

# GJENNOMGANG AV ALLMENNLEGETJENESTEN

Ekspertutvalgets foreløpige rapport

1. DESEMBER 2022



# INNHOOLD

---

<b>SAMMENDRAG</b>	<b>3</b>
-------------------	----------

---

<b>1. OM EKSPERTUTVALGET, MANDAT OG ARBEIDSFORM</b>	<b>5</b>
---	----------

1.1 Ekspertutvalgets sammensetning og rolle	5
---	---

1.2 Ekspertutvalgets mandat	5
-----------------------------	---

1.3 Arbeidsprosess og involvering	6
-----------------------------------	---

---

<b>2. UTFORDRINGSBILDET</b>	<b>8</b>
-----------------------------	----------

---

<b>3. MÅLBILDET</b>	<b>10</b>
---------------------	-----------

---

<b>4. KOMPETANSE</b>	<b>12</b>
----------------------	-----------

4.1 Innledende om kompetanse og spesialisering	12
--	----

4.2 Dagens krav til kompetanse i allmennlegetjenesten	12
---	----

4.3 Legers grunnutdanning	13
---------------------------	----

4.4 Spesialistutdanningen i allmenmedisin	15
---	----

4.5 Hovedutfordringer innen kompetansefeltet	23
--	----

4.6 Ekspertutvalgets vurderinger	29
----------------------------------	----

---

<b>5. FINANSIERING OG ORGANISERING</b>	<b>36</b>
--	-----------

---

<b>6. LEGEVAKT</b>	<b>37</b>
--------------------	-----------

---

<b>VEDLEGG A - BEGREPSLISTE</b>	<b>38</b>
---------------------------------	-----------

---

<b>VEDLEGG B - OM FINANSIERING AV FASTLEGEORDNINGEN</b>	<b>39</b>
---	-----------

---

## SAMMENDRAG

---

### *Om denne foreløpige rapporten*

Utfordringsbildet for allmennlegetjenesten i Norge er sammensatt. Siden fastlegereformen i 2001 er det gjennomført en rekke justeringer, og deler av regelverket er blitt uoversiktlig, med mange detaljer og unntak fra hovedreglene. Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten har identifisert manglende kunnskap på flere områder som vi anser viktige for vurderinger av utfordringsbildet, særlig knyttet til utviklingen i innbyggernes behov og bruk av legetjenester.

Ekspertutvalget har bestilt statistikk og analyse for å bedre kunnskapsgrunnlaget, og denne kunnskapen vil kunne påvirke våre vurderinger av hvilke tiltak som vil være best egnet til å sikre gode allmennlegetjenester til den norske befolkningen. Ekspertutvalget kan foreløpig ikke se at det finnes ett tiltak som vil sikre bærekraftige tjenester framover. I stedet for å legge fram forslag til endringer av noen få enkeltelementer i allmennlegetjenesten og fastlegeordningen allerede nå, sikter utvalget mot å gi en mer samlet og helhetlig vurdering av allmennlegetjenesten i den endelige rapporten, som skal avgis i april 2023.

I denne løypemeldingen beskriver ekspertutvalget kort utvalgets arbeid så langt. Vi drøfter sentrale deler av kompetansefeltet, og gir anbefalinger knyttet til noen punkter. Kompetansefeltet vurderes i noe mindre grad å avhenge av forhold knyttet til organisering, enn for eksempel modeller for finansiering eller legevakt. Utvalget vil likevel understreke at anbefalingene på kompetansefeltet er foreløpige, og vi vurderer det som sannsynlig at anbefalinger kan bli justert når vi skal behandle allmennlegetjenesten mer helhetlig i vår endelige rapport.

Det er en rekke punkter i mandatet som ikke vurderes i denne rapporten. Sentrale eksempler er organisering, finansiering og legevakt. Organisering og finansiering av allmennlegetjenesten bør understøtte de overordnede målene for tjenesten og stimulere til innovasjon og utvikling i ønsket retning. Utvalget vurderer organiseringen av allmennlegetjenestene som et svært viktig tema, og vi vil framover blant annet diskutere gruppeavtaler, fast ansettelse, flerfaglige praksiser, oppgavedeling, legevakt og plassering av sørge-foransvaret. Organiseringen henger tett sammen med finansieringsordninger, og ulike finansieringsordninger vil ha forskjellige fordeler og ulemper under ulike organisasjonsformer. Motsatt vil finansieringsordningene over tid kunne påvirke utviklingen av organisasjonsformer og praksisinnretninger. Eksempler på problemstillinger rundt finansiering er kvalitetselement i basistilskuddet, risikjustering av basistilskuddet, sammensetningen av basisfinansiering vs. aktivitetsbasert finansiering, og takster som tilrettelegger for flerfaglige praksiser inkludert profesjonsnøytrale takster. Utvalget planlegger også å se på barrierer for etablering av ny og overdragelse av eksisterende fastlegepraksis, som eksempler på tiltak for å øke rekruttering av nye leger samt sikre trygghet for eksisterende fastleger.

### *Kompetanse – foreløpige vurderinger og anbefalinger*

Det stilles spesifikke krav til kompetanse for allmennleger som jobber med pasientrettet arbeid i kommunen. Ekspertutvalget er enige i kravenes intensjon om høy kompetanse i allmennlegetjenesten. Men nytten for innbyggerne av høye kompetansekrav må veies opp mot kostnadene ved en tilhørende begrenset tilgang på leger. Svært høye kompetansekrav vil kunne redusere innbyggernes tilgang til leger så mye at tjenestenes kapasitet og kvalitet faller. Reguleringen av kompetanse og spesialistutdanning for allmennleger i

kommunen er etter utvalgets vurdering for streng på noen områder. Samtidig er det på andre områder, som en konsekvens av situasjonen for øvrig, åpnet opp for at leger kan praktisere selvstendig i yrket uten noen særlig praktisk erfaring.

Etter endt grunnutdanning i Norge får leger autorisasjon til å praktisere selvstendig i yrket. Tidspunktet for autorisasjon, sammenholdt med at det ikke er nok LIS1-stillinger (tilsvarende gammel turnusordning), kan etter utvalgets vurdering utfordre pasientsikkerheten og bidra til økte utfordringer i starten av yrkeskarrieren for nyutdannede leger.

Grunnutdanningene for leger som jobber i Norge gir, etter utvalgets vurdering, ikke alltid nok læring i praksis til at nyutdannede leger er tilstrekkelig rustet til å utøve yrket selvstendig. Kompetansekravene er likevel ikke til hinder for at disse legene yter helprivate allmennlegetjenester, eller jobber som vikar i fastlegeordningen eller i andre kommunale stillinger. Et viktig tiltak for å utnytte legeressursene og sikre kompetanse i tjenesten, er derfor å sørge for tilstrekkelig antall LIS1-stillinger. For å få til dette anbefaler utvalget at antallet LIS1-stillinger økes betydelig. Utvalget mener et alternativ er å la LIS1-tjenesten utgjøre siste del av legers grunnutdanning i Norge, noe som også vil gjøre at leger med gjennomført KBU- og AT-tjeneste fra hhv. Danmark og Sverige kan kvalifisere for godkjenning av læringsmål i LIS1. Leger med norsk godkjenning som spesialist på bakgrunn av spesialistutdanning fra et annet land, bør slippe LIS1 når de skal påbegynne et nytt spesialiseringssløp.

Videre mener utvalget at det bør vurderes om sykehus og kommuner på eget initiativ skal kunne opprette LIS1-stillinger med mulighet for statlig finansiering. Kommunens posisjon i ansettelsesprosessene bør uansett styrkes. Det bør samtidig innføres karanteneregler ved ansettelse som LIS1 i kommunehelsetjenesten, med mål om å redusere frafallsprosenten for denne delen av tjenesten i distrikt.

Ekspertutvalget anbefaler at helseforetakene og kommunene i samme region kan gis ansvar for i fellesskap å vurdere behovet for, og opprettelsen av, LIS1-stillinger som knyttes til videre spesialiseringssløp i allmenntjenesten. Under hvilke betingelser eventuelle bindinger for disse stillingene kan innrettes, bør utredes videre.

For å bedre kapasiteten i tjenesten anbefaler utvalget flere endringer i spesialistforskriften. Endringene omfatter oppmykning av kravene til to års uselektert praksis, institusjonstjeneste og at veileder må være spesialist i allmenntjenesten. Leger som arbeider i korte vikariater gjentakende over år i kommunen bør unntas permanent fra kravet om å starte spesialistutdanning i allmenntjenesten.

Ekspertutvalget anbefaler opprettelse av utdanningsstillinger hvor ALIS er ansatt, og at veiledning av studenter, LIS1 og ALIS blir en prioritert del av allmenntjenestens oppgaver i kommunen.

Det er behov for å bedre kommunenes forutsetninger for å fylle rollen som utdanningsvirksomhet. Utvalget mener at et samarbeid om ivaretagelsen av kommunens ansvar som utdanningsvirksomhet på tvers av kommunegrensene, kan bidra til å heve kvaliteten i kommunenes arbeid, redusere arbeidsmengden og øke kommunenes forutsetninger for å lykkes.

Spesialisthelsetjenesten og helprivate tjenester har per i dag mulighet til å ansette leger i pasientrettet arbeid som ikke fyller de samme kravene til kompetanse som i kommunene. Utfordringene knyttet til dette er sammensatt, og det er behov for at problemstillingen utredes videre.

# 1 OM EKSPERTUTVALGET, MANDAT OG ARBEIDSFORM

## 1.1 Ekspertutvalgets sammensetning og rolle

Regjeringen nedsatte 11. august 2022 Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten. Medlemmene i ekspertutvalget er alle likestilte og uavhengige, og utvalget er selvstendig i sitt arbeid.

Mandatets problemstillinger utredes i henhold til utredningsinstruksen.

Tabell 1.1: Ekspertutvalgets medlemmer

Navn	Funksjon	Stilling
Kjetil Telle	Leder	Fagdirektør for helsetjenesteforskning ved Folkehelseinstituttet (FHI)
Birgit Abelsen	Medlem	Professor i helsetjenesteforskning ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin
Lilly Ann Elvestad	Medlem	Generalsekretær i Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)
Nina Tangnæs Grønvold	Medlem	Kommunedirektør i Fredrikstad
Tor Iversen	Medlem	Professor i helseøkonomi ved UiO
Kaveh Rashidi	Medlem	Allmennlege i spesialisering, fastlege i Oslo
Torstein Sakshaug	Medlem	Spesialist i allmenntjenestemedisin, fastlege i Trondheim

## 1.2 Ekspertutvalgets mandat

Utvalget skal utrede konkrete tiltak for å gjøre fastlegeordningen mer bærekraftig. Det er grunnleggende at de samlede ressursene i helse- og omsorgstjenesten skal utnyttes best mulig. Samtidig skal tjenestetilbudet til befolkningen over hele landet være godt, med bredde, kvalitet, kontinuitet, tilstrekkelig kapasitet og likeverdig tilgang. Ekspertutvalget skal blant annet utrede forhold knyttet til organisering, finansiering, legevakt og kompetanse.

Utvalget skal vurdere tiltak for å:

1. Øke kapasiteten ved å rekruttere flere leger, gjennom å tilrettelegge for flere profesjoner og mer samarbeid ved allmennlegekontorene og ved digitalisering.
2. Gjøre det enklere for kommunene med fast ansettelse av fastleger ved at fast ansettelse i større grad likestilles med næringsmodellen.
3. Gjøre det mer attraktivt for legestudenter å velge fastlegeyrket gjennom endringer i utdannings- og spesialiseringssløp.

Det vises til ekspertutvalgets mandat på regjeringens nettsider:

*Mandat for ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten - regjeringen.no*

Mandatet er omfattende og innebærer en gjennomgang av store deler av allmennlegetjenesten. Samtidig er tiden utvalget har fått til rådighet kort. Ekspertutvalget skal levere sine endelige vurderinger og anbefalinger 15. april 2023. I denne første rapporten, datert 1. desember 2022, legger utvalget fram noen foreløpige vurderinger og anbefalinger.

### 1.3 Arbeidsprosess og involvering

Det finnes en rekke rapporter og notater om noen deler av allmennlegetjenesten. Myndighetene har også igangsatt et arbeid med å gjøre allmennlegetjenesten mer bærekraftig.

En god oversikt over eksisterende kunnskapsgrunnlag, tiltak og erfaringer vurderes av utvalget som avgjørende for arbeidet som skal gjøres. Det er lagt opp en arbeidsprosess som i hovedsak bygger på innsikt fra eksisterende kunnskap, men som også henter inn ny statistikk og kunnskap på noen felt. Arbeidsprosessen omfatter også betydelig involvering, av ulike aktører i kunnskapsmiljøer, interesseorganisasjoner, tjenesten og andre.

#### *Sekretariat*

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å stille sekretariat for ekspertutvalget. Sekretariatet er underlagt utvalget og bidrar med kunnskapsinnhenting, herunder anskaffelse av statistikk og analyser, og informasjon om allmennlegetjenesten i andre land. Sekretariatet bistår også med praktiske forhold, og legger til rette for et godt og effektivt utvalgsarbeid.

#### *Trepartsmøter*

Utvalget deltar etter avtale i samarbeidsmøtene mellom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), KS – Kommunesektorens organisasjon, Oslo kommune og Den norske legeforening (Legeforeningen) for å orientere om arbeidet. Utvalgsleder og leder av sekretariatet har presentert utvalgets mandat og arbeid, samt mottatt innspill, i to trepartsmøter fra august til 1. desember 2022.

#### *Referansegruppe og andre eksterne*

Ekspertutvalget har også fått mulighet til å delta i, og innhente innspill fra, møter i referansegruppen for Helsedirektoratets arbeid med å styrke allmennlegetjenesten (Handlingsplan allmennlegetjenesten). Referansegruppen er bredt sammensatt av forsknings- og kompetansemiljøer, fagorganisasjoner, pasient- og brukerorganisasjoner, statlige og kommunale virksomheter med flere.

Det har i perioden fra august og fram til 1. desember 2022 vært gjennomført to referansegruppemøter, hvor utvalgsleder og leder av sekretariatet har presentert utvalgets mandat og arbeid med dette, og utvalget har mottatt innspill fra gruppen.

I tillegg har eksterne aktører, både organisasjoner, virksomheter og enkeltpersoner, i løpet av høsten 2022 kommet med innspill. Ekspertgruppen har begrenset kapasitet til å behandle slike innspill, men så langt er innspillene gjennomgått av sekretariatet, og sortert og behandlet som en del av utvalgets arbeidsprosess. Adresse for innspill er: [allmennlegetjenesten@helsedir.no](mailto:allmennlegetjenesten@helsedir.no)

#### *Bidrag fra eksterne til utvalgets møter*

Ekspertutvalget har gjennomført 8 heldagsmøter og ett kortere ettermiddagsmøte i perioden fra august til 1. desember 2022. Møtene høsten 2022 har i stor grad vært temabaserte. Mottatte innspill, møtedeltakelse og status for eksterne bestillinger har vært faste agendapunkter. For å belyse relevante tema er eksterne

foredragsholdere invitert inn i møtene. Tabell 1.2 gir en kort oversikt over datoer, tema og bidragsyttere for utvalgets møter høsten 2022. Planlagte møtedatoer framkommer også.

Tabell 1.2: Ekspertgruppens møteplan med eksterne bidragsyttere

Møte#	Dato	Tema	Eksterne bidragsyttere
1.	24.08.22	<ul style="list-style-type: none"> <li>Gjennomgang av mandatet</li> <li>Orientering om kunnskapsstatus</li> <li>Hovedutfordringer og mulige tiltak</li> </ul>	HOD, KS, Legeforeningen, Oslo kommune
2	09.09.22	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rutiner og prosess for arbeidet</li> <li>Status utfordringsbildet</li> <li>Målsetninger</li> <li>Legevakt</li> </ul>	Helsedirektoratet
3.	30.09.22	<ul style="list-style-type: none"> <li>Legevakt</li> <li>Kunnskap fra andre land</li> <li>Grunnutdanning</li> <li>Kompetansekrav og spesialisering</li> </ul>	NKLM, NSDM og UiB, Spesialistkomiteen, Helsedirektoratet
4.	14.10.22	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kompetansekrav og spesialisering</li> <li>Fast ansettelse i fastlegeordningen</li> <li>Oppgaver som kan flyttes ut av fastlegeordningen</li> </ul>	Helsedirektoratet, Drammen kommune, Narvik kommune, Notodden kommune, Brumunddal legesenter, NAV
5.	27-28.10.22	<ul style="list-style-type: none"> <li>Om helprivate allmennlegetjenester</li> <li>Om finansiering av allmennlegetjenesten</li> <li>Helsepersonellkomisjonens arbeid</li> <li>Fordeling basistilskudd og takst</li> <li>Finansiering i andre land – erfaringer</li> <li>Kvalitetsselement i basistilskuddet</li> <li>Differensiert/risikjustert basistilskudd</li> </ul>	Dr. Dropin, Kry, Kommunalavdelingen KDD, Helsepersonellkomisjonen, KS, Legeforeningen, Helsedirektoratet, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, avd. Nærsvård region Stockholm, Dansk Center for Sundhedsøkonomi, SKIL
6	11.11.22	<ul style="list-style-type: none"> <li>Overdragelse av praksis</li> <li>Statistikk – foreløpige funn fra SSB</li> <li>Arbeid med mellomrapport 1. desember</li> </ul>	Nasjonal nemnd i Legeforeningen, Seksjon for helse-, omsorg- og sosialstatistikk, SSB
7.	21.11.22	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mellomrapport (totimers møte)</li> </ul>	
8.	23.11.22	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientering om pågående arbeid, parallelle oppdrag og statsbudsjettet for 2023</li> <li>Digitalisering og bruk av ny teknologi</li> <li>Mellomrapportens foreløpige vurderinger og anbefalinger</li> </ul>	Helse- og omsorgsdepartementet Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Sykehuset Innlandet HF
9.	14.12.22	<ul style="list-style-type: none"> <li>Videre arbeid</li> </ul>	

Videre møter er planlagt med tilsvarende hyppighet og varighet fram mot sluttleveranse våren 2023.

