til 2019 og fra 2019 til 2020.

Figur 14.1 Antallet av legemiddelgjennomganger i Norge pr. kvartal og år vist i to aldersgrupper*

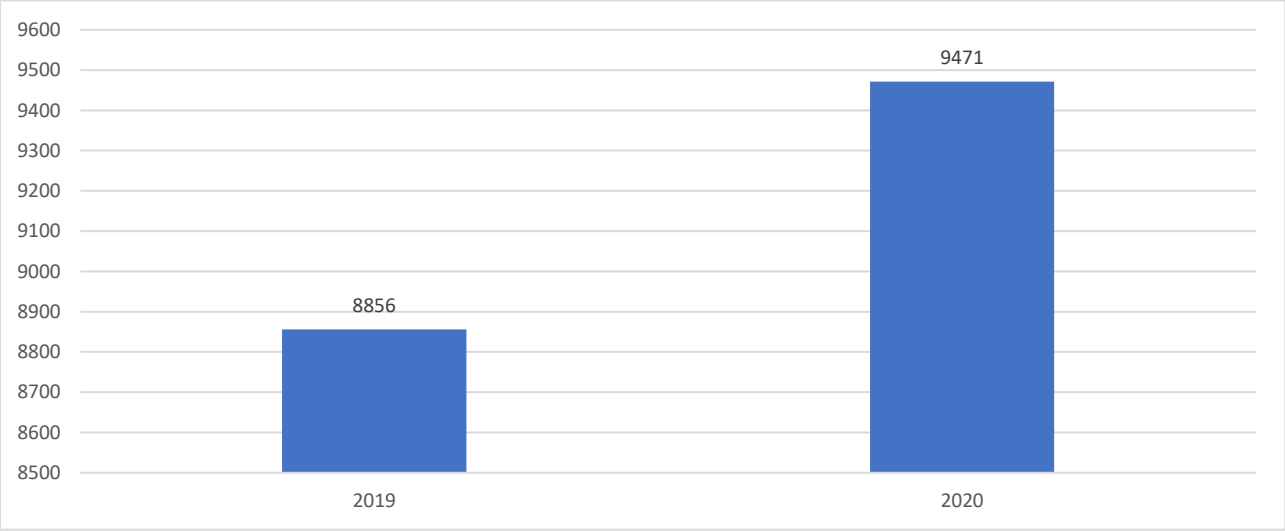


14.2. Årlig fullstendig undersøkelse

Takstkode 660 dekker merarbeid ved årlig, fullstendig undersøkelse av utviklingshemmede, demente og pasienter med kroniske psykoser som behandles med psykofarmaka med behov for tverrfaglig oppfølging. Undersøkelsen skal omfatte forhold av sosial, kognitiv og sansemessig karakter og kan benyttes inntil en gang pr. kalenderår pr. pasient.

Totalt sett økte bruken av takstkode 660 fra 2019 til 2020 med 7 prosent.

Figur 14.2 Antall årlige fullstendige undersøkelser av utviklingshemmede, personer med demens og personer med kroniske psykoser som behandles med psykofarmaka med behov for tverrfaglig oppfølging, 2019 og 2020.



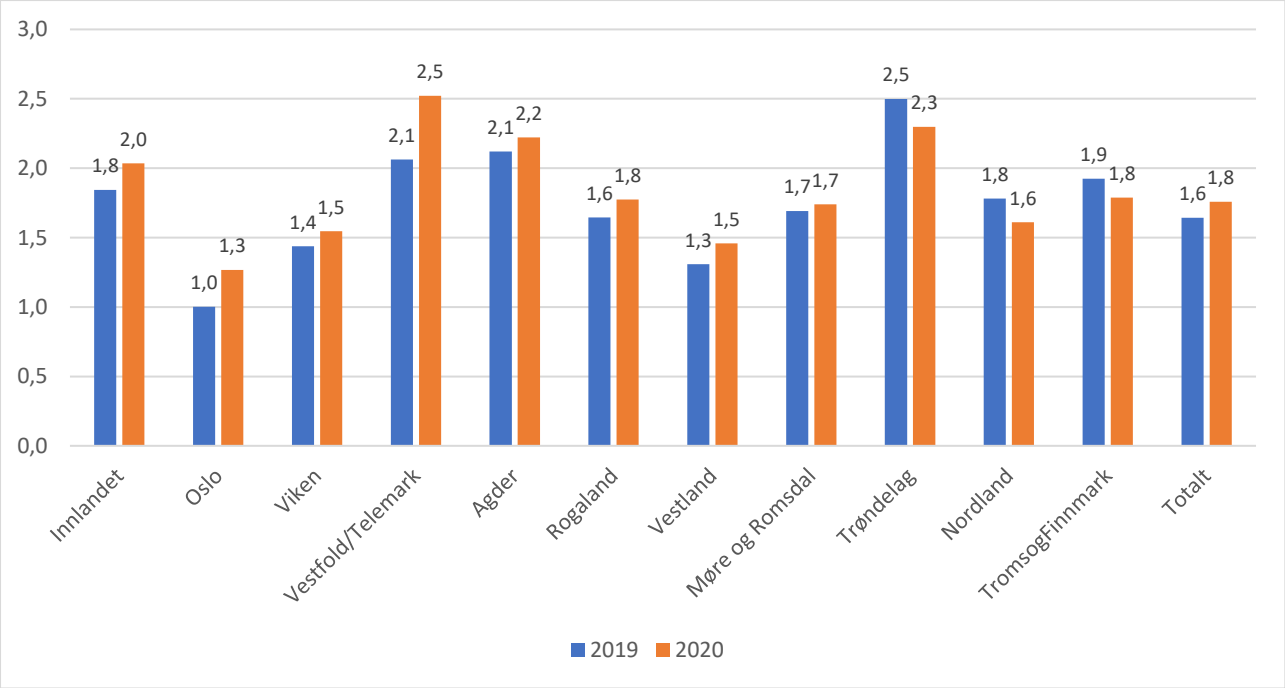
Bruken av takstkode 660 har økt både i antall (Tabell 14.1) og målt pr. innbygger (Figur 14.3) i 7 av 11 fylker, med høyest økning i Oslo og Vestfold og Telemark. I Troms og Finnmark, Trøndelag og Nordland var taksten mindre brukt i 2020 sammenlignet med 2019, både i antall og målt pr. innbygger. Georgafisk variasjon i

registrerte undersøkelser kan være på grunn av ulikheter i antall med behov for dette i befolkningen, men det kan også skydles ulik registreringspraksis.

Tabell 14.1. Antall årlige fullstendige undersøkelser av utviklingshemmede, personer med demens og personer med kroniske psykoser som behandles med psykofarmaka med behov for tverrfaglig oppfølging. 2019 og 2020.

	2019	2020	Endring
Innlandet	683	754	+10 %
Oslo	698	883	+27 %
Viken	1800	1936	+8 %
Vestfold og Telemark	870	1064	+22 %
Agder	655	686	+5%
Rogaland	794	857	+8%
Vestland	836	932	+11%
Møre og Romsdal	449	462	+3%
Trøndelag	1177	1083	-8%
Nordland	428	387	-10%
Troms og Finnmark	466	433	-7%
Totalt	8856	9477	+7%

Figur 14.3. Antall årlige fullstendige undersøkelser av utviklingshemmede, personer med demens og personer med kroniske psykoser som behandles med psykofarmaka med behov for tverrfaglig oppfølging pr. 1000 innbyggere pr. fylke og Norge totalt. 2019 og 2020.



DEL 3: FRAMTIDEN ER TEAMBASERT

15. BESKRIVELSE, HOVEDFUNN OG VURDERINGER

15.1. Beskrivelse av målområdet

Overordnet er målet er å skape et bredere og mer sammenhengende helse- og omsorgstilbud til innbyggerne.

Et teambasert fastlegekontor skal ha handlingsrom for god styring og ledelse. For å møte morgendagens utfordringer, er det nødvendig at legene arbeidsdeler mer og samarbeider mer med andre om oppgavene til det beste for innbyggerne. Det skal legges til rette for en faglig riktig og god oppgaveløsning, og arbeidsdeling mellom leger og annet personell på legekontoret. Tjenesten skal særlig settes bedre i stand til å møte brukere med kronisk sykdom og sammensatte behov. For disse brukerne er det viktig med en allmennlegetjeneste der ulike faggrupper samarbeider godt og utnytter potensialet som ligger i deres komplementære kompetanse for å møte brukernes helseutfordringer og behov. Dette er også en viktig lederoppgave for allmennlegene i en teambasert virksomhet.

Handlingsplanen skal legge til rette for og bidra til at teamet på fastlegekontoret samhandler mer med andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og med spesialisthelsetjenesten. En allmennlegetjeneste som er bedre integrert i den øvrige helse- og omsorgstjenesten forventes å gi kvalitativt gode tjenester og et spennende fagmiljø.

Ny teknologi har over tid gitt stadig nye muligheter knyttet til arbeidet på fastlegekontoret, i samhandling med andre tjenester og i kontakten med pasienter. I tillegg gir ny teknologi stadig flere muligheter for pasientene til å selv bidra til bedring og mestring av egen sykdom, noe som også kan lette fastlegens arbeidshverdag.

Fem av handlingsplanens 17 tiltak er knyttet til målområdet:

- Tiltak 13: Skape en teambasert fastlegeordning
- Tiltak 14: Utrede gruppeavtaler for fastlegekontor
- Tiltak 15: Regjeringen vil legge til rette for bruk av nye arbeidsverktøy
- Tiltak 16: Øke bruken av e-konsultasjon
- Tiltak 17: Gi flere leger mulighet for lederutdanning

Tiltakene skal bidra til at allmennlegetjenesten blir mer teambasert. Det er skissert fire effektmål for målområdet:

- Mer teambasert arbeid og tverrfaglighet
- Tettere integrasjon og samarbeid med andre deler av helsetjenesten, kommunale omsorgstjenester og øvrige sektorer
- Velfungerende digitale plattformer, og verktøy i kommunikasjon og pasientoppfølging
- Tilstedeværende og tydelig ledelse av fastlegekontoret

I de følgende kapitlene gjøres det rede for status for arbeid med tiltakene under dette målområdet og det presenteres et utvalg tilgjengelig statistikk.

15.2. Hovedfunn og vurderinger

Teambasert arbeid og tverrfaglighet i allmennlegetjenesten

I omtalen av allmennlegetjenesten inngår både fastlegetjenesten og den øvrige kommunale legetjenesten. Legeårsverk utgjør i underkant av halvparten av de avtalte årsverkene i allmennlegetjenesten.
De siste års utvikling i årsverk har medført at sykepleiere nå utfører en større andel av årsverkene i allmennlegetjenesten enn personer med helsesekretærutdanning, som til og med 2019 var den nest største yrkesgruppen. En mulig årsak kan være at oppgaver som tradisjonelt utføres av helsesekretærer, som timebestilling og andre henvendelser, delvis er digitalisert. Det er tydelig variasjon mellom ulike kommuner hva gjelder andel annet personell i allmennlegetjenesten. Det er i de mest sentrale kommunene at legene står for størst andel av årsverkene, og legeandelen faller med synkende sentralitet, men dette kan også tolkes som høyere grad av tverrfaglighet i mindre sentrale kommuner.[103]

Når det gjelder organisering av fastlegekontor fortsetter utviklingen i retning av mindre andel solopraksiser, og økende antall og andel større praksiser. Også antall fastlegekontor med felleslister er redusert.

Sammensetningen av årsverk i allmennlegetjenesten og organisering av fastlegekontorene kan si noe om utviklingen i teambasert arbeid og tverrfaglighet. Det vil også være ulikheter i graden av tverrfaglighet knyttet til fastlegeordningen og andre kommunale allmennlegetjenester. Statistikken vil ikke alene gi et godt grunnlag for vurdering av måloppnåelse. I det videre vil det være relevant å følge med på piloten knyttet til primærhelseteam. Statusrapportene fra evalueringen av piloten har vist tydelige positive effekter av primærhelseteam, men det er fortsatt for tidlig å konkludere entydig. Sluttrapport fra evalueringen leveres ved utgangen av 2021.