## 2 UTFORDRINGSBILDET

---

Framskrivninger av forventet levealder og sykdom i Norge viser at en aldrende befolkning vil være den enkeltfaktoren som har størst betydning for sykdomsbyrden og helsetjenestebruken.<sup>1</sup> Folkehelseinstituttet viser til at forventet levealder ventes å fortsatt øke fram mot 2050. Det forventes også en endring i alderssammensetningen, hvor andelen eldre i befolkningen øker, særlig i distriktene. Et økende antall eldre medfører økning i sykkelighet, og med det økt behov for helsetjenester.

Ifølge framskrivningene vil viktige helseutfordringer i 2050 i all hovedsak være de samme som i dag. Muskel- og skjelettlidelser og psykiske lidelser vil fortsatt være viktige årsaker til helsetap, og er også sentrale årsaker til helsetjenestebruk, sykefravær og uførhet.

Bruken av helsetjenester øker vesentlig med alderen. Aldersgruppen over 70 år vil stå for nesten all forventet økning i bruk av offentlige helsetjenester fram mot 2040, herunder fastlege- og polikliniske tjenester, og innleggelse i sykehus. Det forventes også en betydelig økning i antall brukere av helse- og omsorgstjenester, fra ca. 350 000 i dag til omkring en halv million i 2040. Dette er også relatert til framskrivning av økning i andelen av de aller eldste, de over 90 år, samt en økning i sykkelighet i denne gruppen, sammenlignet med 2019.

Framskrivninger av befolkningen under 70 år viser en moderat økning eller svak nedgang. Tilsvarende forventes det kun en moderat økning eller svak nedgang av helsetjenestebruk i denne delen av befolkningen. Siden de under 70 år er langt flere enn de over 70 år, bruker denne gruppen totalt sett mest helsetjenester.

En aldrende befolkning er også den viktigste driveren for en klar økning i behovet for helsepersonell de neste tiårene<sup>2</sup>, gitt at helse- og omsorgstjenester skal gis på samme måte og i relativt sett samme omfang som i dag. Parallelt har man for leger, sykepleiere og helsefagarbeidere blitt avhengig av innvandrere med denne utdanningen, og vi har ikke bygget opp tilstrekkelig utdanningskapasitet i Norge, selv om konsekvensene av den demografiske utviklingen har vært kjent over tid. Det er også forventet et økt underskudd av andre grupper av helsepersonell, som vernepleiere, ergoterapeuter og jordmødre.

Utover alder er det store forskjeller i sykdomsbyrde og helsetjenestebruk mellom ulike sosiodemografiske grupper, definert etter eksempelvis inntekt og utdanningsnivå, og innvandrerbakgrunn.<sup>1 3 4</sup> Også når det kommer til innbyggernes helsekompetanse og forutsetninger for bruk av velferdsteknologi, er forskjellene store. Dette må hensyntas når framtidig behov for helsetjenester vurderes. Endret bruk av helsetjenesten, ved at den friske delen av befolkningen legger beslag på en større del av helsevesenets ressurser, kan være en mulig utfordring framover. Norge er allerede i verdenstoppen når det gjelder antall helsepersonell per innbygger, og har den fjerde beste legedekningen i OECD.<sup>5</sup> Framskrivninger viser en klar økning i behovet for antall helsepersonell fram mot 2040<sup>6</sup>, gitt at oppgavene skal løses på samme måte som i dag.

Ekspertutvalgets sluttrapport vil inkludere en grundig beskrivelse av utfordringsbildet i allmennlegetjenesten. Utvalget har bedt FHI og SSB utføre analyser for å belyse ulike sider av utfordringsbildet. Utvalget mener det

---

<sup>1</sup> Folkehelseinstituttet. *Folkehelse rapporten. Framtidens utfordringer for folkehelsen. Sykdomsbyrde, bruk av helse- og omsorgstjenester, og smittsomme sykdommer.* Oslo, 2022

<sup>2</sup> Hjemås, Zhiyang, Kornstad, Stølen. *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035.* SSB. 2019.

<sup>3</sup> Dahl og Elstad. *Sosial ulikhet tar liv. Nasjonalforeningen for folkehelsen.* Oslo, 2022

<sup>4</sup> Folkehelseinstituttet. *Helse blant personer med innvandrerbakgrunn. Folkehelse rapporten, nettutgave.*

<sup>5</sup> OECD. *Health at a glance 2021: OECD indicators.*

<sup>6</sup> Cappelen, Dapi, Gjefsen, Stølen. *Framskrivninger av arbeidsstyrken og sysselsettingen etter utdanning mot 2040.* SSB. 2020.



---

er sentralt at utviklingen i allmennlegetjenestene blir undersøkt nærmere, med vekt på innbyggernes behov og perspektiv, blant annet ved analyser av befolkningens tilgang til og bruk av fastlege, og brukererfaringer i fastlegetjenesten.

Videre vil fastlegenes situasjon og hvordan denne har utviklet seg over tid, rekruttering og avgang til/fra fastlegeordningen og utvikling i listelengde per fastlege, bli beskrevet. Utvalget har også bedt om noen registeranalyser av fastlegens arbeid utover kontortid, samt undersøkelse av omfang/utbredelse av de ulike driftsformene, og utvikling over tid. Analyser av inntektsutviklingen for fastleger, sammenliknet med sykehusleger og andre relevante legegrupper, og analyser av hvor det blir av legene når de slutter som fastlege, er også bestilt.

### 3 MÅLBILDET

---

Befolkningen i Norge har lovfestet rett til gode helse- og omsorgstjenester gjennom hele livet. Ansvar for helsetjenester i Norge er delt mellom stat og kommune. Mens staten har ansvar for å tilby helsetjenester på spesialistnivå, har kommunen et overordnet ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til alle som oppholder seg i kommunen.<sup>7</sup> Kommunens ansvar er omfattende, og innebærer blant annet å sørge for nødvendige allmennlegetjenester til befolkningen, herunder å organisere fastlegeordning, legevakt og andre allmennlegeoppgaver.<sup>8</sup>

Et overordnet målbilde for allmennlegetjenesten må se ut over helse- og omsorgstjenestene, og også støtte opp under forebygging, arbeidsliv, utdanning og de norske velferdstjenestene i stort. Ekspertutvalget vil forsøke å beskrive et målbilde for allmennlegetjenesten, og særlig fastlegetjenesten, som kan gi retning og veiledning når fordeler og ulemper ved ulike organisasjons- og finansieringsmodeller skal vurderes. En mulig formulering av det overordnede målet for allmennlegetjenesten kunne være at den skal understøtte at de kommunale tjenestene bidrar til best mulig helse i hele befolkningen, innenfor politisk vedtatte rammer. Allmennlegetjenesten er en sentral del av den kommunale helse- og omsorgstjenesten og portvokter til andre deler av helsetjenesten.<sup>9</sup> Det er viktig at fastlegen bidrar til mer helhetlige og koordinerte tjenester for innbyggerne.

Et målbilde for allmennlegetjenesten må omfatte flere perspektiver. Øverst står innbyggerne og pasientene – det er først og fremst dem allmennlegetjenesten er til for og skal tjene. Allmennlegetjenesten må også legge til rette for og støtte dem som jobber der. Dessuten må tjenesten understøtte arbeidet ellers i kommunen og den øvrige helse- og velferdstjenesten. Uklare mål gjør det vanskeligere å identifisere de mest sentrale utfordringene ved dagens ordning, og finne effektive og treffende tiltak.

I arbeidet med å definere et realistisk målbilde må allmennlegetjenesten ses i sammenheng med samfunnets samlede ressurstilgang i årene som kommer. Dette innebærer at organisasjonsformene og tjenestene i stadig større grad må ha dokumentert effekt. Det samme gjelder arbeidsdelingen og samhandlingen mellom helsepersonell og tjenestenivåene. Helse- og omsorgstjenesten, herunder allmennlegetjenesten, bør innrettes slik at den kan gi gode tjenester til flere innbyggere, uten at kostnadene eller bruk av personell nødvendigvis øker. For å få til dette må både befolkningens og helsepersonells forventninger til hvilke tjenester som kan ytes, og av hvem, utvikles. Tjenestenes evne til å utvikle effektive organisasjonsformer og tjenester som både reduserer kostnadene og er til pasientens beste, må også forbedres.

Økende forventninger til helsetjenestene i befolkningen, knappere ressurser og økt tjenestebehov, gjør det nødvendig med stadig tydeligere prioriteringer. Klare prioriteringer er også en forutsetning for å sikre likeverdig allmennlegetjenester i alle deler av befolkningen. Behovet for helhetlig tenkning om ressursbruk og planlegging i helsetjenesten gjenspeiles i Blankholmutvalgets anbefaling om felles prioriteringskriterier for hele helse- og omsorgstjenesten.<sup>10</sup> Etter ytterligere justering av prioriteringskriteriene nytte, ressurs og alvorlighet, er mestring nå inkludert i nytte-kriteriet.<sup>11</sup>

Likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester for alle innbyggere i Norge innebærer at alle skal ha samme mulighet til å få gode og tilpassede helsetjenester, uavhengig av bosted, sosioøkonomiske forutsetninger,

---

<sup>7</sup> Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1 og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3-1

<sup>8</sup> Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. §§ 3-2 og 3-9 og forskrift om fastlegeordning i kommunene § 3

<sup>9</sup> [Høringsnotat om revidert fastlegeforskrift. 2012.](#)

<sup>10</sup> NOU 2018: 16. Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester. Helse og omsorgsdepartementet.

<sup>11</sup> Meld. St. 38 (2020–2021). Nytt, ressurs og alvorlighet. Prioriteringer i helsetjenesten.

funksjonsevne, alder, kjønn, kjønnsuttrykk, seksuell orientering, etnisitet, språk, tro og livssyn. Geografiske ulikheter og ulik tilgang til personell, medfører at utformingen, og hvilke løsninger som benyttes for å tilby likeverdige tjenester, vil variere fra sted til sted. Likeverdig tilgang er et viktig fundament og et grunnleggende mål for hele helse- og omsorgstjenesten. Helseteknologi har et stort potensial, både for bedret bærekraft og en effektivisering av måten allmennlegetjenesten leveres på, og allmennlegetjenestene må organiseres og finansieres på en måte som fremmer innovasjon og forbedring.

En uttalt målsetning er at allmennlegetjenestene skal være gode og med bredde, kvalitet og kontinuitet. Kvalitet kjennetegnes ved at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt.<sup>12</sup> For å oppnå dette er det behov for å allokere mest tids- og ressursbruk til pasienter med størst behov og nytte, og hvor mer teambasert arbeid og tverrfaglighet kan tenkes å være nødvendige virkemidler.

Det vil også være behov for å stimulere innovasjon som fremmer tjenestenes kvalitet og effektivitet, og omfatter utvikling av nye produkter, tjenester og organiseringsformer. Gitt utfordringsbildet og ressursbegrensningene framover, er det mulig vi kan være nødt til å bli mer opptatt av å *bevare* enn å *øke* kvaliteten og kapasiteten i helse- og omsorgstjenestene.

---

<sup>12</sup> Meld. St. 11 (2020–2021). Kvalitet og pasientsikkerhet 2019

## 4 KOMPETANSE

---

### 4.1 Innledende om kompetanse og spesialisering

Med formål om å heve kvaliteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det forskriftsfestet krav til legens kompetanse, og til innhold og gjennomføring av spesialistutdanningen i allmennmedisin.

Samtidig som kravene er ment å sikre kompetanse i tjenesten, gir de en begrensning i hvem som kan yte allmennlegetjenester i kommunen. For rigide kompetansekrav kan medføre diskontinuitet og svekket kapasitet i tjenesten, ved at allmennleger som ikke fyller kravene, ikke kan jobbe med pasientrettet arbeid i kommunen. Det er derfor viktig at fordelene ved kompetansekravene vurderes mot potensielle ulemper de kan ha for rekruttering og stabilitet i tjenesten.

Det er behov for oversiktlige og forutsigbare utdanning- og spesialisingsløp, også for leger som spesialiserer seg i allmennmedisin. I tråd med mandatet, utreder ekspertutvalget både permanente og tidsavgrensede endringer i kompetansekrav for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester, og endringer i utdanningsløp for spesialistutdanning i allmennmedisin, som kan bedre rekrutteringen. Utvalget vurderer også innretningen på den delen av allmennlegenes spesialisering som skal skje i sykehus, egne stillinger for ALIS i sykehus og mulig innretning av fast lønn for leger som spesialiserer seg i allmennmedisin.

Det er i dag fastsatte krav til etterutdanningsprogram knyttet til utløsning av tilleggskost for spesialister i allmennmedisin. Utvalget har til fristen 1. desember ikke rukket å utrede mulige endringer i etterutdanningen av allmennleger.

### 4.2 Dagens krav til kompetanse i allmennlegetjenesten

#### 4.2.1 Om kompetanseforskriftens hovedregler

Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten (kompetanseforskriften) trådte i kraft i februar 2017. Kompetanseforskriften kom som en oppfølging av Meld. St. 29 (2014–2015) Primærhelsemeldingen, blant annet begrunnet i at god kompetanse på riktig nivå og sted og til riktig tid, er en forutsetning for gode, effektive og trygge tjenester.

Forskriften krever at alle leger som starter som fastlege, eller i annet pasientrettet arbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, skal være spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin<sup>13</sup>. For å kunne starte spesialistutdanning i allmennmedisin, må legen ha gjennomført LIS1.

For at en lege skal ha rett til trygderefusjon (ved inngåelse av fastlegeavtale eller vikariat for fastlege), må kravene i kompetanseforskriften være oppfylt og legen må ha gjennomført LIS1.

Uavhengig av kravene i kompetanseforskriften, må kommunen sørge for at helse- og omsorgstjenestene som tilbys eller ytes i kommunen er forsvarlige.<sup>14</sup> En sentral del av denne plikten er å sikre tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene. Kompetanseforskriften kan på denne måten ses som en spesifisering av forsvarlighetskravet for allmennlegetjenester.

---

<sup>13</sup> Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten – Lovdata

<sup>14</sup> [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester – Lovdata](#)

Det er ikke stilt tilsvarende kompetansekrav til leger i spesialisthelsetjenesten, eller for helprivate tilbydere av helse- og omsorgstjenester. For begge disse er det kravene til å sikre forsvarlighet i tjenestene som nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven som er bestemmende for hvilken kompetanse det er behov for, gitt oppgavene som skal utføres.<sup>15</sup> For den offentlige spesialisthelsetjenesten vil statens eierskap til de regionale helseforetakene gi staten anledning til å gi føringer for kompetansebehov der det er nødvendig i styringslinjen. Dette står i motsetning til den kommunale helse- og omsorgstjenesten, som drives av selvstendige, folkevalgte og selvstyrte kommuner, som styres gjennom budsjettvedtak og tilskudd, og som kun kan bindes opp av staten gjennom lov og forskrift<sup>16</sup>.

#### 4.2.2 Unntak fra kompetansekrav

Unntaksbestemmelsen i kompetanseforskriften gjelder for leger som tiltrer ett eller flere vikariat i kommunen av inntil ett års varighet, deltar i kommunalt organisert legevakt utenom sitt ordinære arbeid, eller har en annen godkjent spesialistutdanning og arbeider utenfor fastlegeordningen. En lege kan arbeide i flere vikariater, men vikariatene kan imidlertid ikke overskride ett år samlet sett<sup>17</sup>.

Videre åpner forskrift for rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter opp for at vikar for fastlege og legevakt uten godkjent LIS1 eller norsk turnustjeneste, gis rett til trygderefusjon. Etter ett års vikariat må læringsmålene for LIS 1 være oppnådd for å ha rett til trygderefusjon i fastlegepraksis.

Rett til trygderefusjon gis lege som tiltrer vikariat ved legevakt av inntil to måneders varighet, herunder lege som har grunnutdanning og yrkeserfaring fra et EU/EØS-land, eller lege som har grunnutdanning utenfor EU/EØS og som har fått autorisasjon i Norge på bakgrunn av minst tre års yrkeserfaring fra et annet EU/EØS-land. I begge tilfellene gjelder det at yrkeserfaringen må gi tilsvarende erfaring fra sykehus og primærhelsetjeneste/kommune som LIS 1. Legen kan ha ett eller flere vikariater, men kun i to måneder per kalenderår.<sup>18</sup>

Som et tiltak for å bedre allmennlegekapasiteten under koronapandemien, og ved mottak av flyktninger fra Ukraina, er det innført en endring som innebærer at tilsetting i og forlengelse av vikariater til sammen kan vare i mer enn ett år, så lenge vikariatet ikke varer lenger enn til 31. desember 2023. Det gjort også gjort unntak fra to-måneders grensen for vikariat med lege uten godkjent LIS1/norsk turnustjeneste i legevakt<sup>19</sup>.

Per 30.4.2022 hadde 187 av omtrent 900 fastlegevikarer (tilsvarende ca. 20 prosent av vikarene) ikke gjennomført LIS1-tjeneste<sup>20</sup>.