Bruk av digitale verktøy

Det skjer en kontinuerlig utvikling i allmennlegenes bruk av digitale plattformer og verktøy i kommunikasjon og pasientoppfølging. Bruken av e-konsultasjon har økt betydelig. Denne økende bruken vil også aktualisere bruk av andre verktøy. I det videre vil det være spesielt viktig å følge med på igangsatte piloter, herunder digital hjemmeoppfølging og utprøving av verktøy for forebyggende risikokartlegging i strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam i kommunen. Viktig blir det også å følge med på utprøvingen av digitalt triageringsverktøy som starter opp i 2021, herunder hvordan økt bruk av e-konsultasjon påvirker tilbud og etterspørsel etter allmennlegetjenester.

Ledelse av legekontor

17 fastleger fra pilot primærhelseteam har gjennomført nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. Evalueringen av Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten peker på flere positive endringer hos deltakerne. Det lave antall fastleger som har gjennomført utdanningen så langt vil trolig ha liten effekt nasjonalt i forhold til tydelig og tilstedeværende ledelse av fastlegekontorene. Den nye nettbaserte lederutdanningen for allmennleger, kan fungere som et forkurs og stimulere allmennleger til å gå videre med lederutdanning. Gjennom planperioden vil det derfor være viktig å følge med deltakelse i Nasjonal lederutdanning i primærhelsetjenesten og Nettbasert lederutdanning for allmennleger i forhold til effekter og måloppnåelse.

---

[103] *Helsedirektoratet har ikke undersøkt årsaker til denne forskjellen mellom store og små kommuner. Rapport fra Helse Nord RHF (2019) Fastlegetjenesten i Nord-Norge - status utfordringer og forslag til tiltak peker på at det (med unntak av helsesekretærer) er mer uvanlig med annet helsepersonell enn lege ansatt ved legekontor i de større kommunene. Rapporten mener det henger sammen med at hovedmodellen for drift av legetjenester, gjør det økonomisk lite attraktivt å ansette annet personell. Her viser rapporten til Anders Grimsmo og Jon Magnussen: Norsk samhandlingsreform i internasjonalt perspektiv. Oppdragsgiver EVASAM – Norges Forskningsråd, 2015.*

16. ANNET HELSEPERSONELL ENN LEGER I ALLMENNLEGETJENESTEN

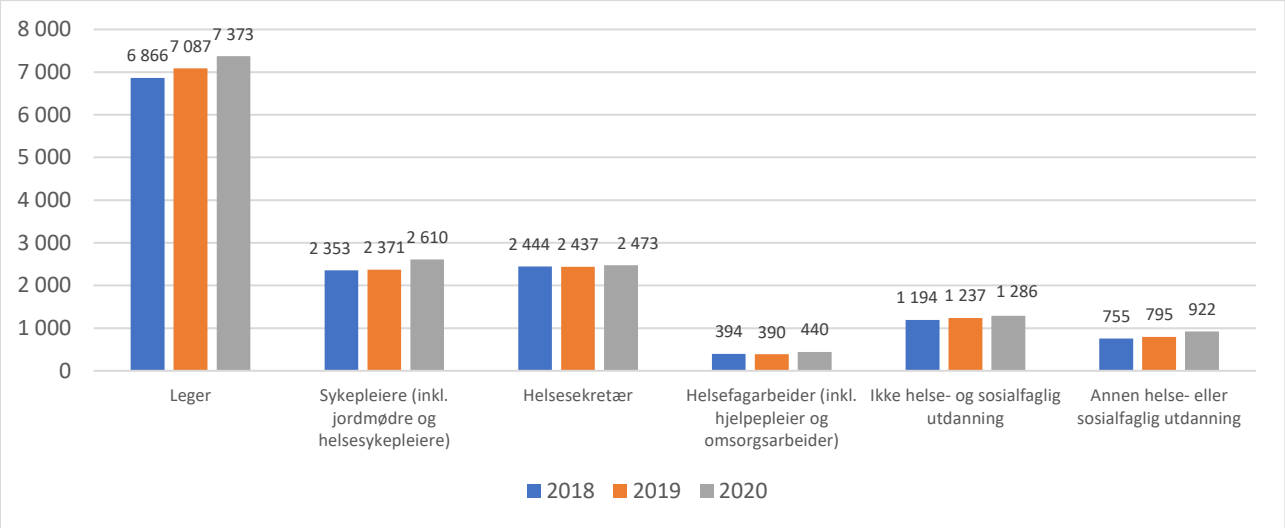
16.1. Avtalte årsverk for leger og annet helsepersonell i allmennlegetjenesten

Informasjon om annet personell enn leger registreres ikke i FLO, med unntak av sykepleiere i praksiser som deltar i forsøket med primærhelseteam.

SSB fører registerbasert statistikk for ansatte i næringen *allmennlegetjeneste*. Næringen dekker bredere enn fastlegeordningen, og omfatter også kommunal legevakt, medisinske sentre og private aktører innen allmennlegetjenester som ikke er en del av fastlegeordningen (eksempelvis Dr. Dropin og allmennpraksis hos Volvat og Aleris). Denne statistikken omfatter altså mer enn KOSTRA-statistikken i kapittel 2, som ikke omfatter legevakt og kun inkluderer kommunalt finansierte leger.

Figuren viser at det har vært en økning i avtalte årsverk i allmennlegetjenesten i perioden 2018 til 2020, både for leger og andre yrkesgrupper. Den absolutte økningen var størst for leger i 2020, men det er verdt å merke seg at økningen for sykepleiere var på hele 10 prosent. Figuren inkluderer de fire største yrkesgruppene i allmennlegetjenesten, mens de øvrige yrkesgruppene er inkludert i to samlekategorier, henholdsvis med og uten helse- eller sosialfaglig utdanning. De største enkeltgruppene i samlekategorien er bioingeniører (107 årsverk) og fysioterapeuter (130 årsverk). Datagrunnlaget gir ikke mulighet for å skille ut avanserte kliniske allmennsykepleiere.

Figur 16.1. Avtalte årsverk i næringen "allmennlegetjeneste". 2018-2020.



Kilde: SSB. Basert på avtalte årsverk i allmennlegetjenesten (næringskode 86.211, registerdata, A-ordningen). Fastleger utgjør majoriteten av legene, men næringen omfatter mer enn fastlegeordningen, eksempelvis kommunal legevakt, medisinske sentre og private aktører innen allmennlegetjenester som ikke er en del av fastlegeordningen. Statistikken er basert på den ansattes utdanning. Kun leger og sykepleiere med aktiv autorisasjon er inkludert. Ansatte med helsesekretær- eller helsefagarbeiderutdanning er inkludert også dersom de ikke har aktiv autorisasjon. SSB har oppdatert tallene for 2018.

16.2. Yrkesgruppenes andel av årsverkene i allmennlegetjenesten

I underkant av halvparten av de avtalte årsverkene i allmennlegetjenesten utføres av leger. Helsesekretærer står for drøyt 16 prosent. Som vi så over, har det vært en minimal økning i helsesekretærårsverk de siste to årene, slik at andelen har gått litt ned. Sykepleiere står for drøyt 17 prosent, og økningen i antall har ført til at sykepleierårsverk utgjør en større andel i 2020. Pilotprosjektet for primærhelseteam kan ha bidratt til en liten

del av økningen i sykepleierårsverk de siste årene. Ved utgangen av 2020 var det i overkant av 28 sykepleierårsverk i primærhelseteam, fordelt på 17 fastlegekontor, opp fra knapt 22 årsverk året før.

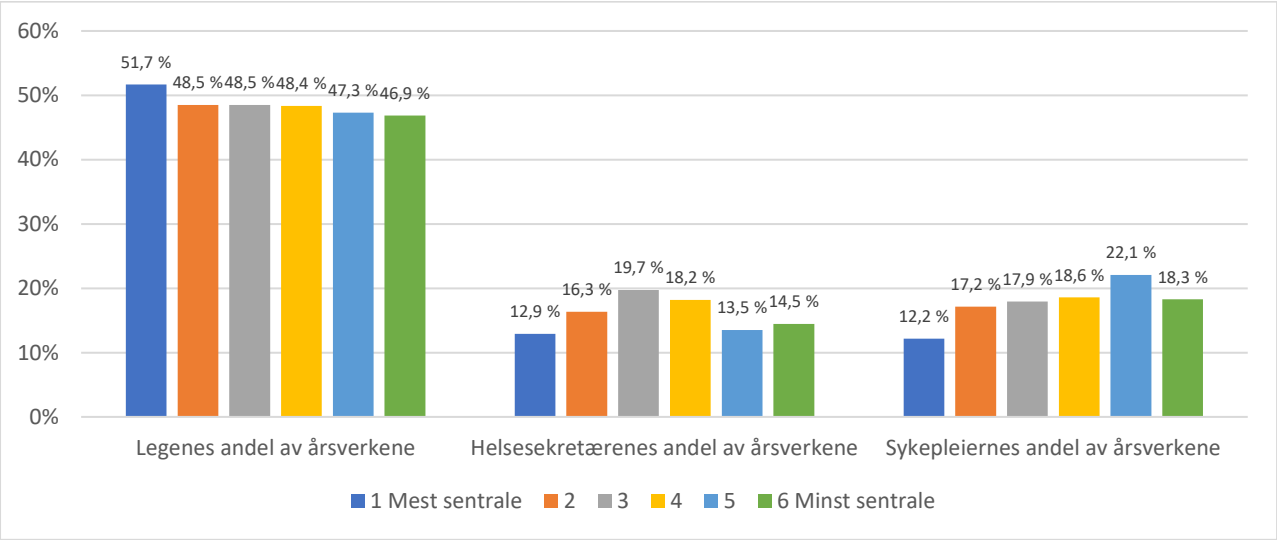
Tabell 16.1. Legers, helsesekretærers og sykepleieres andel av årsverkene i næringen "allmenn legetjeneste", 2018-2020.

	2018	2019	2020
Legenes andel av årsverkene	49,0 %	49,5 %	48,8 %
Helsesekretærenes andel av årsverkene	17,4 %	17,0 %	16,4 %
Sykepleiernes andel av årsverkene	16,8 %	16,6 %	17,3 %

Kilde: SSB. For mer informasjon om datagrunnlaget, se tekst under figur 16.1

Figuren under viser at legenes andel av årsverkene er høyest i de mest sentrale kommunene, og at legeandelen faller med synkende sentralitet. Det er i de mest sentrale kommunene at helsesekretærenes og sykepleiernes andel er lavest. Helsesekretærer utgjør en relativt liten andel av årsverkene i de to minst sentrale kommunekategoriene som har en høyere andel sykepleiere enn i de mer sentrale kategoriene.

Figur 16.2. Legers, helsesekretærers og sykepleieres andel av årsverkene i næringen "allmenn legetjeneste", fordelt på kommunens sentralitet. 2020.



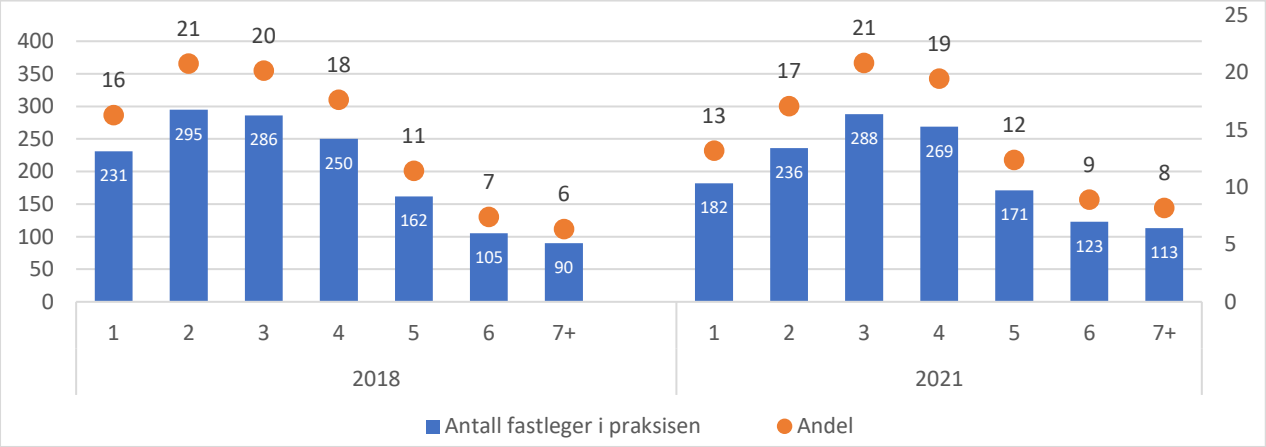
Kilde: SSB. For mer informasjon om datagrunnlaget, se tekst under figur 16.1.

17. ORGANISERING

17.1. Gruppepraksis og felleslister

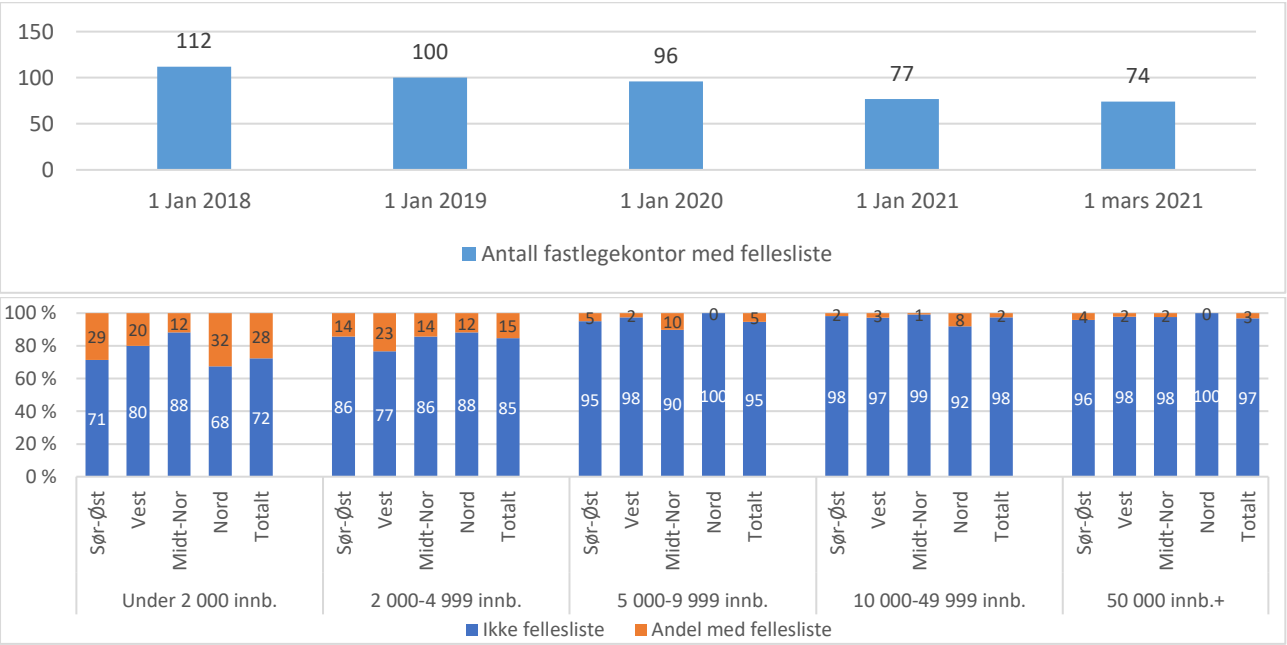
Pr. mars 2021 var det 1382 legekontor eller fastlegepraksiser knyttet til fastlegeordningen i Norge. Når to eller flere allmennpraktiserende fastleger har felles kontor, deler administrasjon, hjelpepersonell, venteværelse og laboratorier kalles det gruppepraksis. I dag er det mest vanlige at fastleger arbeider i en gruppepraksis på 2-4 leger, mens 13 prosent er solopraksiser. Siden 2018 er det blitt en noe mindre andel solopraksiser, mens antall og andel større praksiser har økt.

Figur 17.1 Antall fastlegepraksiser fordelt på antall fastleger i praksisen pr. mars 2018 og mars 2021.



Det vanlige er at hver fastlege har ansvar for sin egen liste. I noen tilfeller kan fastlegen ha fellesliste. Fastleger med fellesliste har felles ansvar for allmennlegetilbudet til personene på listen. Fastlegene kan fordele ansvar og arbeidsoppgaver mellom seg i pasientbehandlingen for å dekke opp for ubesatte stillinger eller avtalehjemler, ferie- eller annet fravær eller av hensyn til kvaliteten på helsehjelpen. Personer som står på fellesliste, skal ha en ansvarlig lege som har hovedansvar for journal og oppfølging[104]. Ansvarlig lege vil i praksis fungere som en ordinær fastlege som innbyggere kan bytte seg til, og disse mottar hver sin fastlegeliste.

Figur 17.2 Utvikling antall fastlegekontor med felleslister og andel felleslister etter landsdel og kommunestørrelse pr. mars 2021.



Andelen felleslister er størst i kommuner med få innbyggere. I perioden januar 2019 – mars 2021 er antall fastlegekontor med felleslister redusert fra 112 til 74.

104 Forskrift om fastlegeordning i kommunene - Lovdata

17.2. Pilot primærhelseteam

Pilot primærhelseteam (PHT) er særlig relevant for tiltak 13 i handlingsplanen. Forsøket med PHT prøver ut teamorganisering med fastleger, sykepleiere og helsesekretærer og to alternative finansieringsmodeller (honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen[105]) ved 17 fastlegekontor i ni kommuner. Ett av legekontorene har også psykolog i teamet. Forsøket startet 1. april 2018 og skal vare ut mars 2023. Pilotprosjektet evalueres, og det leveres årlige statusrapporter fra evalueringen. Sluttrapport fra evalueringen leveres ved utgangen av 2021, men det blir også levert evalueringsrapporter de to siste årene av pilotperioden. Målet med pilotprosjektet er å finne ut om PHT gir et bedre tilbud til listeinnbyggere enn den vanlige fastlegeordningen, og da spesielt listeinnbyggere med store og sammensatte behov og kroniske sykdommer.

Effektmålene er bedret helsetilstand og mestringsevne for pasienter som følges opp av primærhelseteam, økt pasient- og brukertilfredshet, bedre koordinerte og sammenhengende tjenester for brukere som er særskilt omtalt i oppdraget, redusert forekomst/utvikling av behov for omfattende helse- og omsorgstjenester, bedre samhandling innen kommunens helse- og omsorgstjeneste og mellom primærhelseteam og spesialist-helsetjenesten, og bedre ressursbruk i helse- og omsorgstjenesten.

Deltakerne i Primærhelseteam gir en entydig tilbakemelding om at deltakelse i pilotprosjektet har vært avgjørende for å opprettholde et godt og trygt tilbud til listeinnbyggerne under covid-19-pandemien.

Statusrapporten for 2020 var den tredje evalueringen av piloten. Evalueringen gjennomføres av Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin. Kvalitative funn tyder på at pasienter som blitt fulgt opp av primærhelseteam over tid, opplever økt kontinuitet, tilgjengelighet og mestring av egen helse og livssituasjon. Informantene i evalueringen peker på økt kvalitet i legekontorets oppfølging.

Videre viser evalueringen at sykepleiers erfaring og kompetanse er viktig i pasientoppfølgingen. Om lag halvparten av fastlegene opplever at deres legekontor arbeider mer proaktivt enn før. Det er en økning i antall hjemmebesøk, særlig fra sykepleier. Både fastlegene og sykepleierne rapporterer at de i stor eller svært stor grad legger til rette for brukermedvirkning. Evalueringen viser også at legekontorer med primærhelseteam bidrar til bedre oppfølging av utviklingshemmede[106].

Evalueringsrapporten gir indikasjoner på tydelige og positive effekter av primærhelseteam, men det er fortsatt for tidlig å konkludere entydig. En viktig del av statusrapporten for 2021 vil være en samfunnsøkonomisk analyse hvor gevinster veies opp mot kostnader for å vurdere den samfunnsøkonomiske lønnsomheten ved primærhelseteam.

Handlingsplanen for allmennlegetjenestens tiltak 14, utredning av gruppeavtaler, innebærer å utrede en finansieringsmodell som understøtter denne løsningen. Modellen skal bidra til en kostnadseffektiv og bærekraftig fastlegeordning.

---

[105] I driftstilskuddsmodellen inngås det avtale mellom kommunen og legepraksisen (alle fastleger i fastlegepraksisen). Fastlegepraksisen er gjerne organisert som et driftsselskap og da inngås avtalen med dette, men signeres ikke bare av leder, men av alle fastlegene i driftsselskapet. Driftsselskapet organiserer fastlegetjeneste med en eller flere fastleger og annet personell. Det er utarbeidet separate avtalemaler som kan benyttes for avtaler mellom kommunen og fastlegepraksisen i hhv. honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen.

[106] Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger Statusrapport III, januar 2021

18. DIGITALISERING, VERKTØY OG E-KONSULTASJON

Digitalisering muliggjør nye måter å jobbe på, og kan bidra til bedret kvalitet og pasientsikkerhet. Relatert til handlingsplanens tiltak 15 om at regjeringen vil legge til rette for bruk av nye arbeidsverktøy og tiltak 16 om at regjeringen vil øke bruken av e-konsultasjon, pågår flere digitaliseringstiltak som det er relevant å trekke frem. Helsedirektoratet samarbeider med Direktoratet for e-helse og andre relevante aktører i dette arbeidet. Pågående prosjekter er beskrevet i dette kapittelet.

18.1. Triagering ved fastlegekontor

Det prøves nå ut et digitalt triageringsverktøy i en pilot i utvalgte fastlegekontorer. Å legge til rette økt og riktig bruk av e-konsultasjon hos fastleger er en del av planens tiltak 16.

Det er behov for å forbedre og modernisere fastlegeordningen gjennom å digitalisere flere helsetjenester og etablere pasientens netthelsetjeneste. Samtidig er det viktig at e-konsultasjon og digitale kontaktformer tas i bruk på en måte som ikke fører til økt press på fastlegene. Det skal benyttes der det fører til bedre oppfølging, bedre effektivitet eller økt kvalitet i tjenesten. Det er derfor viktig å styre og kvalitetssikre de digitale kontaktene. Å kombinere e-konsultasjonstjenestene med funksjonalitet for triagering, kan være et viktig tiltak for å heve kvaliteten. Dette ved at tjenestene er tilpasset pasientens behov, og ved å at innbyggere får helsetjenester på riktig nivå. Behovet for et digitalt triageringsverktøy har blitt aktualisert som følge av den økte bruken av e-konsultasjon i forbindelse med covid-19 pandemien.

Ved bruk av et digitalt triageringsverktøy vil fastlegene måtte jobbe på en ny måte. Triageringsverktøyet kan bidra til å sortere helsehjelpen og prioritere innbyggers helsebehov i tråd med hastegrad og alvorlighet. Det kan også bidra til bedre forberedelse før legetime gjennom konsultasjonsforberedende informasjon fra pasienten. Verktøyet kan også avlaste fastlegen ved at annet helsepersonell kan gi helsehjelp i stedet for, og i nært samarbeid med fastlegen når dette er hensiktsmessig. For pasientene kan verktøyet bidra til at pasienten får grunnlag for å gjøre informerte valg om egne helsebehov. Dette kan bidra til at pasienten i økende grad ses på som en likeverdig partner med et aktivt forhold til sin helsesituasjon.