### 4.3 Legers grunnutdanning

#### 4.3.1 Grunnutdanningen av leger i dag

Studenttall for de siste årene viser at nærmere 47 prosent av alle norske medisinstudenter studerer i utlandet, og at 2 av 3 studerer i landene Polen, Ungarn og Slovakia<sup>21</sup>. I Norge er det fire universiteter som tilbyr

<sup>15</sup> [Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. – Lovdata](#) og [Lov om helsepersonell m.v. – Lovdata](#)

<sup>16</sup> [Lov om kommuner og fylkeskommuner – Lovdata](#)

<sup>17</sup> [Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten – Lovdata](#)

<sup>18</sup> [Forskrift om rett til trygderefusjon for leger, spesialister i klinisk psykologi og fysioterapeuter – Lovdata](#)

<sup>19</sup> Når det som følge av utbruddet av SARS-CoV-2-viruset eller et høyt antall ankomster av personer fordrevet fra Ukraina er nødvendig for å sikre at kapasiteten i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ikke overskrides, kan tilsetting i eller forlengelse av vikariater være på til sammen mer enn ett års varighet dersom vikariatet ikke varer lenger enn til og med 31. desember 2023

<sup>20</sup> Helsedirektoratet: *Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024- Statusrapport – 2. tertial 2022*

<sup>21</sup> [rapport-grimstadutvalget-.pdf \(regjeringen.no\)](#)

medisinutdanning; Norges teknisk naturvitenskapelige universitetet (NTNU), Universitetet i Bergen (UiB), Universitetet i Oslo (UiO) og UiT Norges arktiske universitet (UiT). Medisinstudiet går over 6 år og gir til sammen 360 studiepoeng.

Ifølge tall fra Samordna opptak var det i 2022 til sammen for alle de fire universitetene 731 planlagte studieplasser i medisin. Dette er en økning fra 580 planlagte studieplasser i 2007 og 636 planlagte studieplasser i 2018. Det er planlagt en ytterligere økning med 30 nye studieplasser fra og med høstopptaket 2023. Økningen planlegges lagt til UiT<sup>22</sup>. Alle universitetene tar opp flere studenter enn de planlagte studieplassene, og etter suppleringsopptaket var det i 2022 gitt tilbud om studieplass til 985 søkere<sup>23</sup>.

I Norge er allmenntidrett, sammen med kirurgi og medisin, ett av de store fagene som skal læres i medisinstudiet. Mye av læringen skjer i praksis, og per i dag har medisinstudentene i Bergen, Trondheim og Oslo i all hovedsak 6 ukers praksis i allmenntidrett i løpet av de siste to studieårene, mens studentene i Tromsø har 8 uker praksis. I forskrift om nasjonal retningslinje for medisinutdanning § 26 står det at *Omfanget av praksisstudiene skal være minimum 24 uker. Minst 10 uker bør gjennomføres i primærhelsetjenesten*<sup>24</sup>. Når medisinstudenter har praksis skal de arbeide som leger med legeoppgaver under veiledning.

Ulike modeller for desentralisering kan gi nye muligheter for tilknytning til distrikt og til allmenntidrett. UiT har desentralisert utdanning i Finnmark og Bodø, og NTNU har desentralisert utdanning i Levanger. Alle universitet planlegger for desentraliserte studieløp i sine regioner.

UiT har egne kvoter for opptak av studenter med nordnorsk tilknytning. På medisinstudiet er 60 prosent av studieplassene reservert søkere med nordnorsk tilknytning. Innenfor denne rammen er åtte studieplasser reservert søkere med tilknytning til Nord-Troms og Finnmark<sup>25,26</sup>. I tillegg er inntil to studieplasser reservert for samiske søkere<sup>27</sup>. Antallet studieplasser på medisin ved UiT har økt de senere år, og er også planlagt økt i 2023, men antall kvoteplasser for Nord-Troms og Finnmark og samiske søkere har vært uendret.

Leger i Norge får i dag autorisasjon ved avsluttet grunnutdanning i medisin, noe som innebærer at de kan praktisere selvstendig som lege. Endringen av tidspunktet for autorisasjon ble innført i 2012 og samtidig med omleggingen av den tidligere turnustjenesten fra trekningsbasert til søknadsbasert ordning.

#### 4.3.2 Kunnskap om grunnutdanningens effekt på rekruttering

Kunnskap om hvordan grunnutdanningen i medisin kan rekruttere studenter til allmenntidrett er viktig. Grimstadutvalget leverte sin rapport september 2019. Utvalget peker på at dimensjonering av studieplasser i medisin må ses i sammenheng med helsetjenestens behov, og anbefaler at Norge på kort sikt utdanner 80 prosent av legene selv, tilsvarende totalt 1076 studieplasser. Gjennomføring av grunnutdanningen i medisin bør inkludere en større del av helsetjenesten, både i praktisk og klinisk undervisning. Videre anbefaler utvalget desentraliserte studieløp, der studentene er ved campuser utenfor universitetsbyen i større deler av

<sup>22</sup> [Statsbudsjettet 2023 – regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

<sup>23</sup> [Samordna opptak, opptakstall fordelt utdanningsområde og type i 2022](#)

<sup>24</sup> [Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinutdanning – Lovdata](#)

<sup>25</sup> [Kvoteplasser for Nord-Troms omfatter syv kommuner. Kommunene Karlsøy, Kvænangen, Kåfjord, Lyngen, Nordreisa, Skjervøy og Storfjord utgjør til sammen Nord-Troms. Kvoteplasser for Finnmark omfatter hele fylket](#)

<sup>26</sup> [Universitet og høyskole – Kvoteplasser for Nord-Troms og Finnmark – Samordna opptak](#)

<sup>27</sup> [Universitet og høyskole – Samiske kvoteplasser – Samordna opptak](#)

studietiden, at kommunehelsetjenesten benyttes mer som læringsarena i medisinstudiet, og at det innføres nasjonale finansieringsordninger for praksisstudier i primærhelsetjenesten<sup>28</sup>.

Fra forskningslitteraturen vet vi at det å ha oppveksterfaringer fra distrikt, og praksis i distrikt under utdanningen, øker sjansen for å jobbe i distrikt etter endt utdanning. Samtidig pekes det på at dette ikke er nok, og at både gjennomføring av spesialistutdanning og at den første jobben etter endt utdanning er i distrikt, er faktorer som kan rekruttere<sup>29</sup>.

For leger er arbeid i distrikt ofte synonymt med arbeid i allmennt medisinske stillinger. En systematisk oversikt viser at det i ulike land er etablert fem hovedtyper utdanningstiltak for grunnutdanningen i medisin, som hver for seg, eller i kombinasjoner, er assosiert med økt tilbøyelighet blant de uteksaminerte til å velge distrikt som arbeidssted. Utdanningstiltakene dreier seg om prioritert opptak av en større andel studenter fra distrikt, desentraliserte utdanningsløp, praksisnær læring i distrikt, bindingstid i distrikt etter endt utdanning og at studieplanen er lagt opp slik at den gir distriktrelevant læringsutbytte<sup>30</sup>.

Siden 2009 har inntil 24 legestudenter ved UiT årlig fullført de to siste årene av utdanningen i Bodø. Studenter som valgte desentralisert medisinutdanning i Bodø, hadde i stor grad tilhørighet til regionen. Bodø og regionen rundt har, som følge av dette, fått en netto tilvekst av leger til allmennt medisinske stillinger<sup>31</sup>.

## 4.4 Spesialistutdanningen i allmennt medisin

### 4.4.1 Ny ordning for spesialistutdanning

Ny spesialistutdanning for leger trådte i kraft 1. mars 2019, etter mange års utredning. Den nye spesialistutdanningen er kompetansebasert, med intensjon om at det er hva legen *kan* som teller.

Alle læringsmål er forskriftsfestet<sup>32</sup>. Videre er ulike former for læringsaktiviteter, veiledning, supervisjon, kompetansevurdering og prosess for godkjenning av læringsmål viktige elementer i utdanningen. Det er krav til individuell veiledning, hvor refleksjon, råd, oppfølging av faglig progresjon og bidrag i vurderingen av leger i spesialisering inngår. Det er ikke krav om at veileder for LIS1 må være spesialist, men det er krav om at veileder for ALIS må være spesialist i allmennt medisin.

Med ny ordning for spesialistutdanning har kommunene som er registrert som utdanningsvirksomhet, fått et helt nytt ansvar. Kommunen skal legge til rette for spesialistutdanning i allmennt medisin, blant annet ved å bidra til at utdanningen gjennomføres i åpen uselektert allmennt praksis, og bidra til helhetlige utdanningsløp på tvers av kommuner, private aktører, andre aktuelle aktører og læringsarenaer i spesialisthelsetjenesten.<sup>33</sup>

Helsedirektoratet skal følge med på helheten og kvaliteten i spesialistutdanningen, herunder gi anbefalinger om utarbeidelse av og innhold i utdanningsvirksomhetenes utdanningsplaner. Direktoratet kan også gi anbefalinger om læringsaktiviteter og om vurdering av leger i spesialisering. Direktoratet fatter vedtak om spesialistgodkjenning, og godkjenning eller registrering av utdanningsvirksomheter.

---

<sup>28</sup> [Utredning fra Grimstadutvalget, oppnevnt av Kunnskapsdepartementet 2019: STUDIEPLASSER I MEDISIN I NORGE Behov, modeller og muligheter](#)

<sup>29</sup> [Notat til demografiutvalget.pdf \(regjeringen.no\)](#)

<sup>30</sup> [Tiltak i grunnutdanningen for å sikre leger til distrikt – en systematisk oversikt | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](#)

<sup>31</sup> [Leger utdannet i Bodø – hvem er de og hvor blir de av? | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](#)

<sup>32</sup> [Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger \(spesialistforskriften\) – Lovdata](#)

<sup>33</sup> [Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger \(spesialistforskriften\) § 5 – Lovdata](#)

#### 4.4.2 LIS1 – første del av spesialistutdanningen

Den tidligere turnustjenesten er i ny ordning erstattet med spesialistutdanningens første del (LIS1), som er en felles plattform med både kliniske læringsmål og felles kompetansemål som alle leger må nå før de kan gå videre i et spesialiseringssløp.

Helse- og omsorgsdepartementet fastsetter hvor mange stillinger i spesialistutdanningens første del som skal opprettes i sykehusene og i kommunene. Helsedirektoratet fordeler antall stillinger i sykehus til hvert av de regionale helseforetakene. De regionale helseforetakene oppretter stillinger innen helseregionen i de enkelte helseforetakene. Stillinger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten fastsettes fylkesvis av Helsedirektoratet, og fordeles til de enkelte kommunene i samråd med statsforvalteren.

Sykehusdelen av LIS1-stillinger tilbys ved alle landets helseforetak samt noen private, ideelle, sykehus. Selv om ny spesialistutdanning er kompetansebasert, er kravene til selve utdanningstiden, som består av 12 måneder i sykehus og 6 måneder i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, bevart. Alle LIS1-stillinger skal lysenes ut. Stillinger som blir ledige fordi legen slutter, blir syk eller går ut i permisjon, skal lysenes ut som reststillinger.

Utdanningens første del må være gjennomført før legen kan begynne på andre eller tredje del av spesialistutdanningen. Dette innebærer at både utdanningstid og alle læringsmålene må være oppnådd.

Antall LIS1-stillinger er bestemmende for hvor mange leger som kan fortsette sin spesialistutdanning, og rekrutteres til videre spesialisering i sykehus og spesialisering i allmenntilleggsmedisin. Det har over mange år vært langt flere søkere enn tilgjengelige LIS1-stillinger<sup>34</sup>. I søknadsrunden høsten 2021 var det 921 søkere til 525 LIS1-stillinger med oppstart 1.3.2022. 57 prosent av søkerne fikk tilbud om stilling<sup>35</sup>. Upubliserte data fra Helsedirektoratet viser at det våren 2022 var 1193 søkere til 562 LIS1-stillinger med oppstart 1.9.2022. 48 prosent av søkerne fikk tilbud om stilling.

#### 4.4.3 Kunnskap og tidligere utredninger om LIS1

Helsedirektoratet utgir statusrapporter etter hver søknadsrunde for LIS1-stillinger<sup>36</sup>. Statusrapportene baserer seg på oversikt over stillingsannonser, mottatte søknader og ansettelses i helseforetakene, men gir ingen opplysninger om ansettelses av LIS1 i kommunene. De gir heller ingen opplysninger om gjennomføringen av LIS1-tjenesten.

Helsedirektoratet beregnet i 2019 et framtidig behov for LIS1-stillinger på omtrent 1150 per år, altså en økning fra 950 tilsvarende 21 prosent<sup>37</sup>. Med 31 nye LIS1-stillinger 2022, og uten en tilsvarende økning for våren 2023<sup>38</sup>, mangler det 31 stillinger for å nå direktoratets anbefaling<sup>39</sup>. Av hensyn til kvalitet på utdanning og pasientsikkerhet anbefalte direktoratet; å opprettholde rekkefølgekravet om at sykehustjenesten må gjennomføres først, ingen reduksjon i varigheten på LIS1, uendrede krav til oppnådde læringsmål eller fraværsregler for å kunne gå videre til neste del av spesialistutdanningen. Høye søkertall til LIS1-stillinger har

<sup>34</sup> [Leger i spesialisering – Statusrapporter for søknadsrunder – Helsedirektoratet](#)

<sup>35</sup> [Antall LIS1 stillinger øker - Helsedirektoratet](#)

<sup>36</sup> [Leger i spesialisering – Statusrapporter for søknadsrunder – Helsedirektoratet](#)

<sup>37</sup> [Vurderings av antall LIS1-stillinger IS-2802 \(helsedirektoratet.no\)](#)

<sup>38</sup> [Statsbudsjettet 2023 – regjeringen.no](#)

<sup>39</sup> [Vurdering av antall LIS1-stillinger IS-2802 \(helsedirektoratet.no\)](#)



bevart en god geografisk fordeling av LIS1 til de ulike deler av landet, men det er utfordringer med kontinuitet knyttet til frafall og oppsigelser i de minst folkerike og minst sentrale kommunene<sup>40</sup>.

LIS1-stillinger som knyttes opp mot videre spesialisering i allmennmedisin, kan være et virkemiddel i arbeidet med å bedre rekruttere og stabilisere leger i kommunen. I Helsedirektoratets forslag om knytting av LIS1-stillinger anbefales det ingen bindingstid eller karanteneordninger. LIS1-stillingene foreslås primært knyttet til fastlønnede allmennlegestillinger, og at rekrutteringssvake kommuner som kan tilby spesialistutdanning av god kvalitet bør prioriteres<sup>41</sup>.

Helsedirektoratet har anbefalt midlertidig forlengelse av unntak fra kompetansekravet, med tilsvarende refusjonsrett, fram til og med 31.8.2023. Leger som kun arbeider som vikar i kommunen, med en varighet på inntil 3 måneder per år, anbefales unntatt permanent fra kompetansekravet. Videre påpekes det at det er uheldig at leger som allerede har oppnådd en norsk spesialistgodkjenning, basert på utenlandsk utdanning og ofte mange års erfaring, må gjennomføre LIS1 før de kan starte i spesialistutdanning i spesialitet nr. 2. Direktoratets vurdering er at det bør være opp til arbeidsgiver å vurdere legens samlede kompetanse, ved tilsetning som ALIS i kommunen<sup>42</sup>.

I en studie fra 2017 finner Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) at den nye LIS1-tjenesten er sentraliserende. Det er vekst i utlysningen av kommunale reststillinger og tegn til at LIS1-stillinger i distriktskommuner systematisk velges bort. Helseforetakene sitter i førersetet, mens kommunene i liten grad blir involvert, både i etableringen og i den videre driften av den nye LIS1-tjenesten. Videre at utlysning av egne kommunale reststillinger oppleves arbeidskrevende og byråkratisk<sup>43</sup>.

En studie fra 2020 undersøker om det har oppstått sosial ulikhet i tilgangen til LIS1 stillinger, som følge av overgangen fra loddtrekning til søknadsbasert opptak. Samlet sett tyder resultatene på at leger fra høyere sosiale lag har fått lettere tilgang til LIS1-stillinger ved de mest attraktive sykehusene etter reformen, mens kandidater med innvandrerbakgrunn har fått svekket sin tilgang til slike stillinger etter reformen. Analysen er ikke egnet til å skille mellom mekanismer på arbeidstaker- eller arbeidsgiversiden, men sannsynligvis er begge deler virksomme<sup>44</sup>.

#### 4.4.4 ALIS – siste del i spesialiseringsløpet i allmennmedisin

Andelen fastleger med spesialisering i allmennmedisin har økt jevnt over tid. I 2015, da spesialisering i allmennmedisin fortsatt var frivillig, hadde 57,8 prosent av landets fastleger spesialisering i allmennmedisin. Fra 2015 til 2021 har andelen økt i samtlige fylker, og ved utgangen av 2021 hadde 63,9 prosent av landets fastleger spesialisering i allmennmedisin<sup>45</sup>.

Gjennom spesialistutdanningen er intensjonen at legen skal tilegne seg en dypere forståelse for, og kunnskap om, det allmenne sykdomsbildet i befolkningen, og hvor erfaring med utredning, behandling og oppfølging av allmennmedisinske problemstillinger hos pasienter i alle aldre og over tid står sentralt. Samlet sett må tjenestetiden i tredje del ha en varighet på minst fem år, og tredje del vil sammen med utdanningens første del utgjøre minst seks og et halvt år.

<sup>40</sup> [Spesialistutdanning for leger – LIS1 IS-3002 \(helsedirektoratet.no\)](#)

<sup>41</sup> [Rapport IS-3030 – Leger i spesialisering – LIS1-stillinger knyttet til videre spesialiseringsløp](#)

<sup>42</sup> [Helsedirektoratet 2022: Besvarelse på oppdrag 12 TTB2022](#)

<sup>43</sup> [Ny turnuslegetjeneste for leger | NSDM](#)

<sup>44</sup> [Fra loddtrekning til søknadsbasert opptak: Har endret praksis for tildeling av turnusstillinger til nyutdannede leger ført til sosial ulikhet? | Tidsskrift for samfunnsforskning \(idunn.no\)](#)

<sup>45</sup> [Andel fastleger med spesialitet i allmennmedisin – Helsedirektoratet](#)

Forskiftfestede læringsmål definerer minstekompetansen innenfor den allmenntilleggs spesialiteten, i tillegg til felles kompetansemål som går på tvers av alle spesialitetene. Veiledningen innebærer planlagte og regelmessige samtaler mellom lege i spesialisering og veileder. Veileder skal være spesialist i allmenntilleggsmedisin. Det kan i særskilte tilfeller søkes Helse- og helsedirektoratet om unntak fra denne regelen<sup>46</sup>. Veiledningen skal i gjennomsnitt være på minst fire timer per måned i 10,5 av årets måneder, og tilbys så lenge utdanningen pågår.

Spesialistforskriftens krav til minimum to år i åpen uselektert allmennpraksis skal sikre at alle spesialister i allmenntilleggsmedisin har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta og håndtere et bredt utvalg av helseproblemer. I rundskriv til spesialistforskriften<sup>47</sup> defineres åpen uselektert allmennpraksis som en praksis som er åpen for alle pasienter, uten noen forutgående siling eller utvelgelse av pasienter, sykdommer eller lidelser. Spesialistutdanningen skal som hovedregel gjennomføres på heltid, men kan gjennomføres i redusert stilling dersom legen kan gjennomføre de læringsaktivitetene som er nødvendige for å oppnå læringsmålene. For tjeneste i åpen uselektert allmennpraksis er det forskriftsfestet en nedre grense på 50 prosent av normalarbeidstid.

I ny ordning for spesialistutdanning må legen oppfylle læringsmål i samhandlingskompetanse (ALM-55) og selekterte pasientpopulasjoner – dybdekompetanse (ALM-085). For å oppfylle læringsmålene skal legen ha en godt utviklet samhandlingskompetanse ved å kjenne rammebetingelser, arbeidsmåter og prosedyrer fra en eller flere godkjente utdanningsinstitusjoner innen primær- eller spesialisthelsetjenesten. Legen må også tilegne seg dybdekompetanse i utredning, behandling og oppfølging av en eller flere selekterte pasientpopulasjoner. For å oppnå kompetanse i samhandling og selektert pasientpopulasjon anbefales minimum 6 måneder (eller 3 pluss 3) i godkjent utdanningsvirksomhet innen kliniske spesialiteter, og/eller i spesialiserte kommunale helseinstitusjoner<sup>48</sup>. Det ligger ingen direkte krav i forskriften, utover læringsmålene, om at ALIS skal ha tjeneste ved sykehus, men det er flere steder beskrevet at kommunen må inngå avtale med helseforetak om denne tjenesten og at de regionale helseforetakene også skal legge til rette for at leger i spesialisering i allmenntilleggsmedisin, kan få nødvendig praktisk tjeneste i spesialisthelsetjenesten<sup>49</sup>.

#### 4.4.5 Tiltak for leger og kommuner

Det har de siste årene blitt iverksatt flere tiltak som skal bidra til at allmenntilleggsmedisintjenesten skal oppleves som en trygg og attraktiv karrierevei, slik at flere leger starter opp med og fullfører spesialistutdanningen i allmenntilleggsmedisin. Tiltakene retter seg både mot leger og mot kommuner.

##### *ALIS-kontor*

ALIS-kontorene ble opprettet våren 2020, og kontorene er betydelig styrket og videreutviklet siden da. Kontorene er lokalisert til Bodø, Trondheim, Bergen, Kristiansand og Ringsaker. De tre førstnevnte skal dekke kommunene i henholdsvis Helse-Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest. Kontorene i Kristiansand og Ringsaker skal dekke kommunene i Helse Sør-Øst. Et sjettede ALIS-kontor med ansvar for Oslo startes opp høsten 2022. De regionale ALIS-kontorene skal gi råd og bistå kommunene i planlegging, etablering og oppfølging av spesialistutdanningen i allmenn- og samfunnsmedisin. Gjennom dette skal kontorene bidra til rekruttering og tilrettelegging for spesialisering, og til trygghet for legen gjennom spesialiseringsløpet. Oppgaver for ALIS-

<sup>46</sup> Vurderingsgrunnlaget er spesifisert i Rundskriv til spesialistforskriften § 25.

<sup>47</sup> [Rundskriv I-2 2019 Spesialistforskriften med kommentarer – revidert 30. september 2022.pdf](#)

<sup>48</sup> Definert ved at de har overlege i full stilling, og kan tilby individuell veiledning og supervisjon på nivå med godkjente utdanningsvirksomheter og har organisert internundervisning. LIS må delta i vaktordning der dette finnes.

<sup>49</sup> Spesialistforskriften § 4, § 5, § 23

kontorene er blant annet å bistå kommunene i bruk av ALIS-avtaler og ved opprettelse av individuelle utdanningsplaner. Kontorene skal samarbeide seg imellom for å dele erfaringer, sikre lik utdanning på tvers av regioner og unngå dobbeltarbeid<sup>50</sup>. Det ble i statsbudsjettet bevilget 40 mill. kroner til ALIS-kontorene i 2022. Bevilgningen er foreslått videreført i 2023<sup>51</sup>.

#### *Tilskudd til ALIS-avtale*

En ALIS-avtale er en avtale mellom en kommune og lege i spesialisering i allmenntilleggsmedisin om tiltak som skal bidra til økt trygghet under spesialistutdanningen. Dette skjer gjennom tilrettelegging og oppfølging i spesialiseringssløpet som går utover det legen har krav på i henhold til dagens avtale- og regelverk. ALIS kan være ansatt i kommunen eller drive privat næringsdrift.

Helsedirektoratet forvalter tilskuddsordningen til ALIS-avtaler. Det ble gitt tilskudd til 564 ALIS-avtaler i 2021, i tillegg til ALIS-avtaler i prosjektene ALIS-Vest og ALIS-Nord<sup>52</sup>. For 2022 er tilskuddordningene til ALIS-avtale forbedret, og i mars 2022 ble den nye ordningen Nasjonal ALIS og veiledning lansert. I den nye tilskuddsordningen er egenandelen for kommunene fjernet. Kommuner i sentralitetsgrad 6<sup>53</sup> får høyere maksimalt tilskuddsbeløp, og ALIS i disse kommunene kan få tilleggselementer i sine ALIS-avtaler. Budsjettet for Nasjonal ALIS og veiledning er 224 mill. kroner i 2022. Maksimalt tilskuddsbeløp per ALIS per år vil være 367 000 kroner, og 567 000 kroner for kommuner med sentralitetsgrad 6<sup>54</sup>.

#### *Introduksjonsavtaler*

For leger som er ansatt i annet allmennlegearbeid i kommunen kan det være krevende å få gjennomført de to årene i åpen uselektert praksis som kreves for å bli spesialist i allmenntilleggsmedisin. Introduksjonsavtaler gir leger i spesialisering i allmenntilleggsmedisin mulighet til å arbeide samtidig med fastlegen som har listeansvar og likevel få rett til trygderefusjon. For fastlegene betyr det en ekstra legeressurs på kontoret, og for introduksjonslegen en mulighet til å gjennomføre to år med åpen uselektert allmennpraksis.

Hovedformålet er å legge til rette for spesialisering for leger som arbeider utenfor fastlegeordningen, men avtalene kan også benyttes for å bedre rekruttering til fastlegetjenesten. Avtaleparter i en introduksjonsavtale vil være kommune, fastleger og ALIS (introduksjonslege). Det er opp til avtalepartene om introduksjonslegen skal være fastlønnet eller være selvstendig næringsdrivende i perioden. De økonomiske forholdene knyttet til gjennomføringen avtales mellom avtalepartene. Maksimal varighet på en introduksjonsavtale er 2 år ved fulltids arbeid.

Kommunen må søke Helsedirektoratet om å få lov til å inngå introduksjonsavtale. Introduksjonsavtalene ble lyst ut med søknadsfrist 15. mars 2022<sup>55</sup>. Per 7. november har kommunene meldt inn at de har inngått 17 av 65 avtaler.

#### **4.4.6 Lokale piloter og utprøvinger for økt rekruttering og spesialisering**

Det er gjennomført flere lokale utprøvinger og pilotprosjekter som skal bidra til rekruttering og stabilisering av leger til fastlegearbeid og andre allmenntilleggsmedisinske oppgaver.

<sup>50</sup> [Om ALIS-kontorene – Allmennleger i spesialisering \(ALIS\)](#)

<sup>51</sup> [Prop. 1 S \(2022–2023\) \(regjeringen.no\)](#)

<sup>52</sup> [Handlingsplan for allmennlegetjenesten – årsrapport 2021 – Helsedirektoratet](#)

<sup>53</sup> [Sentralitetsgrad 6 er grupperingen for de minst sentrale kommunene i Norge](#)

<sup>54</sup> [Nasjonal ALIS og veiledning – Helsedirektoratet](#)

<sup>55</sup> [Introduksjonsavtaler i allmenntilleggsmedisin – Helsedirektoratet](#)

I de 5-årige pilotprosjektene ALIS-Vest og ALIS-Nord gis det bistand til kommunene for å øke deres kompetanse som tilretteleggere av legers spesialistutdanning i allmenntidmedisin, herunder utvikle utdanningsmodeller som passer for både fastlønn og næringsdrift. De viktigste har vært et netto tilskudd<sup>56</sup> per ALIS per år, rådgiving til kommunene og halvårlege nettverksmøter for ALIS, veiledere og helseledere. ALIS-Vest prosjektet avsluttes i 2022 og ALIS-Nord prosjektet avsluttes i 2023<sup>57</sup>.

FRONESIS er et pilotprosjekt i regi av Universitetet i Bergen. Prosjektet dekker 90 legekontor, med til sammen 750 fastleger, og skal bidra til at medisinutdanningene i Norge har et tilstrekkelig antall praksisplasser på fastlegekontorene, med god kvalitet og kompetente praksisveiledere. Den overordnede hensikten er å utdanne kompetente leger til fastlegeordningen i kommunene, og et av delmålene er å bidra til utvidet kunnskap om hvilke faktorer som bidrar til økt rekruttering av praksisplasser i fastlegjetjenesten<sup>58</sup>.

Helgelandslegen er et toårig samarbeidsprosjekt mellom kommuneoverlegeforum på Helgeland, ALIS-Nord og Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM). Prosjektet finansieres av midler fra ALIS-Nord og NSDM. Prosjektet hadde oppstart 1. september 2021. Målet er å etablere attraktive og forutsigbare stillinger i Helgelandsregionen, ved å tilby et tilrettelagt og helhetlig utdanningsløp fra avsluttet medisinstudium til ferdig utdannet spesialist i allmenntidmedisin. Søkere med lokal tilknytning og med interesse for allmenntidmedisin prioriteres. Intensjonen er på sikt å kunne koble inntil halvparten av LIS1-stillinger til ALIS-stillinger i kommunen. Prosjektet planlegges evaluert i samarbeid med NSDM<sup>59</sup>.

Helse Nord fikk i 2021 i oppdrag å lede et samarbeidsprosjekt som skal sikre nødvendig antall øremerkede stillinger for ALIS på sykehus. Arbeidsgruppen anbefalte i startfasen å opprette et begrenset antall øremerkede ALIS-stillinger på sykehus, for å sikre at alle stillingene til enhver tid er besatt. Det ble anbefalt at stillingene opprettes på helseforetaksnivå, og innrettes fleksibelt slik at de kan tilknyttes en avdeling og lokalisasjon i tråd med den enkelte ALIS sine behov og ønsker, med noen overordnede føringer. ALIS som tilbys sykehustjeneste, skal være godt i gang med spesialisering i allmenntidmedisin, og prioriteres etter gitte kriterier.

#### 4.4.7 Kunnskap om yrkesvalg og spesialistutdanning

Allerede i 2015 konkluderte en studie gjennomført av Abelsen & Olsen med at unge leger i hovedsak ønsker seg et finansieringsystem med en mindre aktivitetsbasert inntektskomponent enn det som er tilfelle i dagens finansiering av fastlegeordningen<sup>60</sup>.

Evalueringen av fastlegeordningen fra 2019 viser til flere forhold som gjør unge leger usikre på om de ønsker å bli fastlege. Det pekes det på at nyutdannede leger opplever økonomisk usikkerhet med bekymringer knyttet til høye investeringskostnader, manglende inntjeningsgrunnlag ved oppstart av næringsdrift, samt usikkerhet rundt og mangel på sosiale ordninger. Ansvar for drift av legekantoret kan virke avskrekkende. Flexibilitet til å kunne skifte fra fastlege til annen legevirkosomhet, kombinert med økonomisk risiko og et betydelig arbeidspress for å sikre avkastning på investering i en legepraksis, framstår som en vesentlig barriere for å få nye fastleger til å etablere seg. Av de spurte medisinstudentene og LIS1 oppga 82 prosent den gang at de ville foretrukket fastlønn mens de gjennomfører spesialistutdanningen i allmenntidmedisin, mens 10 prosent ville foretrukket næringsdrift. På spørsmålet om hvilken driftsform de ville foretrukket etter at de hadde fullført spesialiseringen i allmenntidmedisin ville 37 prosent foretrukket fastlønn og like mange ville foretrukket næringsdrift. Av fastlegevikarene som ble spurt ville 55 prosent foretrukket fastlønn under

<sup>56</sup> I ALIS-Vest utgjorde tilskuddet 150 000 kr og i ALIS-Nord 200 000 kr

<sup>57</sup> [ALIS-Nord – Forsiden](#)

<sup>58</sup> [Flere praksisplasser og bedre veiledning for medisinstudenter på fastlegekontorene \(FRONESIS\) - Alrek \(alrekhelseklynge.no\)](#)

<sup>59</sup> [Helgelandslegen – et rekrutteringsprosjekt | Utposten](#)

<sup>60</sup> Abelsen, B. & Olsen, J. A., 2015. Young doctors' preferences for payment systems: The influence of gender and personality traits. *Human Resources for Health*, 13(69), pp. 1-9

spesialistutdanningen. Etter fullført spesialistutdanning ville 30 prosent av fastlegevikarene ønsket seg fastlønn, mens 56 prosent ville foretrukket næringsdrift<sup>61</sup>.

Funnene fra evalueringen i 2019 understøttes av de publiserte resultatene fra en spørreundersøkelse rettet mot et utvalg medisinstudenter og LIS1 våren 2022. Blant de spurte oppgir de fleste at de ønsker å være kommunalt ansatt med fast lønn og bonus dersom de skal jobbe som fastlege. Slår en sammen alle formene for kommunal ansettelse foretrekker 66 prosent dette som nyutdannet. Som ferdig spesialist foretrakk 40 prosent kommunal ansettelse, mens 38 prosent foretrakk varianter av næringsdrift<sup>62</sup>. I den samme spørreundersøkelsen oppgir de spurte at veiledning og støtte fra kollegaer (79 prosent), etterfulgt av muligheter for faglig utvikling (66 prosent) og faglig miljø (61 prosent), oppgis å være av størst betydning for videre yrkesvalg<sup>63</sup>.

Mye av ALIS-forskningen har vært rettet mot gjennomføringen av spesialistutdanningen i allmenntidmedisin i distriktkommuner. Forskningsresultater fra Nasjonalt senter for distriktmedisin (NSDM), og følgeforskningen av ALIS-Vest og ALIS-Nord prosjektene, har vist at det å utvikle et inkluderende og faglig miljø, og legge til rette for spesialisering i allmenntidmedisin med tilgang til og god kvalitet på veiledning og supervisjon, er viktig for å rekruttere og beholde fastleger<sup>64</sup>.

Rapporten ALIS i bykommuner belyser hvordan spesialistutdanningen i allmenntidmedisin oppleves og håndteres av kommunale helseledere og ALIS, og utfordringer spesielt knyttet til gjennomføring av tjeneste i to års uselektert praksis og i institusjon. Det er krevende for mange kommuner å skaffe veiledere. For de store bykommunene som har en legetjeneste med mange leger, har ny spesialistutdanning i allmenntidmedisin gitt betydelig merarbeid<sup>65</sup>.

En undersøkelse gjort blant kommunale helseledere i Nord-Norge viser at få kommuner har utarbeidet planer for legetjenesten og det samarbeides i liten grad kommunene imellom. De nordnorske kommunene peker på at det er behov for en bedre finansieringsordning som omfatter utdanningen av leger. De er videre opptatt av at det er vanskelig å få på plass avtaler med helseforetakene om institusjonstjeneste for ALIS<sup>66</sup>. Flere kommuner mangler ressurser til å jobbe systematisk med spesialistutdanningen for sine allmenntidleger, herunder sette opp gode planer som gir forutsigbare utdanningsløp<sup>67</sup>.

#### 4.4.8 Dagens spesialistutdanning i andre land

Det er flere likhetstrekk mellom spesialistutdanningen i allmenntidmedisin i Norge og våre naboland Danmark og Sverige. Både Danmark og Sverige benytter læringsmål for å definere kravene til kompetanse som skal tilegnes gjennom utdanningsløpet. Varigheten på spesialistutdanningen er relativt lik, og i begge land legges det vekt på veiledning og supervisjon. En betydelig forskjell er at legene i Danmark og Sverige er fast ansatt, og uten ansvar for drift eller annet personell, under spesialistutdanningen.