Helsedirektoratet skal i samarbeid med Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett SF, planlegge og gjennomføre utprøving av triageringsverktøyet. Gjennom en anskaffelsesprosess er den svenske leverandøren Doctrin valgt til å levere triageringsløsningen som skal prøves ut i piloten. Det er utarbeidet et nytt tilskuddsregelverk og publisert en utlysning av tilskudd med frist 30.4.2021, for å rekruttere fastlegekontorer til å delta i piloten. Det vil bli oppstart av piloten og opplæring for fastlegekontorene i triageringsløsningen før sommeren, mens selve utprøvingen vil starte i midten av august i år.

Piloten skal omfatte ca. 18 fastleger, fordelt på ca. 3-5 fastlegekontorer. Piloten vil vare fra mai 2021 til desember 2022. Piloten skal evalueres fra mai 2021 til desember 2022.

18.2. Digital hjemmeoppfølging

Flere kommuner, fastleger og RHF/HF er pr i dag i gang med digital hjemmeoppfølging og nettbasert behandling. Dette inkluderer videokonsultasjon, telefonkonsultasjon, velferdsteknologi, tjenester med bruk av pasientrapportert informasjon, tjenester med bruk av medisinsk teknologi utenfor sykehus, tjenester med bruk av meldinger mellom behandler og pasient, og bruk av teknologi for internettveiledet behandling. Signaler fra tjenesten peker på behov for nasjonale kunnskapsbaserte råd og veiledninger, og en

bedre teknisk understøttelse av tverrfaglige videokonsultasjoner i samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. På nasjonalt nivå pågår det arbeid for å imøtekomme dette.

Prosjektet 'Utprøving av digital hjemmeoppfølging' har som formål å utarbeide nasjonale anbefalinger, og skal etter planen legge fram arenauavhengige faglige råd for digital hjemmeoppfølging våren 2022. Prosjektet omfatter samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester, fastlegen og spesialisthelsetjenesten. Målgruppen er pasienter med medium til høy risiko for forverring av sin tilstand, reinnleggelse på sykehus eller økt behov for helse- og omsorgstjenester, det vil si pasienter som gjerne følges opp både av fastlegen, kommunale helse – og omsorgstjenester og/eller spesialisthelsetjenesten.

Pasientene følges opp hjemme med nettbrett hvor de svarer på spørsmål om dagsform og egen situasjon og evt. gjør målinger relatert til for eksempel kols, diabetes, hjertesvikt mm. Pasientene får i tillegg en egenbehandlingsplan som utarbeides i samarbeid mellom pasient, sykepleier og fastlege (evt. spesialist) som medisinsk ansvarlig. Målet er bedre fysisk og mental helse, bedre pasientopplevelse og lavere kostnad for helsetjenesten.

Prosjektet skal sikre kunnskap om effekter for pasient, og helsetjenesten, herunder fastlegens rolle og ansvar. De mest sentrale driverne for effekt er økt innsikt i egen sykdom, støtte til å oppdage tegn til forverring med påfølgende tidlig innsats, og tverrfaglig og mer koordinert oppfølging fra helsepersonell. Pasientrapporterte opplysninger (PROM) og pasientrapportering (PREM) er sentrale deler av digital hjemmeoppfølging. PROMs måler blant annet fysisk og psykisk helse, livskvalitet og funksjon. PREMs måler hvordan pasienten selv opplever og erfarer sin behandling for eksempel når det gjelder faglig dyktighet og kommunikasjon hos helsepersonalet, eller organisering og ventetid. Utprøvingen inkluderer til sammen 731 pasienter knyttet til mer enn 200 fastleger. Så langt viser undersøkelser at brukerne opplever både trygghet, nærhet til helsetjenesten når de har behov for det, og større grad av mestring og kontroll med sin egen situasjon. Sluttrapport fra forskerne vil foreligge 1.12.2021.

18.3. Strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam og verktøy for risikokartlegging

Strukturerte oppfølgingsteam er en arbeidsform som skal imøtekomme brukere med de største og mest sammensatte og komplekse behovene for helse- og omsorgstjenester, herunder barn og unge, personer som sliter med psykisk helse/rus, skrøpelige eldre og kronisk syke. Oppfølgingsteamet består av de som til enhver tid yter tjenester til brukeren. Fastleger eller primærhelseteamet vil alltid være sentrale samarbeidspartnere for oppfølgingsteamet og fastlegene vil ha en rolle både i forhold til identifisering av behov, behandling, og utforming av en oppfølgingsplan.

Tidlig identifisering av endringer i behov og endringer i faktorer som kan indikere at en person er i ferd med å utvikle behov for helse- og omsorgstjenester er en forutsetning for å oppnå bedre resultater i helsetjenesten. En systematisk tilnærming er avgjørende for å lykkes med dette.

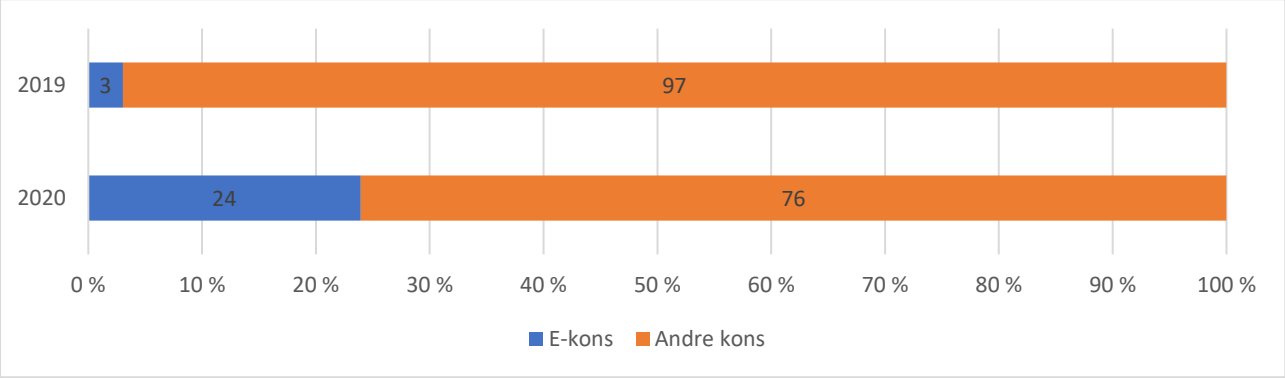
Pilot for strukturerte oppfølgingsteam startet opp i 2018 og har seks deltakende kommuner. Fastlegene i pilotkommunene har en viktig rolle, herunder utprøving av nytt verktøy for forebyggende risikokartlegging. Verktøyet skal bidra til tidligere identifisering av personer med et mulig behov for oppfølgingsteam, og muliggjøre en proaktiv tilnærming overfor disse.

18.4. Sterk vekst i bruk av e-konsultasjon

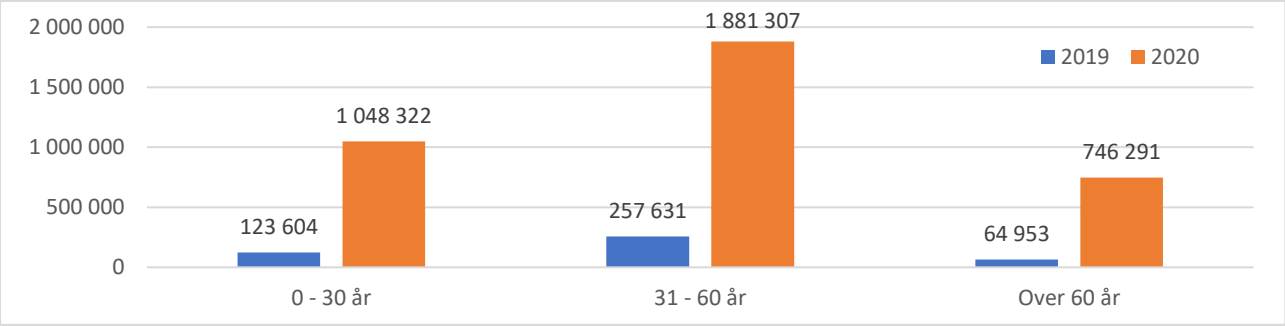
Bruken av e-konsultasjon har økt svært mye og pandemien har antakelig bidratt til en kraftig forsering av en allerede pågående utvikling. Fra mars 2020 inkluderer e-konsultasjonstaksten også telefonkonsultasjon. Andelen e-konsultasjoner (inkludert telefonkonsultasjoner i 2020) økte fra 3 til 24 prosent fra 2019 til 2020. Det var en sterk vekst både blant unge og eldre listeinnbyggere.

Se kapittel 12.4 for mer om utvikling i bruk av e-konsultasjoner.

Figur 18.1 Andel e-konsultasjoner (ny takst for telefonkonsultasjoner inkludert fra mars 2020 pga. pandemien).



Figur 18.2 Antall e-konsultasjoner fordelt på aldersgrupper 2019 og 2020



Kilde: KPR.

18.5. Felles samhandlingsplattformer og nye journalløsninger

Året 2021 markerte starten på en betydelig styrking av samhandlingsløsningene i helse- og omsorgssektoren. Det pågår nå en rekke digitaliseringstiltak på de nasjonale e-helseløsningene som kjernejournal, helsenorge.no og e-resept, og det bygges felleskomponenter som for eksempel HelseID og grunndata. Dette vil bidra til å muliggjøre utveksling av dokumenter og data på en trygg og sikker måte mellom helsepersonell, mellom helsepersonell og innbyggere, og vil legge grunnlaget for gode løsninger for dialog og informasjonsflyt i pasientbehandlingen. For å oppnå ønsket dialog og informasjonsflyt må samhandlingsløsningene integreres med de elektroniske pasientjournalløsningene som legene benytter. Effektene av digitaliseringstiltakene vil ha stor betydning for målsetningene i handlingsplanen og det er både tiltak som er i ferd med å realiseres og noen som fortsatt ligger noe fram i tid.

Bakgrunnen for dette løftet følger av målsettingen om *Én innbygger – én journal*.

18.5.1. Én innbygger – én journal

Målsetningen om *Én innbygger – én journal* skal løses gjennom å modernisere journalløsningene, samt skape samhandling mellom disse gjennom P*rogram digital samhandling*. Modernisering av journalløsningene innebærer gjennomføring av tre strategiske tiltak: felles journalløsning i helseregion Midt-Norge, samordnet utvikling av de øvrige regionale helseforetakenes journalløsninger, og felles journalløsning for kommuner utenfor helseregion Midt-Norge. Disse tiltakene understøttes av etablerte og nye nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter.

18.5.2. Helseplattformen og samordning av journalløsninger

I Midt-Norge arbeides det med innføring av ny felles journalløsning for sykehus, kommuner og fastleger gjennom Helseplattformen. Første lansering av Helseplattformen er planlagt våren 2022 for St. Olavs hospital, Trondheim kommune og to fastlegekontorer. Lanseringen vil følges av et løp der helseforetak, kommuner, fastleger og avtalespesialister i regionen, som har utløst opsjon, kobles på Helseplattformen. Arbeidet med Helseplattformen ligger foran arbeidet med felles kommunal journalløsning for kommunene utenfor helseregion Midt-Norge. Det videre arbeidet med felles kommunal journalløsning vil dra nytte av erfaringer fra Helseplattformen.

Mens Helse Midt-Norge arbeider med Helseplattformen pågår det også en samordnet utvikling av de tre øvrige regionale helseforetakenes journalløsninger. Dette arbeidet skal bidra til bedre samhandling mellom helseforetakene og kommunene.

18.5.3. Felles kommunal journal

Prosjektet som tidligere ble kalt Akson er i 2021 videreført i form av to ulike tiltak. Felles kommunal journal er det ene av disse to. Det andre er Program digital samhandling (se kap. 18.5.4).