---

<sup>61</sup> EY og Vista Analyse 2019: [Evalueringen av fastlegeordningen](#)

<sup>62</sup> *Evalueringsrapport I, mai 2022: Oslo Economics og Universitetet i Oslo – Institutt for helse og samfunn.*

<sup>63</sup> [HPA-evalueringsrapport-2022.pdf \(osloeconomics.no\)](#)

<sup>64</sup> [NSDM-rapport-Recruit-Retain-Making-it-Work-Den-norske-case-studien-2019-1-.pdf \(ks.no\)](#), [Følgeforskning – ALIS-VEST \(wordpress.com\)](#), [10331.pdf \(fafo.no\)](#)

<sup>65</sup> [NSDM-rapport 2022 ALIS i bykommuner.pdf](#)

<sup>66</sup> *Helse Nord 2019: Fastlegetjenesten i Nord-Norge Status, utfordringer og forslag til tiltak*

<sup>67</sup> *Helsedirektoratet 2019: Allmenntidleger i spesialisering, del 2 av 2*

### *Spesialistutdanningen i Sverige*

Gjennomføring av spesialistutdanningen i allmennmedisin i Sverige har en varighet på minst 5,5 år. Staten stiller krav til regionene om et tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for å sikre framtidig behov for spesialister i allmennmedisin, men det er regionene som er ansvarlige for gjennomføringen av spesialistutdanningen. Både antall og fordeling av utdanningsstillinger avgjøres og planlegges regionalt. Det stilles krav til veiledning, og til at hovedveileder må være spesialist i allmennmedisin. I regionen er det en studierektor med ansvar for å koordinere spesialistutdanningen for kandidatene.

I Sverige kan mesteparten av nødvendig kompetanse gjennom spesialistutdanningen tilegnes og utvikles på 'vårdcentralen', hvor mottak, behandling og oppfølging av pasienter i primærhelsetjenesten skjer. Samtidig er det viktig at legen får erfaring med ulike måter å jobbe på innen allmennmedisin. Dette oppnås ved å supplere hovedtjenesten med hospiteringer og studiebesøk til andre enheter og helsetjenester.

Gjennom spesialistutdanningen deltar legen i grupper<sup>68 69</sup> bestående av andre leger for regelmessig diskusjon, refleksjon, kollegial trening, utvikling av kommunikasjonsferdigheter og kvalitetsutvikling. Deltakelse på ulike statlige finansierte kurs<sup>70</sup> er også en viktig del av spesialistutdanningen.

### *Spesialistutdanningen i Danmark*

I Danmark må legen påbegynne spesialistutdanning senest 5 år etter at den "kliniske basisuddannelse" er ferdig og legen har fått full autorisasjon. Hvis legen ikke starter spesialisering løpet innen tidsfristen mister hen muligheten for å spesialisere seg i Danmark.

Danske allmennleger kan først etablere seg med egen liste når de er ferdige spesialister i allmennmedisin. Leger under spesialisering er ansatt med fast lønn. Den danske spesialistutdanningen "styres" gjennom antallet utdanningsstillinger som etableres av Sundhetsstyrelsen basert på framskrevet behov innen de ulike spesialitetene og politiske intensjoner. Dette gjør det mulig for Danmark å styrke de spesialiteter der det ønskes flere leger, og stillinger kan knyttes opp mot politiske reformer. I dimensjoneringsplanen for 2022–2023 ligger det 350 utdanningsstillinger per år innen allmennmedisin<sup>71</sup>.

Gjennomføringen av spesialistutdanningen i Danmark tar 5 år. I løpet av denne perioden er legen 2,5 år i allmennpraksis, herunder 6 måneder i en introduksjonsstilling. Videre er legen 2,5 år ved en sykehusavdeling. Hvis legen ikke har hatt allmennmedisin i sin kliniske basisutdanning (KBU) er introduksjonsstillingen på 12 måneder<sup>72</sup>. Mulige endringer av innholdet i basisutdanningen kan gjøre at 6 måneders praksis innen allmennmedisin blir obligatorisk.

Introduksjonsstillingen finner sted hos en allmennpraktiserende lege, som er godkjent veileder. Introduksjonsstillingen skal blant annet bidra til at legen blir sikker i sitt valg av spesialitet, samtidig som veileder vurderer om legen er egnet til å bli spesialist i allmennmedisin.

Sammensetningen og forløp av legens tjenestetid under spesialistutdannelsen planlegges og administreres av regionene i samarbeid med regionale faglige rådgivere for spesialiteten<sup>73</sup>. I løpet av sykehusperioden skal legen tilbringe 1 dag per måned i sin allmennpraksis. Når legen i spesialisering er i de siste fasene av

<sup>68</sup> [FQ-Grupper – SFAM](#)

<sup>69</sup> *Bl.a. Balint-grupper som er en spesiell gruppedynamisk supervisionsgruppe, hvor den enkelte deltager kan legge frem vanskeligheter med deres pasienter til gruppedeltagernes refleksjoner.*

<sup>70</sup> [SOSFS 2015-8 SFAMs rekommendationer -utbildningsrådets förslag – slutdokument-ji.pdf.](#)

<sup>71</sup> [Dimensioneringsplan 2022–2023 \(sst.dk\)](#)

<sup>72</sup> [Målbeskrivelse og struktur – DSAM – Dansk Selskab for Almen Medicin](#)

<sup>73</sup> [Håndbok over regulerte helsepersonellgrupper i Norden \(diva-portal.org\)](#)

spesialiseringen, betaler de praktiserende legene i den aktuelle praksisen en andel (ca. 30-40 prosent) av legens lønn. Dette fordi legen gjennom sitt arbeid gir gevinst og avlastning for de andre praktiserende legene.

Det er åpnet opp for at leger under spesialisering kan være ansatt av en privatpraktiserende lege i allmenntjenestemedisin som vikar i opptil 6 måneder. Dette forutsetter samtidig supervisjon.

## 4.5 Hovedutfordringer innen kompetansefeltet

En stor utfordring er å rekruttere nok unge leger inn i allmennlegetjenesten, og få de til å bli værende. I dagens situasjon er det tilsynelatende et gap mellom unge legers forventninger til arbeidshverdagen, og den virkeligheten de forespeiles som fastlege. Det pekes på at medisinstudentene har for lite praksis i allmenntjenestemedisin under studiet. Det er et paradoks at nyutdannede leger må stå i kø for å få LIS1-tjeneste, samtidig som allmenntjenestemedisin og andre fagfelt mangler leger. Tidligere fikk leger autorisasjon etter gjennomført turnustjeneste, mens de nå får autorisasjon til å praktisere selvstendig som lege etter gjennomført grunnutdanning. Mangel på LIS1-stillinger medfører at leger, uten tilstrekkelig praktisk erfaring, jobber med pasientrettet arbeid i kommunen og i andre deler av tjenesten. Innføringen av kompetansekrav for leger i kommunen, står i kontrast til den manglende kliniske kompetansen som samtidig godtas for leger i påvente av LIS1. Kompetansekravene bidrar også til å begrense tilgjengelig arbeidskraft for kommunene, men ikke for andre deler av tjenesten.

Den nye spesialistutdanningen har mange gode sider, men kravene til to års uselektert allmennpraksis og anbefaling om institusjonstjeneste, synes å svekke kapasiteten i tjenesten. Det er mangel på veiledere, og kommunene har ulike forutsetninger for å ivareta sitt ansvar som utdanningsvirksomhet.

Ekspertutvalgets beskrivelse av hovedutfordringene vil ikke være utfyllende og heller ikke dekke hele kompetansefeltet. De vil kunne endres i tråd med at ekspertutvalget arbeider videre og tilegner seg ny kunnskap og innsikt. Beskrivelsene under må leses med forbehold om at mulige endringer kan komme.

### 4.5.1 Kompetansekravene begrenser tilgjengelig arbeidskraft for kommunene

For å sikre at befolkningen mottar helsetjenester av god kvalitet er det gjennom lovverk stilt krav til tjenesteutøvelsen. Gjennom helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven er både kommunen og sykehus ansvarlige for at tjenestene som ytes skal være forsvarlige, og for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Det individuelle forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 er førende for alt helsepersonell. I tråd med dette skal helsepersonell utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Forsvarlighetskravet i helsepersonelloven skiller ikke på offentlig og privat virksomhet.

Da helse- og omsorgstjenesteloven trådte i kraft i 2011, hadde loven en profesjonsnøytral utforming. I forarbeidene ble det presisert at det ville være uheldig å binde opp den enkelte kommune til særskilte organisatoriske eller personellmessige løsninger, og at dersom kommunene bindes opp med bestemte profesjons- eller bemanningskrav, vil det kunne komme til fortrenghet for andre personellgrupper som også kan dekke aktuelle funksjoner på en forsvarlig måte.<sup>74</sup> Hensynet til å bygge opp en tjeneste basert på lokale behov tilsa at kommunene fortløpende selv burde avgjøre hva slags personell de ville ha behov for, likevel

<sup>74</sup> Prop. 91 L (2010–2011) punkt 14.2.3.2 og 14.2.3.3

innenfor grensene av forsvarlighetskravet. Dette hensynet ble lagt til side ved innføringen av kompetansekravene i 2017.

Kompetansekravene i kompetanseforskriften gjelder for leger som arbeider med pasientrettet arbeid i kommunen.<sup>75</sup> Det er ikke stilt tilsvarende kompetansekrav i forskrift til leger i spesialisthelsetjenesten eller for private tilbydere av helse- og omsorgstjenester.

Legevikarer brukes til å dekke opp for legers fravær, og til å midlertidig øke kapasiteten i tjenesten. Tilgang til vikarer er viktig på tvers av behandlingsnivå og sektorer. I kommunen er tilgang til vikarer viktig både knyttet til fastlegers og andre allmennlegers fravær. Selv om omfattende vikarbruk og hyppig skifte av vikarer kan gi lav kontinuitet i tjenesten, vil mangel på vikar når det ikke er fastlege, være en enda dårligere løsning. For at kommunene skal kunne forlenge sine vikaravtaler, og beholde leger med refusjonsrett uten gjennomført LIS1-tjeneste, har unntaket for kompetansekrav og rett til trygderefusjon vært midlertidig forlenget. Begrunnelsen for unntak og forlengelsen har vært å opprettholde tilstrekkelig kapasitet i tjenesten under pandemien, og for å håndtere et økt behov for allmennlegetjenester knyttet til ukrainske flyktninger.

Leger bosatt i andre land, eller som jobber innenfor andre fagfelt i Norge, har i mange år vært en viktig ressurs som korttidsvikarer for å dekke opp for fastlegers fravær i kommunen. For fastlegevikarer som kun jobber i en avgrenset tidsperiode, er det ofte ikke aktuelt å starte i spesialisering i Norge. Vikarer som kommer tilbake til kommunen år etter år, opparbeider seg kjennskap både til tjenesten og lokale forhold. Kompetansekravene slik de foreligger per i dag, gir ikke unntak for disse legene. Det innebærer at faste legevikarer som kommunen kan ha god erfaring med, og som er en viktig ressurs i å dekke opp for fravær hos fastlegene, må slutte som vikar når de når grensen på ett år. De samme legene kan imidlertid jobbe som vikarer i spesialisthelsetjenesten, og i helprivate allmennlegetjenester.

Leger som har fått norsk godkjenning som spesialist på bakgrunn av spesialistutdanning fra et annet land må gjennomføre LIS1 før de kan begynne på nytt spesialistløp i en annen spesialitet<sup>76</sup>. Ønsker de å starte som allmennlege i kommunen, må de som andre leger, gjennomføre LIS1. Dette selv om de har oppnådd en spesialistgodkjenning i Norge og i tillegg har flere års yrkeserfaring.

Innretningen av kompetansekravene i dag medfører at leger som ikke fyller kravene til kompetanse i kommunen, kan jobbe med pasienter i andre deler av tjenesten. Herunder utføre enklere arbeidsoppgaver i spesialisthelsetjenesten. I denne gruppen er leger som venter på LIS1 stilling, og som ønsker å opparbeide seg relevant yrkeserfaring. Det kan også være andre leger som av annen årsak ikke er kommet i gang med spesialistutdanningen. For helprivate allmennlegetjenester er det ikke krav om å være spesialist eller under spesialisering i allmennmedisin. Siden helprivate tjenester ikke er avhengige av rett til trygderefusjon, gjelder heller ikke kravet om gjennomført LIS1 for disse legene. Med framveksten av helprivate allmennlegetjenester kan innbyggerne i økende grad oppsøke disse tjenestene for tilstander som vanligvis håndteres av fastlege og kommunal legevakt. Ut fra et innbyggerperspektiv er det utfordrende at det stilles ulike krav til allmennlegenes kompetanse ut fra om allmennlegetjenestene som gis er helprivat eller kommunal, og ikke ut fra hvilke tilstander som håndteres og for innholdet i tjenesten.

---

<sup>75</sup> Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten § 2: Forskriften gjelder ved legers tiltredelse i fastlegehjemler, stillinger ved kommunale legevakter og andre stillinger med oppgave om å yte helsehjelp etter helse- og omsorgstjenesteloven

<sup>76</sup> Innen EU og EØS-området



#### 4.5.2 Unge legers preferanser passer ikke med rammene rundt fastlegeyrket

Kunnskap om unge legers preferanser for valg av allmenntillegning som karrierevei er viktig å ta med seg i arbeidet for å rekruttere leger til arbeid i kommunen. Vi har de siste årene fått kunnskap om unge legers preferanser for valg av yrke gjennom spørreundersøkelser som har vært utført. Det er vanskelig å vurdere hvor representative disse undersøkelsene er, da andelen av studenter og LIS1 som har svart, er lav. Det er heller ikke sikkert at svarene er sammenfallende med hva respondentene kommer til å velge når de senere i livet faktisk står i situasjonen. Likevel er det samlede inntrykket fra undersøkelsene at rammene for spesielt å starte som fastlege i kommunen, ikke i tilstrekkelig grad er tilpasset ønskene til en ny generasjon leger.

Det pekes på at legene opplever et stort faglig ansvar helt fra man starter som fastlege, uten at forholdene ligger til rette for raskt å føle seg i stand til å påta seg dette ansvaret. I dette ligger tilrettelegging av spesialistutdanningen med tilgang til veiledning og støtte, og mulighet for faglig utvikling i trygge rammer<sup>77</sup>. Gjennom svar på spørreundersøkelser framstår ansettelse som den hyppigst foretrukne driftsformen under spesialistutdanningen i allmenntillegning. Etter gjennomført spesialisering øker antallet som ønsker seg næringsdrift. Det trekkes fram at ansvar for drift av legepraksis, og risiko knyttet til kjøp av praksis, oppleves utrygt for unge leger. Fastlegeyrket oppleves som lite fleksibelt med tanke på å teste ut arbeidshverdagen, uten å binde seg i for stor grad<sup>78 79</sup>.

Næringsdrift under spesialistutdanningen i allmenntillegning skiller seg fra hvordan spesialisingsløpet gjennomføres i sammenlignbare land, som Sverige og Danmark. I disse landene er allmenntillegningene under spesialisering ansatt. Næringsdrift for unge leger ligner heller ikke rammene rundt gjennomføring av spesialistutdanning i andre fagfelt i Norge. Overgang til næringsdrift kan tenkes å være en barriere for flyt av leger, i alle aldre, fra andre fagfelt og til allmenntillegning. Viktigst er imidlertid at næringsdrift i for liten grad synes å passe med unge legers preferanser under spesialistutdanning og i etableringsfasen. Dette kan i seg selv utgjøre en barriere for rekruttering.

#### 4.5.3 Medisinstudentene har for lite praksis i allmenntillegning

For å motivere og engasjere studenter til videre allmenntillegningstjenester viser kvalitative studier at gode rollemodeller og en vellykket praksisperiode er viktig<sup>80</sup>. I grunnutdanningen skal allmenntillegning læres, og for å få til en godt integrert undervisning er det viktig med tilgang til erfarne klinikere, både som undervisere og som praksisveiledere. Studentenes praksisperiode er en viktig arena for læring. En vellykket praksisperiode kan bidra til å vekke studentenes interesse for faget, og til å skape motivasjon til en allmenntillegningstjenestekarriere.

Gjennom Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) er anbefalingen om praksis i primærhelsetjenesten i medisinstudiet økt til minst 10 uker<sup>81</sup>. Økt tid i allmenntillegning vil gi mer læring, kjennskap til faget og nærhet til selve tjenesteutøvelsen. Muligheter og utfordringene med en lengre primærmedisinsk praksis for medisinstudenter knytter seg til organisering, ressursbehov, kompetanse, kompensasjon, opplæringsordninger for veiledere, samt faglig innhold for praksis i primærhelsetjenesten.

<sup>77</sup> [NSDM-rapport-Recruit-Retain-Making-it-Work-Den-norske-case-studien-2019-1-.pdf \(ks.no\)](#), [Følgforskning – ALIS-VEST \(wordpress.com\)](#), [10331.pdf \(fofo.no\)](#)

<sup>78</sup> *EY og Vista Analyse 2019: Evalueringen av fastlegeordningen*

<sup>79</sup> *Evalueringsrapport I, mai 2022: Oslo Economics og Universitetet i Oslo – Institutt for helse og samfunn*

<sup>80</sup> *Pfarrwaller et al 2017. An Expanded Conceptual Framework of Medical Students' Primary Care Career Choice. GronsethIM, MalterudK, Nilsen S. Why do doctors in Norway choose general practice and remain there? A qualitative study about motivational experiences. ScandJ Prim Health Care. 2020*

<sup>81</sup> [Forskrift om nasjonal retningslinje for medisinstudiet – Lovdata](#)

Parallelt med krav om økt tid i praksis, tas det opp flere studenter, som også øker behovet for flere praksisveiledere. Ekspertutvalget kjenner til, gjennom innspill fra flere av studieinstitusjonene, at det er vanskelig å rekruttere fastleger som praksisveiledere.