Arbeidet med felles kommunal journal er et samarbeidsprosjekt mellom KS, foregangskommuner og staten. I 2021 er det bevilget 93 millioner kroner til dette arbeidet. Felles kommunal journal innebærer en stegvis utvikling av fremtidens journalplattform for helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste utenfor Midt-Norge, der ulike løsninger spiller sammen, og der brukerflatene skal kunne tilpasses det enkelte helsepersonellets ulike behov. Det skal legges til rette for et økosystem hvor en journalplattform står sentralt. Løsningen skal være et samspill av IT-systemer som skal dekke et samlet behov.

18.5.4. Program digital samhandling

For 2021 bevilget Stortinget 189 millioner kroner til å utvikle digitale samhandlingsløsninger som gjør at pasientinformasjonen kan deles sikkert og effektivt mellom aktørene i helse- og omsorgssektoren. Program digital samhandling skal ivareta arbeidet med de nasjonale løsningene for samhandling og få til god informasjonsflyt i helsetjenesten. Programmet er en utviklingsretning som gjennomføres stegvis, hvor Direktoratet for e-helse har fått i oppdrag å følge opp det første steget i den skisserte utviklingsretningen for perioden 2021- 2024.

Steg 1 består av følgende prosjekter:

Nasjonal database for lab- og røntgen (NILAR)
NILAR skal bidra til at helsepersonell med tjenstlig behov skal kunne få tilgang til laboratorie- og radiologisvar selv om de ikke selv har vært rekvirent

Prosjekt Tillitstjenester, API-håndtering og grunndata (TAG)
Prosjektet skal ta frem løsninger som er grunnleggende for å etablere nye informasjonstjenester som

baserer seg på data- og dokumentdeling. De første leveransene vil være knyttet til dokumentdeling gjennom kjernejournal for å støtte utbredelse av denne løsningen samt sikre at Helseplattformen kan ta i bruk nasjonale e-helseløsninger.

Forprosjekt digital samhandling
Forprosjektet skal utarbeide en gjennomføringsplan for en stegvis tilnærming hvor hvert utviklingssteg skal bidra til økt samhandling. Målbildet for helhetlig samhandling ble utarbeidet i forprosjektet for Akson, med bakgrunn i en analyse av helsetjenestens behov for å dele informasjon og samhandle. Forprosjektet skal konkretisere og planlegge utviklingen av målbildet med utgangspunkt i eksisterende e-helseløsninger, veikart for utvikling og innføring av nasjonale e-helseløsninger, felles grunnmur, samt andre prioriterte digitaliseringstiltak i spesialist- og primærhelsetjenesten.

Målbildet for helhetlig samhandling skal gi en tydelig beskrivelse av hvor vi skal, og hva vi ønsker å oppnå. Målbildet skal også hjelpe oss å identifisere, prioritere og styre innsatsen vår innen digitalisering av helse- og omsorgstjenesten. Arbeidet vil være et viktig skritt på veien til å gi innbyggere og helsepersonell i sykehus, kommuner og fastleger bedre mulighet til å utveksle informasjon digitalt i tillegg til bedre samhandling med andre statlige og kommunale tjenester.

18.5.5. EPJ løftet

EPJ-løftet er et samarbeid mellom Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og Legeforeningen. Prosjektprotokoll og finansiering reetableres årlig i normaltarifforhandlingene. Prosjektet har til oppgave å bidra til kvalitetsheving av dagens pasientjournaler for legekontor. Prosjektet jobber brukernært, med egne fastleger som er oppnevnt av Norsk Forening for Allmennmedisin. EPJ-løftet involverer EPJ-system-leverandører, NHN og normerende standardiseringsmyndigheter i tidligfase i utvikling av konsepter.

EPJ-løftet har spilt en viktig rolle under pandemien og bidratt til raskere innføring av tiltak som understøtter TISK og koronavaksinasjon. I 2020 har EPJ-løftet blant annet arbeidet med Pasientens legemiddelliste, identifikasjon av risikopasienter for vaksinering mot covid-19, integrasjon med Meldesystem for Smittsomme Sykdommer (MSIS-melding), timebok for bestilling av tjenester utført av annet personell, integrasjon av blåresept søknader og oppfølging av Handlingsplan mot antibiotikaresistens. EPJ-løftet har tilrettelagt for økt fart på digitalisering som understøtter smittevernsarbeid i sektoren. I perioden har det i samarbeid med koronaporteføljen blitt åpnet opp og videreutviklet møtepunkter og metodeverk med leverandørene om etablering av kritisk funksjonalitet som hensyntar behov som går på tvers av etater og brukergrupper.

18.5.6. Pasientens legemiddelliste (PLL)

Digitalisering av legemiddelområdet skal gi helsepersonell tilgang til riktig legemiddelinformasjon uavhengig av tid og sted, og legge til rette for at pasientsikkerheten kan ivaretas gjennom hele pasientforløpet. Pasientens legemiddelliste (PLL) er et sentralt tiltak for å realisere dette. I dag finnes det ikke én samlet oversikt over pasientens legemidler. Det medfører at helsepersonell bruker tid på å skaffe oversikt over hvilke legemidler pasienten bruker. Dette øker risikoen for feil.

PLL er summen av ulike tiltak som til sammen skal gi en mer helhetlig og oppdatert oversikt. Tiltakene bygger videre på eksisterende nasjonale løsninger, som kjernejournal, reseptformidleren og Helsenorge. Det skal også etableres en ny tjeneste for legemiddelforskrivning (sentral forskrivningsmodul). I tillegg til utvikling av tekniske løsninger både nasjonalt og lokalt på sykehus, kommuner og legekontor, innebærer arbeidet med pasientens legemiddelliste en stor endring i helsepersonells arbeidsprosesser. Fastlegene vil ha en viktig rolle i arbeidet med å holde legemiddellisten oppdatert. Utprøving av PLL skal etter planen gjennomføres i Helse Vest RHF og Bergen kommune høsten 2021.

19. LEDELSE AV LEGEKONTOR

Systematisk, god og trygg ledelse i og av allmennlegetjenesten i kommunen er viktig for å sikre kvalitet i tjenestene og en effektiv ressursutnyttelse. For å oppnå målet om at allmennlegene skal på sikt lede teambaserte virksomheter der ulike faggrupper samarbeider godt, er det viktig med styrket lederkompetanse. Tiltak 17 i Handlingsplan for allmennlegetjenesten skal gi flere allmennleger mulighet for lederutdanning. Tiltaket omfatter anskaffelsen av en tilrettelagt kortere nettbasert lederutdanning for allmennleger. Nettbasert lederutdanning for allmennleger skal ses i sammenheng med, og kan fungere som et forkurs til Nasjonal lederutdanning for ledere i primærhelsetjenesten.

Det er mange utdanningsinstitusjoner både i og utenfor Norge som tilbyr lederutdanning for helse- og omsorgsektoren. Helsedirektoratet vil følge med på utdanningene som finansieres av Helsedirektoratet og som vi har god oversikt over, herunder *Nasjonal lederutdanning i primærhelsetjenesten* og *Nettbasert lederutdanning for allmennleger.*

19.1. Nasjonal lederutdanning i primærhelsetjenesten

Nasjonal lederutdanning i primærhelsetjenesten ved Handelshøyskolen BI har eksistert siden høsten 2015. Ledelse og innovasjon for den kommunale helse- og omsorgssektoren er et gjennomgående tema. Utdanningen tilsvarer 30 studiepoeng. Søkertallene har holdt seg stabilt høyt gjennom hele perioden 2015 – 2020, og fullføringsgraden på utdanningen er høy. Ved utgangen av våren 2021 vil totalt 1080 studenter ha fullført utdanningen siden oppstart i 2015. Fordelingen av ledere som fikk plass på programmet høsten 2020 holder seg på noenlunde samme nivå som de foregående årene. De har variert utdanningsbakgrunn og representerer ulike deler av primærhelsetjenesten. De har lederansvar på ulike nivåer, har ulik ansiennitet og kommer fra ulike deler av landet.

Av 216 studenter som startet høsten 2020 var 8 leger. De forutgående årene, det vil si perioden 2015-2019, har 55 leger gjennomført utdanningen.

Av totalt 63 leger som har gjennomført utdanningen i perioden 2015-2021 er 17 fastleger fra pilot primærhelseteam. Ved oppstart høsten 2018 var det 8 leger fra primærhelseteam som deltok, høsten 2019 var den 1 lege som deltok og høsten 2020 var alle 8 legene som tok utdanningen fra piloten. Av de 17 fastlegene fra pilot primærhelseteam er 12 menn og 5 kvinner. Geografisk er det fastleger fra 9 kommuner[107].

Tabell 19.1 Fastleger fra pilot primærhelseteam som har gjennomført Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten

Kommune	Antall fastleger
Ringsaker	3
Oslo	5
Kristiansand	3
Kinn	1
Austevoll	1
Stad	1
Rana	1
Seljord	1
Hå	1

[107] *Årsrapport 2020-2021 Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten, Handelshøyskolen BI*

Sluttrapport for evaluering av Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten, ble levert av Rambøll Management Consulting 25.01.21. Tilbakemeldinger fra deltakere og deres omgivelser er at lederne som har tatt utdanning har blitt tryggere og mer bevisst i sin lederrolle. Det vises til bedre samhandling med omgivelsene, og en mer utviklings- og innovasjonsorientert ledelse. Hvorvidt lederutdanningen er eneste årsak til endringene hos deltakerne, kan evalueringen ikke konkludere med. Mye taler likevel for at utdanningen har hatt stor betydning for endringer i deltakernes lederrolle. Dette kommer særlig til utrykk i møte med utfordrende krysspress som sektoren står i både innenfor ledelse og ved prioriteringer innenfor helsesektoren. Videre vurderer Rambøll at lederutdanningen, med større grad av variasjon, har gitt nytteverdi for organisasjonen. Det vises til eksempler hvor utdanningen har bidratt til å bedre økonomien i virksomhetene gjennom økt forståelse for økonomiplanlegging, økt bevissthet knyttet til handlingsrommet og smartere bruk av ressurser. Samhandling og kommunikasjon har blitt bedre gjennom introduksjon og deling av ulike verktøy. Flere deltakere trekker frem bedre arbeidsmiljø gjennom mer tilgjengelige og lyttende ledelse[108].

19.2. Nettbasert lederutdanning for allmennleger

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten med 30 studiepoeng krever et relativt stort fravær fra praksis. Det ble høsten 2020 anskaffet en tilrettelagt kortere nettbasert utdanning rettet mot ledere av primærhelseteam og gruppepraksiser, og øvrige allmennleger. Utdanningen er av en slik lengde at den lettere skal la seg kombinere med ordinært arbeid. Målsettingen er at minst en lege ved hvert fastlegekontor skal kunne gjennomføre utdanningen.

Nettbasert lederutdanning for allmennleger skal legges opp på en måte som sikrer deltagerne oppdatert kunnskap om ledelse, gi nyttige verktøy til ledelse av fastlegekontor, herunder samhandling og samarbeid, både innad i egen praksis, mellom tjenester og mellom tjenestenivåer. Utdanningen skal gi kunnskap om og ferdigheter i gjennomføring av arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet, og inneholde praksisnære eksempler.

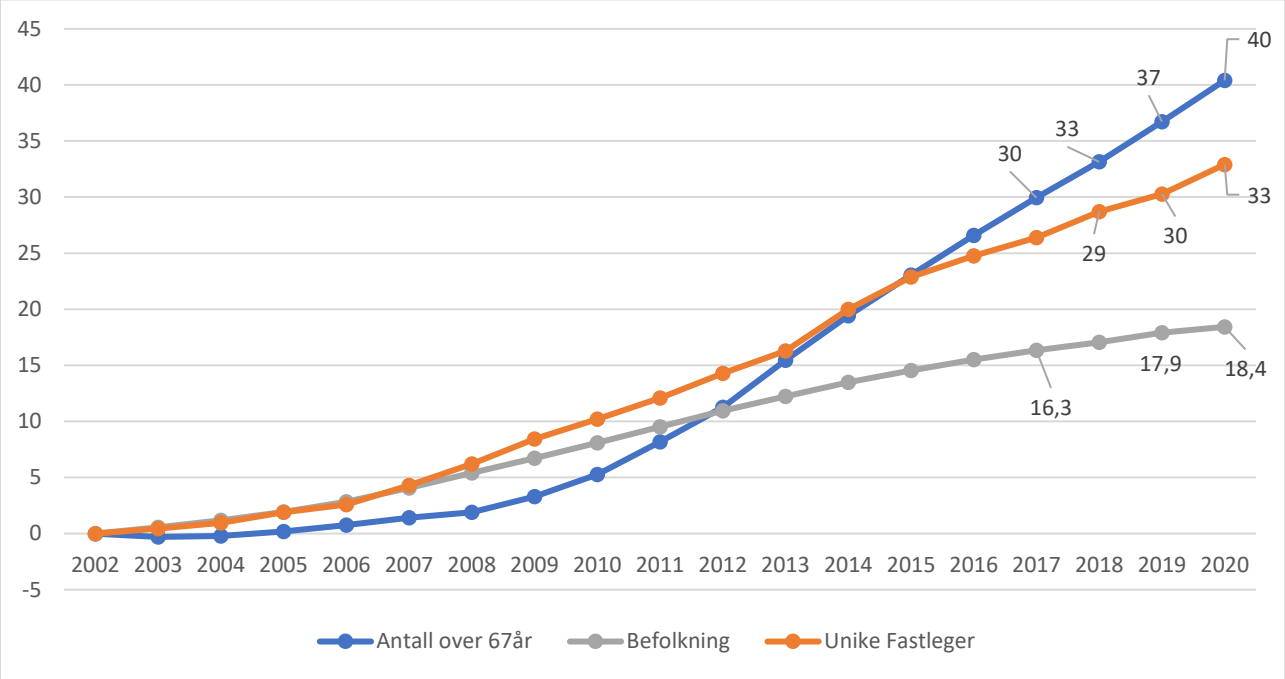
Helsedirektoratet har involvert KS og Legeforeningen i arbeidet med krav til innhold i den nye utdanningen som grunnlag for anskaffelsen. Handelshøyskolen BI ble valgt som leverandør av den nettbaserte lederutdanningen høsten 2020. Det tas sikte på at utdanningen både skal gi studiepoeng og tellende kurspoeng til etterutdanningen i allmennmedisin.

108 Rapport 25.02.21 Evaluering av utdanningstilbudet Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten, Rambøll Management Consulting.

VEDLEGG

Vedlegg 1:
Til kap. 3 Utviklingen i fastlegetjenesten

Figur v1.1 Utvikling i antall unike fastleger, antall innbyggere og antall innbyggere over 67 år. Prosent endring fra 2002 (2002=0).



Tabell v1.1 Utvikling antall fastlegeavtaler og lister uten fast lege 30.03.2017-26.03.2021.

		Fast lege	Uten fast lege	Total	Andel uten fast lege
Under 2 000 innb.	31.03.2017	137	12	149	8,1
	31.03.2018	143	11	154	7,1
	31.03.2019	146	12	158	7,6
	31.03.2020	144	19	163	11,7
	31.12.2020	132	29	161	18,0
	26.03.2021	133	28	161	17,4
	Endring i perioden	**-4**	**16**	**12**	
2 000-4 999 innb.	31.03.2017	346	17	363	4,7
	31.03.2018	355	13	368	3,5
	31.03.2019	359	18	377	4,8
	31.03.2020	361	26	387	6,7
	31.12.2020	353	38	391	9,7
	26.03.2021	360	37	397	9,3
	Endring i perioden	**14**	**20**	**34**	
5 000-9 999 innb.	31.03.2017	475	17	492	3,5
	31.03.2018	481	23	504	4,6
	31.03.2019	495	15	510	2,9
	31.03.2020	499	20	519	3,9
	31.12.2020	495	35	530	6,6
	26.03.2021	495	38	533	7,1
	Endring i perioden	**20**	**21**	**41**	
10 000-49 999 innb.	31.03.2017	1748	32	1780	1,8
	31.03.2018	1782	30	1812	1,7
	31.03.2019	1794	51	1845	2,8
	31.03.2020	1835	52	1887	2,8
	31.12.2020	1853	66	1919	3,4
	26.03.2021	1854	73	1927	3,8
	Endring i perioden	**106**	**41**	**147**	
50 000 innb.+	31.03.2017	1984	6	1990	0,3
	31.03.2018	2016	3	2019	0,1
	31.03.2019	2038	15	2053	0,7
	31.03.2020	2081	20	2101	1,0
	31.12.2020	2118	14	2132	0,7
	26.03.2021	2116	17	2133	0,8
	Endring i perioden	**132**	**11**	**143**	
Hele landet	31.03.2017	4690	84	4774	1,8
	31.03.2018	4777	80	4857	1,6
	31.03.2019	4832	111	4943	2,2
	31.03.2020	4920	137	5057	2,7
	31.12.2020	4951	182	5133	3,5
	26.03.2021	4958	193	5151	3,7
	Endring i perioden	**268**	**109**	**377**	

Tabell v1.2 Listelengde lister registrert uten fast lege over 1 år

	31.3.2020						26.3.2021					
Listelengde	**0-199**	**200-499**	**500-999**	**1000-1199**	**1200-1399**	**Sum**	**0-199**	**200-499**	**500-999**	**1000-1199**	**1200-1399**	**Sum**
Innlandet	4	0	6	0		10	2	2	9	1		14
Oslo	1	1				2						
Viken	2	2				4	2	2				4
Vestfold og Telemark			1	0		1			1	1		2
Agder	1		1			2	1		0			1
Rogaland			3			3			2			2
Vestland	4	0	3			7	8	1	1			10
Møre Romsdal	0	1	1	0		2	1	2	3	1		7
Trøndelag	0	1	3	1		5	3	1	5	1		10
Nordland	0	4	4	0	1	9	3	4	7	3	0	17
Troms og Finnmark	0	3	2			5	1	5	3			9
Total	**12**	**12**	**24**	**1**	**1**	**50**	**21**	**17**	**31**	**7**	**0**	**76**

Tabell v.1.3 Antall lister uten fast lege registrert pr. dato etter fylke.

	31.03.17	31.03.18	31.03.19	31.03.2020	30.06.20	30.09.20	31.12.20	26.03.2021
Innlandet	7	13	14	21	21	23	31	27
Oslo	2	0	3	2	1	0	0	0
Viken	4	4	8	12	9	11	13	14
Vestfold og Telemark	3	1	4	5	6	6	6	6
Agder	1	0	5	2	5	5	5	6
Rogaland	2	5	7	5	4	3	4	8
Vestland	15	12	14	13	20	22	27	32
Møre og Romsdal	7	8	10	18	19	18	20	23
Trøndelag	8	10	10	15	16	17	23	23
Nordland	22	13	21	26	30	27	28	29
Troms og Finnmark	13	14	15	18	18	17	25	25
Totalt	**84**	**80**	**111**	**137**	**149**	**149**	**182**	**193**

Tabell v1.4 Antall lister uten fast lege med registrert startdato over 1 år før telletidspunkt pr. fylke.*

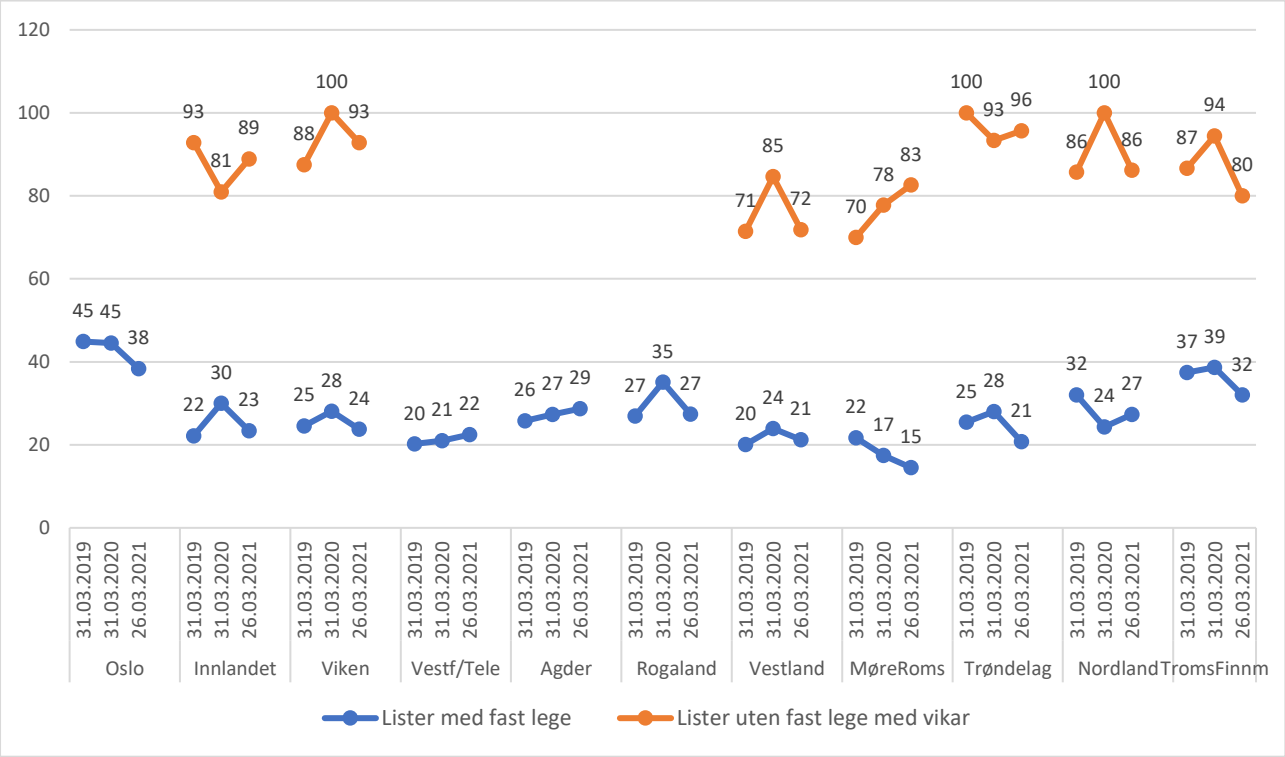
	31.03.17	31.03.18	31.03.19	31.03.2020	30.06.20	30.09.20	31.12.20	26.03.2021
Innlandet	2	1	9	10	9	12	12	14
Oslo	0	0	0	2	1	0	0	0
Viken	0	0	2	4	4	5	4	5
Vestfold og Telemark	0	0	0	1	2	2	1	2
Agder	0	0	0	2	2	2	1	1
Rogaland	1	2	3	3	3	2	2	2
Vestland	5	6	5	7	7	8	7	10
Møre og Romsdal	3	3	4	2	2	6	7	7
Trøndelag	2	4	2	5	7	9	10	10
Nordland	5	8	5	9	13	13	16	17
Troms og Finnmark	3	3	6	5	5	9	9	9
Totalt	**21**	**27**	**36**	**50**	**55**	**68**	**69**	**77**

**En oversikt over kommuner med liste uten fast lege over 1 år pr. 01.03.2021 er gitt i vedlegg 2, tabell v2.1.*

Tabell v1.5 Varighet av liste uten fast lege for lister med sluttdato i angitte år. Antall etter kommunestørrelse og andel nasjonalt pr. år 2018-2020.