Dagens kompensasjonsordninger innebærer at praksisveiledning gir økonomisk tap for fastlegene. Det er i dagens avtaleverk ikke noe som forplikter verken fastleger eller kommuner til å legge til rette for praksisplasser på fastlegekontor, eller i øvrige deler av den kommunale legetjenesten<sup>82</sup>.

For å ha tilstrekkelig antall leger til helsetjenestene, er Norge i dag avhengig av at mange unge velger å ta medisinstudium i utlandet. Nesten halvparten av norske medisinstudenter utdannes i utlandet, hvorav de aller fleste i land som skiller seg betydelig fra Norge knyttet til den allmenntjenesten<sup>83</sup>. Disse studentene har ikke krav på allmenntjenestepraktis i Norge i løpet av studietiden, og det stilles heller ikke krav til allmenntjenestekompetanse før LIS1. Unntaksbestemmelsen i kompetanseforskriften åpner for at disse legene kan jobbe som med pasientrettet arbeid i kommunen inntil ett år, selv om de ikke har hatt noen praksis i allmenntjeneste i grunnutdanningen. Det kan stilles spørsmålsteget ved om det faglige utgangspunktet for disse legene er tilstrekkelig, og om situasjonen for øvrig knyttet til mestring, legger til rette for rekruttering.

#### 4.5.4 Det er for få LIS1-stillinger og tjenesten favoriserer sykehusene

Lange ventelister og høyt antall leger uten LIS1 er ikke en faktor som har vært tillagt vekt ved vurdering av behovet for antall LIS1-stillinger.

Mangel på LIS1-stillinger påvirker yrkesmulighetene for nyutdannede leger og utenlandske leger som kommer til Norge. At mange nyutdannede leger må vente for å komme i gang med spesialistutdanningen synes å være uheldig både for den enkelte lege, men også utfra et samfunnsperspektiv når det i dag innenfor flere fagfelt mangler leger. Riften om LIS1-stillinger gjør at leger, uten særlig klinisk erfaring fra studiet, arbeider pasientrettet mens de venter. Hvordan kompetansen til leger uten LIS1 vurderes, og hvilke korrigerende tiltak som settes inn, er det lite kunnskap om.

Lite erfaring og manglende oppfølging, kan bidra til følelse av utilstrekkelighet og manglende mestring. Det er nærliggende å tro at den manglende kliniske kompetansen til disse legene også kan påvirke tjenesten til pasientene. For samfunnet blir kostnaden forbundet med å utdanne leger, samtidig som de ikke får LIS1-tjeneste, et paradoks. Det er også problematisk å argumentere for opprettholdelse av rekkefølgekravet for LIS1-tjenesten, når de samme legene kan jobbe i like lang periode uten LIS1 i kommunen først.

Det er forskriftsfestet<sup>84</sup> krav om at sykehus og kommuner skal samarbeide om å lyse ut LIS1-stillinger koblet. Søkeren ansettes enten samtidig i stilling ved et sykehus og én bestemt kommune, eller først ved et sykehus med rett til ansettelse ved en av kommunene sykehuset samarbeider med. Sistnevnte alternativ er vanligst, noe som gir kommunene mindre innflytelse i ansettelsen av LIS1<sup>85</sup>. Når ansettelsen av LIS1 ikke knyttes opp til en spesifikk kommune, er det forståelig at kommuner ikke engasjerer seg tilstrekkelig i prosessen. En følge av dette er at erfaring fra, og motivasjon for, jobb i kommunehelsetjenesten trolig tillegges mindre vekt når legene tilsettes. Søknadsbasert LIS1-tjeneste har gitt helseforetakene en ny mulighet for å rekruttere leger som er motivert for jobb hos dem, mens det ofte er slik at hvilken kommune tjenesten kobles til ikke er kjent

<sup>82</sup> *Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmenntjenestepraktis i fastlegeordningen i kommunene ASA 4310 for perioden 2013 – 2014 (prolongert frem til 31.08.2023, punkt 11.3: Legen kan ta imot medisinske studenter i sin praksis. Organisering og andre vilkår er kommunen uvedkommende, og legens forpliktelser overfor kommunen reduseres ikke.*

<sup>83</sup> [rapport-grimstadutvalget-.pdf \(regjeringen.no\)](#)

<sup>84</sup> [Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger \(spesialistforskriften\) – Lovdata](#)

<sup>85</sup> [Spesialistutdanning for leger – LIS1 – IS-3002.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

før langt ut i forløpet. En konsekvens av dette kan være at leger med motivasjon og engasjement for allmenntidisin ikke blir valgt ut og tilbudt stilling.

Mange kommuner i mindre sentrale områder opplever at LIS1 sier opp kort tid før oppstart i kommunen. Det er i mange tilfeller vanskelig, for ikke å si umulig, å skaffe en kvalifisert søker som har gjennomført LIS1 i sykehus og som kan tiltre på kort varsel. LIS1-stillingene i disse kommunene står da ledige i kortere eller lengre perioder, og i noen tilfeller i hele perioden på 6 måneder. I en sårbar tjeneste, hvor allmennlegerressursen er knapp, vil en LIS1-stilling som blir stående ledig få konsekvenser, både knyttet til kapasiteten ved fastlegekontoret, men også for andre allmenntidisinske tjenester og legevakt. Perioder hvor kommunen ikke får LIS1, kan medføre økt arbeids- og vaktbelastning for de resterende allmennlegene.

Finansiering av LIS1-tjenesten synes i dag av flere årsaker å være uforutsigbar og utilstrekkelig for kommunene. Særavtalen mellom KS og Legeforeningen regulerer vilkårene for LIS1. Det var i 2019 store variasjoner i hva kommunene oppgav som kostnader for LIS1, varierende fra 200 000 til 1,4 mill kroner<sup>86</sup>. Det er grunn til å tro at det statlige tilskuddet kommunen mottar for hver LIS1 er ikke nok til å dekke kommunens utgifter. Det faste tilskuddsbeløpet er ikke tilpasset at utgifter til lokaler med mer varierer fra kommune til kommune, og at LIS1 vil ha ulik inntjening.

#### 4.5.5 Kravene i spesialistutdanningen begrenser kapasiteten

Innholdet og gjennomføring av ny spesialistutdanning i allmenntidisin bygger opp under unge legers ønske om tilgang til faglig støtte og veiledning. Læringsmål og læringsaktiviteter er i tråd med pedagogiske prinsipper, og legges til grunn for liknende spesialiseringssløp i andre land. Gitt dagens situasjon, med svekket rekruttering og kapasitet i allmennlegetjenesten, vil ekspertutvalget peke på noen særlige utfordringer knyttet til spesialistutdanningen. Dette omfatter tilgjengelige veiledere, gjennomføring av institusjonstjeneste og vurderingen av om tjenestene oppfyller kravene til to års uselektert allmenntidisinspraksis.

##### *Veileder må være spesialist i allmenntidisin*

Spesialistforskriften stiller krav til at veileder for ALIS må være spesialist i allmenntidisin.<sup>87</sup> Det kan i særskilte tilfeller søkes Helsedirektoratet om unntak fra denne regelen. Veileder skal fremme refleksjon, gi råd, følge med på kompetanseutviklingen og forberede godkjenning av læringsmål, både fagspesifikke læringsmål og felles kompetansemål. Veilederrollen har blitt mer krevende enn før, og behov for veilederkompetanse har økt. I tillegg til å være spesialist i allmenntidisin, har kommunene ansvar for å sørge for at de som skal veilede ALIS får tilbud om kurs for å oppnå nødvendig veilederkompetanse.

Små kommuner i distriktene kjennetegnes ofte av lavere andel fastleger som er spesialister i allmenntidisin, høyere andel fastlegelister uten lege og kortere avtalevarighet. Utfordringen knyttet til å få spesialister i allmenntidisin som kan være veiledere er særlig stor her, samtidig som det å skaffe veileder er forutsetning for å klare å rekruttere og beholde ALIS<sup>88</sup>.

I en travel hverdag kan det være vanskelig å prioritere veiledning, noe som både kan prege veileders entusiasme og den tiden man er villig til å sette av. At det i flere kommuner er få tilgjengelige spesialister i allmenntidisin som kan veilede, synes å gjøre utfordringen særlig stor.

<sup>86</sup> [Vurderings av antall LIS1-stillinger IS-2802 \(helsedirektoratet.no\)](#)

<sup>87</sup> [Spesialistforskriften § 25 tredje og fjerde ledd](#)

<sup>88</sup> [Årsrapportering \(helsedirektoratet.no\)](#)

### *Institusjonstjenesten*

Læringsmålene ALM-055 og ALM-085 er en videreføring av intensjonen med institusjonstjenesten i gammel ordning for spesialistutdanning. Overført til læringsmål er det samhandling og dybdekompetanse som er ønsket læringsutbytte av opphold ved en spesialisert virksomhet. Spesialisert virksomhet kan være poliklinikk, sykehus, eller en stor kommunal helseinstitusjon som yter spesialiserte tjenester. Det er vanskelig for kommunen å få til forutsigbare avtaler med sykehusene om institusjonstjeneste for ALIS<sup>89</sup>. Konkurransen om tilgang til LIS-stillinger i sykehus er tiltagende, noe som bidrar til at sykehusene ofte prioriterer egne utdanningsbehov<sup>90</sup>. Behovet for legevikarer i en gitt avdeling kan komme i konflikt med å tilby ALIS-tjeneste innenfor ønsket fagfelt. For å få et egnet vikariat, kan det være nødvendig for ALIS å være fleksibel i forhold til oppstart og i forhold til ønsket fagfelt. For ALIS i som jobber i distriktskommuner vil institusjonstjenesten ofte medføre at legen, og kanskje familien, må flytte.

For kommunens side medfører institusjonstjenesten risiko knyttet til om det er mulig å dekke opp fraværet med vikar, og om ALIS vil komme tilbake til kommunen. Institusjonstjenesten for å oppnå læringsmålene om samhandling og dybdekompetanse kommer i tillegg til 12 måneders tjeneste i sykehus som LIS1. Knyttet til samhandling, er det ingen andre av spesialitetene i sykehus som har tilsvarende anbefaling om tjeneste i kommunen.

Selv om læringsmålene er gode, og noen sykehus har fått på plass ordninger som skal gjøre det lettere for ALIS å finne aktuelle stillinger, synes ulempene forbundet med gjennomføring av denne delen av spesialistutdanningen fortsatt å være betydelige.

### *Kravene om to års uselektert allmennpraksis*

Kravene til minimum to års åpen uselektert allmennpraksis er videreført i ny ordning for spesialistutdanning. ALIS-ansatt i andre kommunale stillinger, som sykehjem og legevakt, må forlate dette tilsettingsforholdet i minst to år, for å jobbe i fastlegepraksis. For flere av disse legene som har søkt jobb som ansatt i kommunen, kan overgangen til fastlegepraksis knyttet til arbeidsmengde og næringsdrift være utfordrende. Innføring av introduksjonsavtaler er en ny ordning, som på langt nær dekker behovet, og som fortsatt gir uforutsigbarhet. Dette bidrar til at barrieren for å fullføre spesialistutdanningen i allmennmedisin for disse legene blir særlig stor, og at utdanningen kan trekke ut i tid. Fra kommunens ståsted medfører kravet til uselektert allmennpraksis gjennomstrømming av leger fra stillinger i sykehjem og legevakt, diskontinuitet i tjenesten og økt vikarbehov.

Flere kommuner har den senere tiden tatt i bruk ulike former for turnusordninger, såkalt Nordsjøturnus, hvor legen kun periodevis er til stede på fastlegekontoret. Legeturnusen kan organiseres på mange ulike måter. Et gjennomgående trekk er at legen arbeider kortvarig mellom 1-3 uker, og ofte med høy legevaktbelastning. Innholdet i arbeidet på dagtid kan variere, fra ren fastlegevirksomhet til stillinger med en kombinasjon av fastlegevirksomhet, andre kommunale legeoppgaver og daglegevakt. Etter ordinær kontortid arbeider mange legevakt, enten ved tilstedeværelse på legevaktkontor, eller som hjemmevakt med utrykning. Antall timer i aktiv tjeneste vil derfor variere fra kommune til kommune. Oppfølging av pasienter skjer når legen er tilbake etter 3-4 uker. Helsedirektoratets vurdering har inntil nylig vært at Nordsjøturnus ikke vurderes som tjenestetid for åpen uselektert allmennpraksis, men kan benyttes som allmennmedisinsk tjenestetid for de resterende tre årene i ny spesialistutdanning. Dette har medført at disse legene ikke kan fullføre spesialistutdanningen i kommunen.

<sup>89</sup> NSDM 2022: ALIS i bykommuner.pdf

<sup>90</sup> Helse Nord 2019: fastlegjetjenesten i Nord-Norge, status, utfordringer og tiltak

#### 4.5.6 Kommunens rolle og forutsetninger for å være utdanningsvirksomhet

Omleggingen av spesialistutdanningen tildeler kommuner som er registrerte utdanningsvirksomheter en ny rolle, ved at det er kommunens ansvar å legge til rette for at fastleger og andre leger i kommunale, kliniske stillinger under spesialisering i allmenntidmedisin kan gjennomføre utdanningsløpet. Kommunene er, i varierende grad, forberedt på sitt nye ansvar for å sørge for spesialistutdanningen av allmennleger.

Kommunene har mange plikter knyttet til legers spesialistutdanning. Mye av dette er nye oppgaver som er tillagt kommunene de siste årene. Det krever god kunnskap om rammer og avtaleverk for å lede og ivareta den kommunale allmennlegetjenesten, og tilrettelegge for spesialistutdanning.

Kommunenes ulike forutsetninger reiser spørsmålet om hvor hensiktsmessig det er at alle kommuner skal være utdanningsvirksomheter med det ansvaret som følger med, om dagens organisering innebærer en effektiv ressursbruk, og om kommunene får tilført de ressursene de trenger for å håndtere det ansvaret for spesialistutdanningen de er tildelt.

### 4.6 Ekspertutvalgets vurderinger

I ekspertutvalgets drøfting og foreløpige anbefalinger er kravene til gjennomføring av spesialistutdanning og krav til legens kompetanse vurdert mot effekten disse har på kapasiteten og kvaliteten i tjenesten. For strenge krav kan føre til at færre leger oppfyller kravene for å jobbe pasientrettet i kommunen, og hvor mangel på leger kan gi dårligere allmennlegetjenester til befolkningen.

Etter endt grunnutdanning i Norge får leger autorisasjon til å praktisere selvstendig i yrket. Tidspunktet for autorisasjon, sammenholdt med at det ikke er nok LIS1-stillinger, kan etter utvalgets vurdering, utfordre pasientsikkerheten, og bidra til en dårlig start på yrkeskarrieren for nyutdannede leger.

Det legges til grunn at kravene til kompetanse og spesialistutdanning må være tilstrekkelige, samtidig som de må bidra til rekruttering og stabilitet i allmennlegetjenesten.

#### 4.6.1 Veiledning av studenter, LIS1 og ALIS

Det er flere forhold som taler for at fravær og mangel på praksisplasser og praksisveiledere i grunnutdanningen har betydning for hvor attraktivt det er for studenter å velge fastlegeyrket. Tilgjengelige praksisplasser, med motiverte og kompetente praksisveiledere, synes å være viktig knyttet til økningen i antall studieplasser, og for å nå målsetningen om en lengre primærmedisinsk praksis for medisinstudenter.

Nesten halvparten av norske medisinstudenter utdannes i utlandet, og har ikke krav på allmenntidmedisinsk praksis i Norge i løpet av studietiden. Hvordan praksis i allmenntidmedisin for disse studentene bør organiseres og tilbys, er et vanskelig og viktig spørsmål. Ekspertgruppen mener dette være en viktig gruppe studenter å rette allmenntidmedisinske rekrutteringstiltak mot.

For å klare å rekruttere unge leger til arbeid i kommunen er det nærliggende å tro at veiledning av studenter, i tillegg til veiledning av LIS1 og ALIS, bør være en prioritert del av legens oppgaver i kommunen. Samtidig er det vanskelig å se for seg at tid til veiledning kan tas inn som en del av arbeidsoppgavene til allmennleger i kommunen, uten at det går på bekostning av andre viktige oppgaver. Utvalget vil arbeide videre med denne problemstillingen.

#### 4.6.2 Utdanningsstillinger i allmenmedisin

Økt rekruttering av unge til videre legearbeid i kommunen vil, på sikt, komme innbyggere, de etablerte legene og kommuner til gode. Det å senke terskelen for at unge leger kan starte som fastleger er viktig. I sammenlignbare land som Sverige og Danmark har ikke leger i spesialisering i allmenmedisin ansvar for egne lister, eller for drift av legepraksisen. Kunnskapsgrunnlaget knyttet til unge legers preferanser for valg av yrke, taler for at utdanningsstillinger hvor ALIS er ansatt kan ha effekt på rekruttering, ved at unge leger gis mulighet til å teste ut fastlegeyrket, uten å måtte investere i egen praksis, starte næringsvirksomhet eller ha ansvar for drift. Fastlegevikariat er ofte av kort varighet, og i et uregulert marked. Under slike forutsetninger er det krevende for en ung lege å sondere seg mot allmenmedisin i trygge rammer.