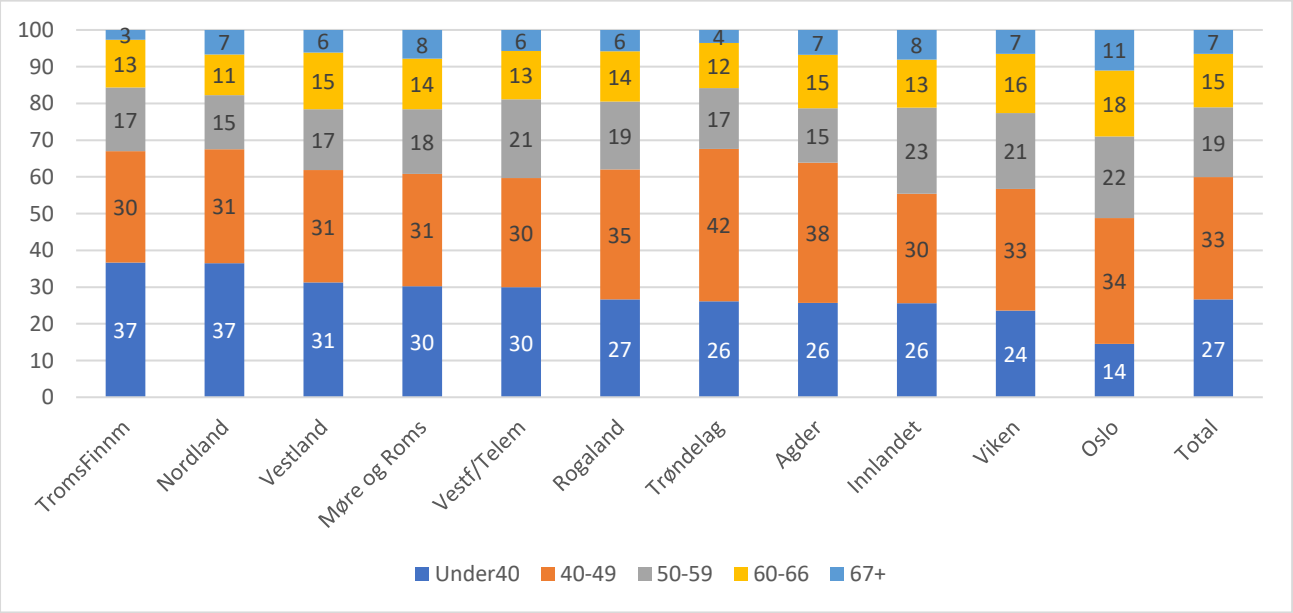
		>3 mnd.	3-6 mnd.	6 mnd-1 år	1-2 år	2-4 år	over 4 år	Sum lister
2018	Under 2 000 innb.	3	3	5	1	1	0	13
	2 000-4 999 innb.	2	2	4	2	1	0	11
	5 000-9 999 innb.	4	3	8	6	2	0	23
	10 000-49 999 innb.	2	9	5	9	2	0	27
	50 000 innb.+	3	2	5	0	0		10
	Totalt antall	**17**	**23**	**32**	**21**	**7**	**0**	**84**
	Andel i 2018	**16%**	**27%**	**38%**	**26%**	**9%**	**0%**	**100%**
2019	Under 2 000 innb.	2	4	2	2	0	0	10
	2 000-4 999 innb.	2	4	4	0	3	0	13
	5 000-9 999 innb.	3	0	5	3	1	0	12
	10 000-49 999 innb.	4	10	14	7	2	0	37
	50 000 innb.+	2	7	7	2	1		19
	Totalt antall	**13**	**25**	**32**	**14**	**7**	**0**	**91**
	Andel 2019	**8%**	**27%**	**35%**	**15%**	**8%**	**0%**	**100 %**
2020	Under 2 000 innb.	2	3	5	1	0	0	11
	2 000-4 999 innb.	1	4	7	5	2	1	20
	5 000-9 999 innb.	2	0	8	3	1	0	14
	10 000-49 999 innb.	9	9	6	8	3	0	35
	50 000 innb.+	0	2	7	5	0		14
	Totalt antall	**14**	**18**	**33**	**22**	**6**	**1**	**94**
	Andel i 2020	**15%**	**19%**	**35%**	**23%**	**6%**	**1%**	**100%**

*Figur v1.2 Andel lister med og uten fast lege som har hatt minst en vikar i angitte perioder etter fylke**

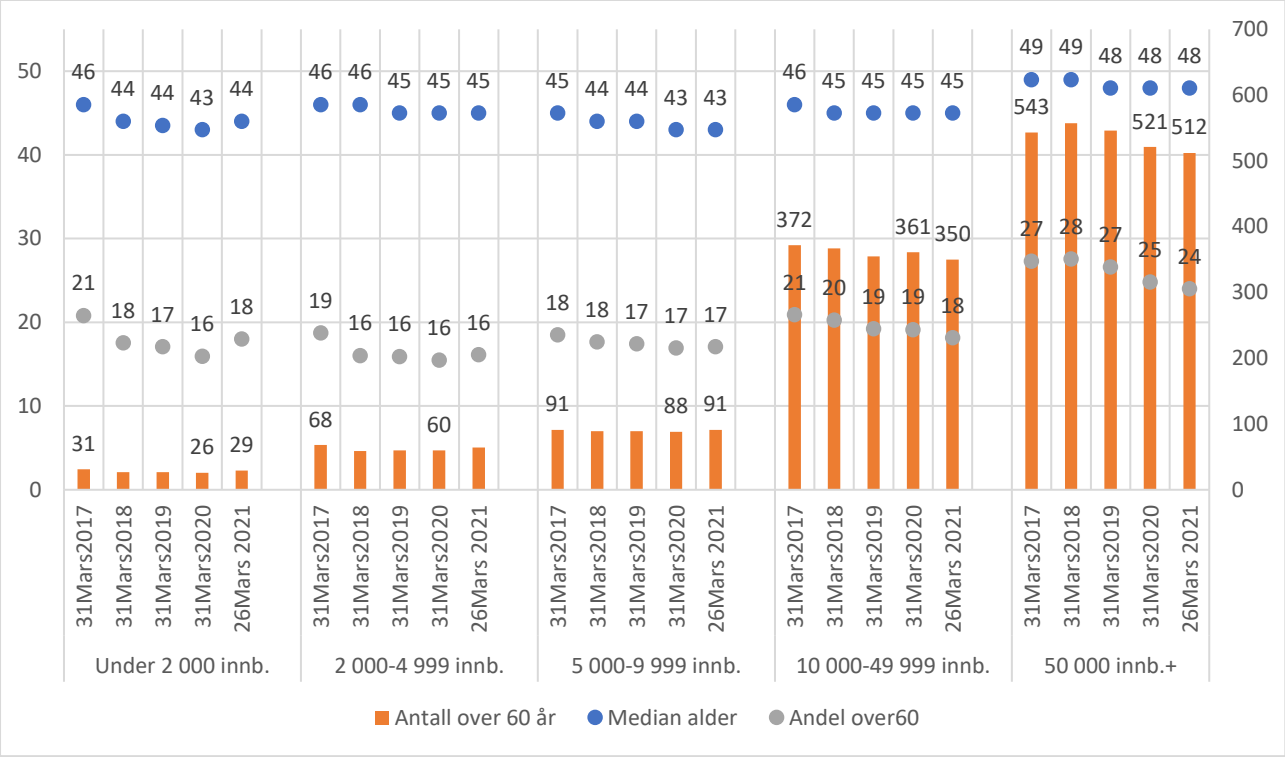


**Andel uten fast lege med vikar kun beregnet om antallet er 10 eller mer*

Figur v1.3 Alderssammensetning fastlegene i fylkene mars 2021.



Figur v1.4 Antall og andel over 60 år og median alder for leger mars 2017 til mars 2021 fordelt etter kommunestørrelse.



Vedlegg 2:
Til kap.5 Leger i spesialisering og effekt på rekruttering

Tabell v2.1: Oversikt over kommuner som har hatt lister uten lege > 1 år (registrert i FLO), hvem av disse som fikk ALIS-tilskudd i 2020 og antall ubemannede lister (antall lister uten lege) pr. 1.3.2021.

Fylke	Kommuner som har hatt ubesatt liste > 1år i perioden 1.1.2019 -1.3 2021	Kommuner med lister uten lege over 1 år pr 1.3.2021*	ALIS-tilskudd til fastleger i 2020**	Fylke	Kommuner som har hatt ubesatt liste > 1år i perioden 1.1.2019 -1.3 2021	Antall lister uten over 1 år lege pr 1.3.2021*	ALIS-tilskudd til fastleger i 2020**
Innlandet	Etnedal	0		**Møre og Romsdal**	Aure	0	
	Folldal	2			Gjemnes	0	
	Rendalen	1			Vanylven	0	
	Stor-Elvdal	2			Herøy (M &R)	0	
	Sør-Aurdal	1			Surnadal	1	
	Åmot	0			Sykkylven	0	
	Gjøvik	2	1		Kr.sund	1	
	Ringsaker	0			Ålesund	4	1
	Vestre Toten	4		**Trøndelag**	Grong	0	
Oslo	Oslo	0	1		Hitra	1	
Viken	Gol	1			Indre Fosen	1	
	Gjerdrum	0			Nærøysund	2	
	Lørenskog	1			Steinkjer	1	
	Nannestad	1			Stjørdal	0	
	Nes	1			Verdal	2	
	Nes (Akersh)	0			Trondheim	2	
	Ullensaker	1		**Nordland**	Dønna	1	1
	Bærum	0			Lurøy	0	
Vestfold og Telemark	Tokke	0			Moskenes	1	
	Kragerø	1			Rødøy	3	
	Midt-Telemark	0	1		Sømna	0	1
Agder	Risør	0			Vega	2	1
	Kristiansand	1	11		Andøy	0	
Rogaland	Eigersund	2			Lødingen	1	
	Karmøy	0	1		Øksnes	0	2
	Strand	0			Meløy	2	
	Stavanger	0	7		Narvik	0	2
Vestland	Hyllestad	0	1		Rana	5	2
	Austrheim	1			Sortland -	0	
	Gulen	1	1		Vestvågøy	0	1
	Vik	1			Herøy	1	
	Stryn	1		**Troms og Finnmark**	Ibestad	1	
	Kinn	0			Båtsfjord	0	
	Kvinnherad	1			Lyngen	1	
	Stord	1	1		Tana	0	1
	Sunnfjord	0			Tjeldsund	2	2
	Øygarden	3			Vardø	1	
	Bergen	0	15		Vadsø	1	1
					Alta***	0	0
					Hammerfest	1	2
					Harstad	1	2
					Sør-Varanger	1	1
				Totalt	**80**	**70**	**61**

** Kommunene oppført med 0 lister uten lege pr. 1.3.2021 er kommuner som i perioden fra januar 2019 har hatt lister registrert uten lege over ett år, men som ikke har det lenger pr. 1 mars 2021.*

*** Tilskudd innvilget i 2020 inkluderer både ALIS tilskudd til fastleger med næringsdrift og ALIS tilskudd innvilget via prosjektene ALIS Vest og ALIS Nord.*

****Alta kommune har signalisert at tre flere lister enn registrert trolig skulle vært registrert som lister uten fast lege, og flere over ett år.*

Vedlegg 3:
Kjennetegn ved fastlegetjenesten etter kommunestørrelse og fylke

Tabell v3.1 Antall kommuner og lister fordelt på kommunestørrelse (innbyggertall) 2021

	Kommuner	Andel kommuner	Lister pr. 26.03.2021	Andel lister
Under 2 000 innb.	74	21,0	133	2,7
2 000-4 999 innb.	97	27,5	360	7,3
5 000-9 999 innb.	70	19,8	495	10,0
10 000-49 999 innb.	93	26,3	1854	37,4
50 000 innb.+	19	5,4	2116	42,7
	353	**100,0**	**4958**	**100,0**

NB. Rollag (Viken), Evenes (Nordland) og Dyrøy (Troms og Finnmark) ikke registrert med avtaler og inngår ikke i datagrunnlaget. Fastlegetjenesten dekkes gjennom samarbeid med andre kommuner.

Tabell v3.2 Kjennetegn ved fastlegeavtaler og lister etter kommunestørrelse.

	Andel Fastlønnet mars 2021	Andel med fellesliste mars 2021	Andel spesialister allmenn-medisin 31.12.2020	Andel lister uten lege, mars 2021	Median avtalevarighet 2020*
Under 2 000 innb.	77	28	45	17,8	4,0 år
2 000-4 999 innb.	51	15	46	9,1	5,9 år
5 000-9 999 innb.	26	5	54	7,1	6,7 år
10 000-49 999 innb.	14	2	61	3,8	7,8 år
50 000+	5	3	72	0,8	9,8 år
Totalt	**16**	**5**	**63**	**3,7**	**8,3 år**

**Avsluttede avtaler i løpet av. året og fortsatt pågående avtaler ved årsskiftet. Kilde Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)*

Tabell v3.3 Kjennetegn ved lister etter kommunestørrelse mars 2021.

	Andel lister over 1500 liste-innbyggere	Gjennomsnitt listelengde	Gjennomsnitt Listetak	Prosent Listelengde/ listetak gj.snitt
Under 2 000 innb.	0,0	514	700	77
2 000-4 999 innb.	1,0	723	818	89
5 000-9 999 innb.	1,5	872	913	96
10 000-49 999 innb.	5,1	1 019	1 048	97
50 000+	14,9	1 222	1 250	98
Totalt	**8,3**	**1 049**	**1 089**	**96**

Tabell v3.4 Kjennetegn ved kommuner i fylkene pr. mars 2021.

	Antall kommuner med fastlege-praksis registrert	Andel kommuner under 2000 innbyggere	Andel kommuner under 5000	Andel kommuner sentralitet 5 og 6 (lavest sentralitet)
Innlandet	46	17	48	59
Oslo	1			0
Viken	50	4	30	18
Vestfold/Telemark	23	13	39	39
Agder	25	32	44	44
Rogaland	23	13	39	39
Vestland	43	19	49	72
Møre og Romsdal	26	0	35	62
Trøndelag	38	26	47	68
Nordland	40	48	70	85
Troms og Finnmark	38	34	76	89
Total	**353**	**21**	**48**	**58**

NB. Rollag (Viken), Evenes (Nordland) og Dyrøy (Troms og Finnmark) inngår ikke i datagrunnlaget.

Tabell v3.5 Andel lister uten lege og avtalevarighet. Etter fylke pr. mars 2021.

	Andel lister uten lege	Andel lister siste uten fast lege over 1 år	Median avtalevarighet 2020*
Innlandet	7	4,0	8,3
Oslo	0	0,0	10,7
Viken	1,3	0,5	9,6
Vestfold/Telemark	1,5	0,6	6,9
Agder	2	0,4	8,4
Rogaland	1,9	0,5	8,3
Vestland	4,9	1,7	7,9
Møre og Romsdal	8,3	2,9	7,9
Trøndelag	4,9	2,4	7,6
Nordland	9,7	6,5	6,7
Troms og Finnmark	7,7	3,3	5,1
Totalt	**3,7**	**1,7**	**8,3**

**Avsluttede avtaler i løpet av året og fortsatt pågående avtaler ved årsskiftet. Kilde Nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)*

Tabell v3.6 Kjennetegn ved kommuner i fylkene pr. mars 2021.

	Andel leger som er spesialist allmennmedisin 31.12.2020	Andel Fast-lønnete	Andel med Felleslister	Andel Gruppe-praksiser
Innlandet	62	16	6,5	93
Oslo	72	5	4,8	95
Viken	63	6	3,4	95
Vestfold/Telemark	62	12	5,3	97
Agder	71	15	2,3	96
Rogaland	67	17	5	90
Vestland	60	22	3,7	90
Møre og Romsdal	63	9	1,1	92
Trøndelag	65	16	6,6	97
Nordland	48	49	9,3	83
Troms og Finnmark	56	41	8,6	94
Total	**63**	**16**	**4,9**	**93**

Tabell v3.7 Endring i gj.sn. listelengde 1.1.2019 -1.3.2021 og antall og andel innbyggere på liste uten lege pr.1.3.21.

	Gjennomsnitt listelengde 1 mars 2021	Endring fra 1 jan 2019- 1 mars 2021	% endring	Antall listeinnbyggere på liste uten lege 1 mars 2021	Andel liste-innbyggere på liste uten lege 1 mars 2021
Innlandet	951	-30	-3,0	18 325	5,0
Oslo	1 358	-10	-0,7	0	0,0
Viken	1 133	-27	-2,3	5 480	0,5
Vestfold/ Telemark	1 065	-44	-3,9	5 134	1,2
Agder	1 024	-14	-1,3	3 237	1,0
Rogaland	1 147	-25	-2,1	5 654	1,2
Vestland	979	-46	-4,5	12 570	2,0
Møre og Romsdal	950	-32	-3,3	17 992	6,8
Trøndelag	1 022	-50	-4,6	15 691	3,3
Nordland	795	-69	-8,0	15 436	6,5
Troms og Finnmark	748	-37	-4,7	14 333	5,9
Total	**1 049**	**-34**	**-3,2**	**113 852**	**2,1**

Tabell v3.8 Kjennetegn ved den eldre befolkningens kontakt med allmennlegetjenesten i 2020 etter kommunestørrelse.

	Sykehjem	**Fastlege Pr. 1000 innbyggere – alder 80+**				**Legevakt Pr. 1000 innbyggere 80+**	
Antall innbyggere	**Median legetimer pr. uke pr. bruker**	**Konsultasjoner**	**Syke-besøk**	**Tverrfaglige møter**	**Tverrfaglige e-konsultasjoner**	Konsulta-sjoner	**Syke-besøk**
Under 2 000	0,48	4 052	216	221	3,8	323	258
2 000-4 999	0,45	4 445	308	180	10,3	324	131
5 000-9 999	0,49	4 892	289	87	8,5	380	117
10 000-49 999	0,56	5 094	227	52	10,5	380	90
50 000+	0,65	5 238	186	34	5,5	333	135
Hele landet	0,51	5 051	223	63	8,0	355	118

Tabell v3.9 Antall konsultasjoner pr. 1000 innbygger etter kommunestørrelse, samt fastlegens kontakt med lege i spesialisthelsetjenesten (utløst takst) 2020.

Antall innbyggere	**Rate konsultasjon med fastlege**	**Andel kons uten fysisk oppmøte fastlege**	**Konsultasjoner legevakt**	**Fastlegens kontakt m lege i spesialist-helsetjenesten***
Under 2 000	2 573	0,05	219	40
2 000-4 999	2 760	0,08	224	52
5 000-9 999	2 887	0,33	231	43
10 000-49 999	2 959	0,06	251	57
50 000+	2 820	0,27	217	47
Hele landet	2 869	0,24	233	50

**Ny takst innført i juni 2019*

Vedlegg 4:
Samlet utvikling av kontakter i fastlege og legevaktstjenesten

I perioden 2017-2020 har det vært en nedgang i antall fysiske konsultasjoner pasientene har med fastlegen, mens antall e-konsultasjoner og telefonkonsultasjoner har økt. Totalt har antall konsultasjoner siste år økt. Det samme gjelder for legevakt. Enkle kontakter med fastlegekontoret hvor pasienten er til stede har gått ned fra 2017-2020, det samme har antall telefon kontakter. Enkle elektroniske kontakter med fastlegen har økt i samme periode. For legevakt har det vært en økning i alle typer enkle kontakter. Veksten i enkle kontakter med pasienten til stedet og mye av økningen i telefonkontakter skyldes pandemien. Mange tilfeller av testing for Covid-19 er ført som enkle kontakter (taktkode 1ad eller 1ak) i kombinasjon med takstkode 701a. Mange har tatt kontakt med legevaktene pr. telefon med Covid-19- relaterte spørsmål eller for å avklare sykdomstilfeller uten å måtte møte opp på legevakten.

Når det gjelder fastlegens kontakter med andre instanser har det vært en økning i enkle kontaktene med kommunale tjenester/NAV, mens det har vært en nedgang i antall samarbeidsmøter. Her omfatter samarbeidsmøter tverrfaglige samarbeidsmøter og dialogmøter med NAV. Dette samme gjelder også for legevakt. Antall registrerte kontakter som gjelder dialog med lege i spesialisthelsetjenesten har økt. Denne taksten ble innført i midten av 2019.

Tabell v4.1 Antall kontakter med fastlegen fordelt på type kontakt, 2017-2020

		2017	2018	2019	2020
Konsultasjoner	Konsultasjon	14 299 501	14 245 671	14 292 722	11 949 567
	Enkel kontakt med pasient tilstede	2 548 357	2 378 042	2 344 248	2 353 230
	Sykebesøk	88 889	88 575	88 519	116 501
Enkel kontakt med pasient	Enkel kontakt brev/tlf/adm	10 540 238	9 946 678	9 659 736	9 944 867
	Enkel kontakt elektronisk	464 965	1 015 741	1 569 865	2 387 202
	E-konsultasjon*	91 912	238 374	445 093	3 540 361
Kontakt med andre instanser om pasient	Enkel kontakt med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV	1 663 438	1 741 077	1 838 435	2 005 305
	Samarbeidsmøter	196 443	176 575	153 916	151 835
	Nødvendig dialog mellom fastlege og lege i spesialisthelsetjenesten	0	0	95 861	270 815
Adm. kontakt	Utvalgte takster administrativt arbeid	669 239	684 254	730 294	908 316

*Inkluderer telefonkonsultasjoner fra mars 2020

Tabell v4.2 Antall kontakter med legevakt fordelt på type kontakt, 2017-2020

		2017	2018	2019	2020
Konsultasjoner	Konsultasjon	1 301 348	1 289 296	1 324 830	1 180 408
	Enkel kontakt med pasient tilstede	68 848	57 808	63 228	1 347 953
	Sykebesøk	66 284	69 725	75 285	87 941
Enkel kontakt med pasient	Enkel kontakt brev/tlf/adm	588 169	677 131	723 419	1 255 345
	Enkel kontakt elektronisk	438	748	1 298	17 905
	E-konsultasjon	0	0	0	73 417
Kontakt med andre instanser om pasient	Enkel kontakt med helsepersonell/ kommunale tjenester/NAV	90 004	91 953	92 881	92 671
	Samarbeidsmøter	16 051	15 609	15 814	20
Adm. kontakt	Utvalgte takster administrativt arbeid	2 886	2 699	2 556	2 579

Tabell v4.3 Definisjon av type kontakt hos fastlege og legevakt.

	Kontakttype	**Regning med minst én av følgende takster:**
Konsultasjon med lege	Konsultasjon	2ad, 2ak, 2ed, 2fk 615*
	E-konsultasjon	2ae, 2af**
	Sykebesøk Tilleggstakster sykebesøk - tidsbruk/spesialist	11ad, 11ak 11bd, 11cd, 11id, 12ad, 12bd, 12cd, 13d
Enkel kontakt med pasient	Enkel kontakt med pasient til stede	1ad, 1ak, 1e, 618,701a*
	Enkel kontakt brev/tlf/adm	1bd, 1bk, 1g, 1h, 1i 612a*, 612b*
	Enkelt kontakt elektronisk	1be
Kontakt med andre instanser	Enkel kontakt med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV	1f
	Samarbeidsmøter - Tverrfaglig samarbeidsmøte - Dialogmøter NAV	 14 L36*, L35*, L35d*, L36d*
	Nødvendig dialog mellom fastlege og lege i spesialisthelsetjenesten	1j***
Andre kontakter for administrative formål	Utvalgte takster administrativt arbeid – Registrert uten å være knyttet opp mot annen kontakt	H1, 5, 7, 8 2kd*, 2ld*, L-takster*

**Gjennomgang av enkeltregninger og takst-innhold har vist at disse takster relativt ofte rapporteres alene. Disse er derfor inkludert.*
*** Innført april 2020*
**** Innført 2019.*