Trolig vil terskelen for overgang fra andre legestillinger til fastlegeyrket senkes ved økte muligheter for ansettelse. Dette gjelder for leger ansatt i andre kommunale stillinger, og leger som kommer fra lignende ansettelsesforhold i spesialisthelsetjenesten.

Utredningen av innretningen på utdanningsstillinger i fastlegepraksis er kompleks og vil omfatte forhold som blant annet knytter seg til organisering, regulering og finansiering. Det reiser også problemstillinger knyttet til om ALIS skal være ansatt i kommunen eller kan ansettes av de andre legene i fastlegepraksisen. Muligheter for overgang til næringsdrift og avgrensninger mot allerede etablerte tiltak som introduksjonsavtaler må vurderes. Ekspertutvalgets utredning av hvordan fast ansettelse kan gjøres enklere for kommunene og av gruppeavtaler vil måtte ses i sammenheng, og har betydning for opprettelse av utdanningsstillinger. Ekspertutvalget vil bruke mer tid på å utrede dette, og vil komme tilbake til forslag om innretning på utdanningsstillinger i allmenmedisin.

#### 4.6.3 Økning og endring i LIS1-tjenesten

##### *Økning i LIS1-stillinger*

Til tross for at antallet LIS1 stillinger siden 2019 har økt med nesten 200, er det fortsatt adskillig flere søkere enn det er stillinger. Både for samfunnet, og for den enkelte lege, synes ventetiden for LIS1-tjeneste å være sløsing av tid og ressurser. Grunnutdanningen i Norge gir, etter utvalgets vurdering, ikke tilstrekkelig erfaring fra praksis til at leger er rustet til å utøve yrket selvstendig. Det er derfor et paradoks at antall studieplasser på medisin økes, uten at det skjer en tilsvarende økning i LIS1-stillinger.

Det er tidligere lagt til grunn at tjenestens behov for leger skal være styrende for opprettelse av antall LIS1-stillinger, og hvor konsekvensen er en opphopning av leger i påvente av LIS1. En situasjon hvor det i stedet kan hope seg opp leger etter gjennomført LIS1, vil medføre større rift om videre utdanningsstillinger. Økt søknadsmengde til LIS2/LIS3 stillinger, kan tenkes å bidra til at flere vil søke seg til fagfelt som ikke er like attraktive og som i dag mangler leger.

Situasjonen for nyutdannede leger, i påvente av LIS1, vurderes av utvalget til å være en utrygg start på yrkeskarrieren, og en dårlig rekrutteringssituasjon til videre jobb i kommunen. Mange leger uten LIS1 tilegner seg arbeidserfaring ved å jobbe som leger under supervisjon og med tilgang til faglig støtte i ventetiden, noe som tyder på at det er behov for disse legene i tjenesten. I Helsedirektoratets utredning av antall LIS1-stillinger spilte både sykehus og kommuner inn manglende veilederkapasitet og kontorplass som en begrensende faktor for økning av antall LIS1-stillinger.

Kunnskap om at leger uten LIS1 allerede jobber i tjenesten, taler mot at økningen i LIS1 stillinger vil generere ytterligere veiledningsressurser, areal og arenaer for læring. I så fall kan dette løses ved at et bredere spekter av læringsarenaer tas i bruk, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. Økonomisk kompensasjon,

spesielt for kommunene, synes å være av betydning for evnen og viljen til å øke antall LIS1-stillinger<sup>91</sup>. Kostnadene knyttet til LIS1-stillingene for stat, helseforetak og kommuner, kan være en begrensende faktor for en større økning. Likevel mener ekspertutvalget at kostnadene til flere LIS1 stillinger, må vurderes opp mot hvilke gevinster det gir for samfunnet både som arbeidskraft, og ved at flere leger settes i stand til å gå videre med spesialistutdanningen. En fjerning av LIS1 køen, vil etter ekspertutvalgets vurdering bidra til å redusere arbeidsmarkedet for leger uten LIS1, og innskrenke mulighetene arbeidsgivere har i dag til å benytte uerfarne leger i pasientrettet arbeid. Dette vurderes å være et viktig tiltak for å heve kvaliteten på tjenestene til befolkningen.

For å sikre at studenter får tilstrekkelig læring i praksis før de kan praktisere, kan et alternativ være å la LIS1-tjenesten utgjøre siste del av legers grunnutdanning, slik som det var før omleggingen av turnusordningen for leger i 2012. Ved dette vil staten ta ansvar for at utdanningskapasiteten ses i sammenheng med mulighet for læring i praksis, og sørge for at leger har tilstrekkelig klinisk erfaring når de gis autorisasjon til å praktisere selvstendig. LIS1 som en del av grunnutdanningen i Norge vil medføre at leger fra land, som for eksempel Danmark, hvor tilsvarende læring i praksis er en del av studiet, kan starte spesialistutdanningen med LIS2 eller LIS3 (ALIS) stillinger. En slik ordning fordrer imidlertid at leger fra land som ikke har LIS1 eller tilsvarende som en del av grunnutdanningen, gis mulighet til å tilegne seg tilsvarende kompetanse i Norge. Det samme gjelder for studenter som studerer medisin i dag, eller som allerede er i kø for LIS1.

Tidspunktet for autorisasjon, sammenholdt med at det ikke er nok LIS1-stillinger, kan etter utvalgets vurdering, utfordre pasientsikkerheten, og bidra til en dårlig start på yrkeskarrieren for nyutdannede leger. Et viktig tiltak for å utnytte legerressursene og sikre tilstrekkelig kompetanse i tjenesten, er å sørge for at det er nok LIS1-stillinger til nyutdannede leger. Ekspertutvalget anbefaling er at antallet LIS1-stillinger økes betydelig. En vurdering av hvor mange LIS1-stillinger tjenesten maksimalt er i stand til å håndtere, samtidig som kvaliteten i tjenesten opprettholdes, bør danne grunnlaget for antall stillinger det økes med. Det bør også vurderes om sykehus og kommuner på eget initiativ kan opprette flere LIS1 stillinger utover de pålagt ved behov.

### *Endring i ansettelsesprosessen*

For å bidra til at flere LIS1 ønsker å spesialisere seg i allmenntilmedisin, bør kommunens posisjon i ansettelsesprosessene styrkes. Det er forskriftsfestet krav om at sykehus og kommuner skal samarbeide om ansettelsene. Erfaringene så langt viser at LIS1 ansettes til en stilling ved et sykehus, og med rett til ansettelse i en av kommunene som sykehuset samarbeider med.

Ekspertutvalget vurderer at det kan styrke kommunenes ansvar og posisjon, om ansettelsen i sykehuset samtidig knyttes opp til en gitt kommune eller noen få definerte kommuner. Dette vil gi kommunene muligheten til å rekruttere leger til LIS1 som er motiverte for jobb i kommunehelsetjenesten. Utvalget anbefaler videre at muligheten for å snu helt om på ansettelsesprosessen for LIS1-stillinger utredes nærmere. Det vil innebære å gjøre en vurdering av hvorvidt en gitt kommune kan ansette LIS1, med rett til tjeneste i et av sykehusene kommunen samarbeider med. Dette vil ikke endre på rekkefølgekravet for LIS1 tjenesten, men vil sette kommunene i bedre posisjon for å håndplukke egnede LIS1 som er motivert for eller har tilhørighet som taler for videre arbeid i kommunen. Muligheten for å prøve ut en slik løsning for å vurdere effektene vil trolig være nødvendig.

---

<sup>91</sup> [Vurderings av antall LIS1-stillinger IS-2802 \(helsedirektoratet.no\)](#)

### *Karantene ved ansettelse av LIS1 i kommunen*

Ekspertutvalgets foreløpige vurdering er at tiltak som gjør det vanskeligere for LIS1 å velge bort stillinger i kommunen bør vurderes nærmere. I dag blir legene merket i stillingsportalen ved aksept av en LIS1-stilling i sykehus, noe som innebærer at man ikke kan takke ja til ny stilling i samme tilsetningsrunde. Dette er regulert i spesialistforskriften § 10, og begrunnes med at søkere til LIS1-stilling som takker ja til et tilbud, skal være bundet av dette. Denne reguleringen er bra for helseforetakene, og gir stabilitet i LIS1-stillingene. Reguleringen forhindrer at stillinger på sykehus i regioner med rekrutteringsproblemer, på kort varsel, kan få vanskeligheter med å fylle stillinger.

Det er i dag imidlertid mulighet for LIS1 til å si opp den kommunale stillingen de har blitt ansatt i, dersom de får ansettelse i reststilling i en annen kommune som oppleves å være mer attraktiv. Ekspertutvalget anbefaler at en tilsvarende ordning som beskytter sykehuset mot at LIS1-legen sier opp stillingen sin, også bør innføres ved overgang til kommunehelsetjenesten. Innføring av karantene ved ansettelse som LIS1 i kommunehelsetjenesten, vil innebærer at LIS1 i tilsetningsperioden på 6 måneder ikke kan starte i en LIS1 stilling i en annen kommune. Innføring av karantene er tidligere vurdert og anbefalt av Helsedirektoratet som et mulig tiltak for styrking av legetilgang i kommunene.

### *Anerkjenne kompetanse tilsvarende LIS1*

Ekspertutvalget mener det i tillegg er nødvendig å vurdere tiltak som kan føre til flere leger kommer raskere gjennom LIS1, herunder se på alternative ordninger for leger med lang klinisk erfaring fra utlandet. Denne gruppen leger kommer sjelden i betraktning når arbeidsgiver skal tilsette i LIS1 stillinger, som har nyutdannede leger som målgruppe.

Legespesialister som er utdannet i utlandet kan imidlertid ha ulike bakgrunn, og mange av disse kan mangle forkunnskap om norsk allmennlegetjeneste. For å sikre at disse legene har den nødvendige kunnskapen som skal til for å jobbe som allmennlege i kommunen, bør arbeidsgiver vurdere legens kompetanse og gi opplæring. Kravene i dag for gjennomføring av LIS1 for denne gruppen leger, synes å ha overveiende negative konsekvenser for den enkelte lege, for kapasiteten i allmennlegetjenesten og knyttet til press på LIS1 stillinger.

Det er nærliggende å tro at disse legene har kunnskaper og ferdigheter som gjør at de ikke har behov for den første delen av spesialistutdanningen. Ekspertutvalget anbefaler at leger med norsk spesialistgodkjenning konvertert fra utlandet og mange års erfaring, bør slippe LIS1 når de skal påbegynne et nytt spesialiseringssløp. Utvalgets anbefaling er på dette punktet i samsvar med Helsedirektoratets tidligere vurdering.

De danske medisinstudentene gir ikke fullverdig autorisasjon som lege rett etter studiet, slik som medisinstudentene i Norge. De danske medisinstudentene må, dersom de ønsker å jobbe selvstendig som lege, gjennomføre det som kalles klinisk basisutdanning (KBU)<sup>92</sup>. Tilsvarende må de svenske medisinstudentene etter studiet gjennomføre Allmäntjänstgöringen (AT-tjeneste).<sup>93</sup> Gitt dagens kapasitetsutfordringer i allmennlegetjenesten, mener utvalget det er uheldig at gjennomført KBU og AT-tjeneste ikke kvalifiserer for godkjenning av læringsmål i LIS1.

<sup>92</sup> KBU er et års kliniske tjeneste, hvorav et 6 måneder gjennomføres på sykehus og 6 måneder i allmennpraksis.

<sup>93</sup> AT-tjenesten utgjør 18 måneder klinisk tjeneste, hvorav 12 måneder på sykehus og 6 måneder i allmennpraksis.



### *Knytting av LIS1 til utdanningsstillinger i allmenmedisin*

LIS1 stillinger knyttet<sup>94</sup> til videre spesialisering i allmenmedisin, kan være et viktig tiltak for bedre rekruttering. Helsedirektoratet har anbefalt en modell for utlysning og tilsetning i knyttede stillinger. Ekspertutvalget mener helseforetakene og kommunene i fellesskap bør gis ansvar for å vurdere behovet for og opprettelsen av knyttede LIS1-stillinger i sin region. På den måten vil det ligge lokale beslutninger til grunn både for antall knyttede stillinger, og hvilke kommuner og sykehus som skal inngå.

Det er allerede forskriftsfestet at sykehus og kommuner skal samarbeide om ansettelsene av LIS1, og en utvidelse av dette kravet til også å omfatte behovet for knyttede stillinger kan tenkes å gi gjensidig gevinst. Det vil trolig også øke samarbeidet på tvers av nivåer i regionen, og bidra til at sykehus og kommuner sammen kan utvikle gode løsninger for å rekruttere til allmenmedisin.

I modellen anbefalt av Helsedirektoratet for knytting til videre utdanningsløp i allmenmedisin, er det ikke anbefalt bindingstid. Ekspertutvalget har merket seg begrunnelsen for denne anbefalingen. Det er i dag slik at mange leger i påvente av LIS1 stilling jobber i andre stillinger som leger på sykehus, hos private eller i kommunen. Noen av disse kan tenkes å være villige til å binde seg til videre arbeid i kommunen for å få gjennomført LIS1, i alle fall så lenge de uansett må vente på LIS1. Ulike former for bindingstid praktiseres innenfor andre utdanningsløp, herunder for eksempel videreutdanning av spesialsykepleiere og for utdanning av personell i forsvaret. Om, hvordan og under hvilke betingelser en eventuell form for bindingstid kan innrettes bør utredes videre.

#### **4.6.4 Om kravene i spesialistforskriften**

##### *To års uselektert allmennpraksis*

Ny spesialistutdanning er kompetansebasert, og ansvaret for å legge til rette for gjennomføringen av utdanningen ligger i kommunen. Minst to år av spesialistutdanningen i allmenmedisin skal gjennomføres i åpen uselektert allmennpraksis, og dette må etter dagens krav gjennomføres innenfor en arbeidstid tilsvarende minst 50 prosent av heltid<sup>95</sup>.

Kravene knyttet til at ALIS skal ha tilstrekkelig bredde i tjenesten er god, samtidig synes de å være rigide og i liten grad tilpasset omleggingen av spesialistutdanningen med innføring i læringsaktiviteter og læringsmål. Avhengig av innholdet i den allmenmedisinske tjenesten utenfor fastlegeordningen, kan det variere hvor mange av læringsaktivitetene som må gjennomføres i fastlegepraksis for å oppnå resterende læringsmål. For noen leger vil det være nødvendig med en lengre periode i fastlegepraksis for å sikre tilstrekkelig læring, mens det for andre kan holde med en kortere tjeneste.

Det sentrale i ny spesialistutdanning er den langsgående vurderingen av hva legen har lært. Ekspertutvalgets vurdering er at gjenstående læringsaktiviteter og læringsmål, bør være førende for behovet og lengden av å jobbe i fastlegepraksis. I tråd med dette mener utvalget at det ikke er hensiktsmessig å videreføre dagens kategoriske formuleringer av kravene til to års uselektert allmennpraksis. Selv om ulike former for allmenmedisinske tjenester kan skille seg noe innholdsmessig fra tjeneste i ordinær fastlegepraksis, mener ekspertutvalget at kommunen som utdanningsvirksomhet kan vurdere om ALIS gjennom tjenesten oppnår kunnskap og ferdigheter beskrevet i de forskriftfestede læringsmålene. Dette vil være i tråd med

<sup>94</sup> *Legen går fra LIS1-stilling direkte til ALIS-stilling, at disse stillingene er knyttet sammen.*

<sup>95</sup> [\*Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger \(spesialistforskriften\) § 2 fjerde ledd og § 8 tredje ledd – Lovdata\*](#)

utdanningsvirksomhetens ansvar, jf. spesialistforskriftens § 26<sup>96</sup>. Utvalget mener ALIS-kontorene kan bistå med råd om det er nødvendig.

#### *Veileder må være spesialist i allmenntmedisin*

Spesialistforskriftens krav om at veileder skal være spesialist i allmenntmedisin, og krav til minst fire timer veiledning i 10,5 av årets måneder, er vanskelig å oppfylle, både for kommuner og leger. Det er i dag mulighet for kommunen å søke HelseDirektoratet om unntak fra kompetansekravet for veileder<sup>97</sup>, men denne ordningen oppleves å være unødvendig tidkrevende og byråkratisk.

Utvalget mener det er viktig at veileder har solid kunnskap om og klinisk kompetanse i faget allmenntmedisin. Likevel synes kravet om å være spesialist i faget å være for strengt, og ikke tilpasset dagens situasjon hvor nettopp denne kompetansen mange steder er mangelvare. I tillegg til faglig kunnskap, vil veileders pedagogiske ferdigheter være viktig for å fremme refleksjon hos ALIS. Det er i dag ikke krav om at veileder for LIS1 i kommune eller på sykehus skal være spesialist i faget.

Utvalgets anbefaling er at spesialistforskriftens krav endres, og at kommunene i større grad gis ansvar for å vurdere hvilke allmenntleger som innehar tilstrekkelig kompetanse til å veilede ALIS. En endring i spesialistkravet vil trolig gi kommunen mulighet til å fordele veiledningsansvaret på flere leger, både spesialister og ikke spesialister, noe som kan bidra til at både tidsbruk og arbeidsbelastningen knyttet til å være veileder reduseres for den enkelte.

#### *Institusjonstjenesten*

Ekspertutvalget er bedt om å vurdere innretningen på den delen av allmenntlegenes spesialisering som skal skje i sykehus. Det er i dag allerede slik at institusjonstjenesten har store variasjoner, både knyttet til fagfelt og varigheten på perioden. Selv om læringsmålene knyttet til samhandling og dybdekompetanse er gode, er utvalgets foreløpige vurdering at de trolig ikke veier opp for de potensielle ulempene denne delen av tjenesten er forbundet med. Dette knytter seg både til at institusjonstjenesten gir uforutsigbarhet og mulig forlengelse av utdanningsløpet for ALIS. I tillegg medfører kravet om institusjonstjeneste vikarbehov i en allerede presset kommunal allmenntlegetjeneste, og gir administrativt merarbeid både for kommunen og sykehusene. Det er usikkert om egne stillinger for ALIS i sykehus vil gi mer forutsigbarhet. I så fall må både kommunen og sykehusene bruke ytterligere ressurser på samarbeid og koordinering rundt disse stillingene, ressurser som kunne vært brukt på andre mer nyttige tiltak. Egne stillinger for ALIS i sykehus vil trolig i liten grad endre vikarbehovet denne delen av tjenesten genererer i allmenntlegetjenesten, og at ALIS i mange tilfeller vil måtte flytte fra sine kommuner.

Når det kommer til læringsmålene om samhandling og dybdekompetanse, er ekspertutvalgets foreløpige vurdering at denne kompetansen for de alle fleste allmenntleger trolig i tilstrekkelig grad kan oppnås gjennom spesialistutdanningens første del og på andre måter, herunder kortere hospitering med målrettet læring, fordypning innenfor visse fagfelt, følge pasienter inn i sykehuset eller delta på allerede eksisterende samhandlingsarenaer. Med bakgrunn i dette er ekspertutvalgets foreløpige vurdering at det er flere

---

<sup>96</sup> Jf. spesialistforskriften § 26: Utdanningsvirksomheten skal sørge for at legen får løpende vurdering av om læringsmålene er oppnådd og at oppnådde læringsmål dokumenteres så snart som mulig. I vurderingen skal det innhentes anbefalinger fra veilederen og minst en av dem som har deltatt i supervisjonen.

<sup>97</sup> Jf. spesialistforskriften § 25 fjerde ledd

argumenter som taler for at beskrivelsen av de to læringsmålene i spesialistforskriften endres, og at anbefalingen om institusjonstjeneste for å oppnå dem fjernes.

#### 4.6.5 Kommunen som utdanningsvirksomhet

Kommunene har ulike forutsetninger for å ivareta sitt ansvar som utdanningsvirksomhet. Ekspertutvalget mener at det er utfordrende at flere kommuner fortsatt ikke synes tilstrekkelig rustet til å ivareta sitt ansvar som utdanningsvirksomhet. Flere kommuner mangler ressurser til å jobbe systematisk med spesialistutdanningen i allmenntidisin. I tråd med ekspertutvalgets foreløpige anbefalinger om at kommunen som utdanningsvirksomhet i større grad kan gis ansvar for å vurdere innholdet i tjenestetid og veileders kompetanse, vil dette kreve en ytterligere styrking av kommunens kompetanse på området. De regionale ALIS-kontorene er godt i gang med å rådggi kommunene i planlegging, etablering og oppfølging av spesialistutdanningen i allmenntidisin. Ekspertutvalget vil gjøre en vurdering av om ALIS-kontorene bør styrkes ytterligere for å øke sin bistand i tråd med kommunenes behov, herunder om det bør gis støtte til kommunene for opprettelse av ALIS-koordinator stillinger.

En annen problemstilling, som også utvalget vil vurdere nærmere, er om det er hensiktsmessig at de minste kommunene skal være selvstendige utdanningsvirksomheter, gitt ressursene disse kommunene har til rådighet. I mindre folkerike kommuner vil det være et fåtall leger, og i perioder kanskje ingen, som vil være under spesialistutdanning. Dette gjør kontinuiteten i kommunens arbeid med spesialistutdanningen vanskelig. Et samarbeid om ivaretagelsen av kommunens ansvar som utdanningsvirksomhet på tvers av kommunegrenser kan bidra til å heve kvaliteten i kommunenes arbeid, redusere arbeidsmengden og øke kommunens forutsetninger for å lykkes med å tilrettelegge for sine legers spesialisering i allmenntidisin.

#### 4.6.6 Unntak fra kompetansekravene

Det skal stilles krav som bidrar til kvalitet i allmenntidjetjenesten. Ekspertutvalget mener at kompetanseforskriftens intensjon om at allmenntidleger i kommunen skal være spesialister eller under spesialisering i allmenntidisin, trolig bidrar til en økning av legenes kompetanse som kommer befolkningen til gode.

Problemstillingen knyttet til at kompetansekravene gir uheldige konsekvenser for kommunen knyttet til tilgang på arbeidskraft er kompleks, og en endring i kompetansekravene må vurderes grundig i forhold til hvilke konsekvenser det får knyttet til kvaliteten på allmenntidjetjenesten. Utfordringene knyttet til at spesialisthelsetjenesten og helprivate tjenester gis mulighet til å ansette leger i pasientrettet arbeid som ikke fyller kravene til kompetanse i kommunen, er sammensatt, og det er behov for en videre diskusjon av denne problemstillingen.

Vurderingen knyttet til at kompetansekravene rammer bruk av korttidsvikarer er grundig utredet tidligere. Helsedirektoratet har anbefalt at leger som arbeider i korte vikariater i kommunen, bør unntas permanent fra kompetansekravene og et slikt unntak bør avgrensnes til tre måneder per kalenderår. Utvalget mener dette er et godt tiltak.

## 5 FINANSIERING OG ORGANISERING

---

Finansiering er et av flere virkemiddel for å opprettholde ønsket aktivitet, oppmuntre til innovasjon og forbedring og bidra til å forme en fastlegetjeneste etter befolkningens helsebehov. I tråd med målbildet bør finansieringsordningen av allmennlegetjenesten innrettes slik at den understøtter målene om best mulig helse til befolkningen, gitt de ressursene man har til rådighet. Videre bør finansieringssystemet bidra til å fordele risiko og kostnader på en fordelaktig måte for samfunnet som helhet.

I tråd med mandatet skal ekspertutvalget blant annet utrede endringer i innretningen på basisfinansieringen, herunder utvikling av risikojustert basistilskudd og innføring av kvalitetselement. Utvalget skal også vurdere endret fordeling mellom takster og basistilskudd, takster som legger til rette for flerfaglige praksiser, og om kommuner og fastleger skal kunne velge avtale med en gruppe fastleger som alternativ til individuell fastlegeavtale.

Helsedirektoratet har tidligere vurdert mulige innretninger på et risikojustert basistilskudd, herunder risikojustering basert på kjønn, alder, helsetilstand, sosioøkonomiske forhold og sentralitet. Det er foreslått en modell for risikojustering etter kjønn, alder og utløste egenandeler. Etter at ekspertutvalget ble nedsatt har arbeidet med risikojustering blitt ytterligere aktualisert, ved at regjeringen i statsbudsjettet for det kommende året foreslår innføring av en slik modell fra 1. mai 2023. Departementet har gitt nytt oppdrag til Helsedirektoratet om endelig forslag til utforming av modell for risikojustert basistilskudd som kan iverksettes 1. mai 2023. Ekspertutvalget vil legge dette til grunn i arbeidet med utredning av differensiert basisfinansiering, herunder risikojustering. Det pågående arbeidet med risikojusteringsmodeller i direktoratet vil inngå i kunnskaps- og vurderingsgrunnlaget når utvalget skal se på mer langsiktige forbedringer og tilpasninger av finansieringsordningene.

Finansiering som virkemiddel må vurderes og ses i sammenheng med øvrige virkemidler, og i særdeleshet med organisering. Finansieringsmodeller kan ha ulike fordeler og ulemper under forskjellige organisasjonsformer. Utvalgets utredning av en mulig ny organisering for allmennlegetjenesten forventes å ha stor betydning for utvalgets anbefalinger rundt finansieringsmodeller.

Selv om økonomiske insentiver er effektive virkemidler, er det samtidig slik at det neppe vil være mulig å lage et finansieringssystem som bidrar til å oppfylle alle målsetninger fullt ut. Et hvert finansieringssystem vil ha positive og negative sider, som må veies mot hverandre og vurderes i lys av ønsket utvikling for allmennlegetjenesten. Utvalget planlegger å komme med mer utfyllende omtale og vurdering av flere elementer i finansieringen i den endelige rapporten. Dette betyr at vi foreløpig ikke har gått tilstrekkelig inn i hvordan finansieringsordningene kan fremme gruppepraksiser eller -avtaler, overdragelser av praksiser, flerfaglige praksiser, profesjonsnøytrale takster, sidestilling av ulike organisatoriske modeller og fast ansettelse, god balanse mellom arbeid og fritid for legene, legevaktstjenestene, spesialisering, digitalisering og tilgjengelighet, innovasjon, samhandling, mv. Utvalget har heller ikke vurdert den finansielle bærekraften til fastlegeordningen i møte med en aldrende befolkning med stadig større helsetjenestebehov. Utvalget har imidlertid startet arbeidet med å beskrive og drøfte noen deler av finansieringsordningene, og har valgt å legge en foreløpig tekst om dette i vedlegg til denne rapporten.

## 6 LEGEVAKT

---

Legevaktstjenesten inngår som en del av allmennlegetjenesten i kommuner og tjenestene påvirker hverandre derfor gjensidig. Kommuner rapporterer at rekrutterings- og stabilitetsutfordringene i fastlegeordningen forplanter seg til legevaktstjenesten. Økende arbeidspress på legevakt på grunn av få fastleger i vaktlegekorpset kan igjen påvirke rekruttering til fastlegestillinger negativt.

Det er utført en rekke utredninger tilknyttet legevakt, hovedsakelig i sammenheng med øvrig akuttmedisinsk kjede eller tilknyttet allmennlegetjenesten, og i 2021 gjennomførte en ekspertgruppe en kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet <sup>98</sup>. Formålet med kartleggingen var å styrke kunnskapsgrunnlaget for videreutvikling av en bærekraftig legevaktsordning på tvers av kommuners størrelse og sentralitet. Denne ekspertgruppens arbeid viste at over halvparten av landets fastleger deltok i legevakt i 2019, men vaktbelastningen skiller seg vesentlig mellom små og store kommuner. To av tre fastleger i små kommuner deltar i legevakt, mot en av tre i store kommuner. Fastlegene jobber flere timer legevakt, hyppigere kveld og natt i små legevaktdistrikt. Kompetansekravet i akuttmedisinforskriften gjør at det hyppigere er behov for lege i bakvakt i små kommuner enn i store kommuner.

Helse- og omsorgsdepartementet nedsatte i februar 2022 en partssammensatt arbeidsgruppe, bestående av Legeforeningen, KS, Oslo kommune og staten. Bakgrunnen var den utfordrende rekrutteringen til legevaktordningen i mange av de minste kommunene og initiativet til denne arbeidsgruppen kom fra partene (KS og Legeforeningen). Arbeidsgruppen leverte sin rapport til Helse- og omsorgsdepartementet i mai 2022. Rapporten inneholder en rekke forslag til tiltak for å styrke legevaktordninger med fire eller færre fastleger i legevaktdistriktet. Tiltakene omhandler kompetanse, finansiering og forslag til innføring av lokale tiltak. Arbeidsgruppen er videreført, med oppdrag å vurdere hvordan belastningen ved legevaktsarbeidet kan reduseres for at allmennlegenes totale arbeidsbelastning kan bli håndterbar, samtidig som en god legevaktstjeneste sikres i hele landet. Arbeidsgruppen skal blant annet vurdere løsninger som tilrettelegger for redusert arbeidstid i legevakt for allmennleger, vurdere ansvars- og oppgavefordeling i den akuttmedisinske kjede, og vurdere tiltak for redusert belastning for legen ved legevaktsarbeid. Økonomiske og administrative konsekvenser av alle tiltak skal beskrives. Sluttrapport skal overleveres departementet 1. februar 2023.

Helsedirektoratet har i tildelingsbrevet for 2022 fått oppdrag som omhandler legevakt. Helsedirektoratet skal utrede kortsiktige og langsiktige bærekraftige løsninger på utfordringene i legevakt, som hensyntar fastlegenes arbeidsbelastning både på fastlegekontoret og i legevakt. Kortsiktige løsninger omfatter regelverk for tilskudd til legevakt i kommuner med rekrutteringsproblemer og veiledning for bruk av tilskuddet, samt pilotering av nye eller utvidelse av eksisterende legevaktmodeller. Av langsiktige løsninger skal Helsedirektoratet vurdere endringer i regulering og finansiering for å skape bærekraftige løsninger. Regelverk og veiledning for tilskudd til legevakt i kommuner med rekrutteringsproblemer ble utarbeidet våren 2022, og tilskuddet ble utbetalt sommeren 2022. Øvrige deler av oppdraget skal leveres innen utgangen av året.

Felles for alle oppdragene er formålet om å sikre en bærekraftig legevakt ved tiltak som hensyntar allmennlegers arbeidsbelastning, både på fastlegekontoret og i legevakt. De pågående arbeidene vil inngå i ekspertutvalgets kunnskaps- og vurderingsgrunnlag, og det er derfor hensiktsmessig å avvete vurderinger og anbefalinger til disse foreligger.

---

<sup>98</sup> [Ekspertgruppe legevakt. Kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning. HOD, 2021.](#)

# VEDLEGG A

## Begrepsliste

---

**ALIS:** Allmennlege i spesialisering.

**ALIS-avtale:** En avtale mellom kommune og lege i spesialisering i allmenntilleggsmedisin om særskilte tiltak som bidrar til økt trygghet under spesialistutdanningen, gjennom bedre tilrettelegging og oppfølging i spesialiseringsløpet utover det legen har krav på som følge av dagens avtale- og regelverk. 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. til fastlegen. 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<sup>99</sup>.

**Basistilskudd:** Tilskudd som utbetales legene per registrerte person per år på legens liste. Fra 1. mai 2020 ble det innført et knekkpunkt i basistilskuddet. Fra 1. juli 2022 utgjør basistilskuddet 675 kroner per listeinnbygger inntil 1 000 listeinnbyggere. Fra listeinnbygger 1001 og opptil 2500 utgjør basistilskuddet 544 kroner per listeinnbygger.

**E-konsultasjon:** Konsultasjon som gjennomføres elektronisk/digitalt, ved bruk av telefon, video eller tekst.

**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 listeinnbyggere på vedkommende fastleges 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 to 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 basistilskudd.

**Introduksjonsavtale:** Introduksjonsavtaler er avtaler som gir leger under spesialisering i allmenntilleggsmedisin 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 legekantoret samtidig.

**LIS1:** Lege i spesialisering del 1.

**Liste uten fast lege:** Ubesatt fastlegeliste, noe som innebærer at listeinnbyggerne i de fleste tilfeller tas hånd om av vikarlege, eller av andre fastleger gjennom kollegial fraværdekning.

**Risikojustering av basistilskuddet:** Basistilskuddet er det samme for alle listeinnbyggerne over og under knekkpunktet (jf. over), men det kunne vært justert etter kjennetegn ved listeinnbyggerne, for eksempel alder, kjønn, utdanning, inntekt, helsetilstand eller andre anslag på nytten av fastlegetjenestene eller på hvor arbeidskrevende listeinnbyggerne er for fastlegen.

**Utjamningstilskudd:** Tilskudd for fastlegeavtaler i kommuner med under 5000 innbyggere og hvor gjennomsnittlig listelengde er mindre enn 1200 listeinnbyggere. Utjamningstilskuddet beregnes som basistilskudd for differansen mellom referanselisten på 1200 innbyggere og gjennomsnittlig listelengde i kommunen.

---

<sup>99</sup> Beskrivelsen er hentet fra avtalen mellom KS og LF (ASA 4310)

## VEDLEGG B

### Om finansiering av fastlegeordningen

---

Ekspertutvalget gir her en kort og foreløpig beskrivelse av finansieringen av fastlegeordningen. Videre gis det en drøfting av differensiering av basistilskudd, med vekt på risikjustering.

### Dagens finansiering

#### Driftsformer

Det er ulike driftsformer innenfor fastlegeordningen. Hovedmodellen i fastlegeordningen er at kommunene dekker behovet for fastleger gjennom avtaleinngåelse med næringsdrivende leger. Næringsdrivende fastleger mottar basisfinansiering fra kommunen, takstrefusjoner fra folketrygden og egenandeler fra pasientene. Legene har i praksis også inntekter utenfor disse ordningene (fra vaksiner, erklæringer, forsikringsattester, m.m.). Hvert av de ulike elementene i finansieringen er ikke ment å dekke bestemte deler av fastlegenes aktivitet, men de skal samlet sett gi fastlegen en god inntjening, som understøtter gode allmennlegetjenester til befolkningen.

I stedet for hovedmodellen med næringsdrivende lege, kan kommuner tilby fast ansettelse, eller andre økonomiske tiltak, for å dekke behovet for fastleger. Dersom fastlegen er ansatt i kommunen med fast lønn, vil kommunen beholde basistilskuddet og motta takstrefusjoner og egenandeler. Det finnes også mellomvarianter, herunder næringsdrivende leger som mottar ytterligere støtte fra kommunen (for eksempel såkalte 8.2-avtaler), eller fast ansatte leger som har aktivitetsbaserte tilleggssinntekter.

Næringsdrift er vanligst i folkerike kommuner, mens fast ansettelse er vanligst i kommuner med få innbyggere.

#### Basisfinansieringen

Basisfinansieringen utgjør opp mot 30 prosent av finansieringen av fastlegeordningen, og den består av de tre elementene basistilskudd, grunntilskudd og utjamningstilskudd, som alle er uavhengige av hvor mange konsultasjoner eller annen aktivitet legen har.

##### *Basistilskuddet*

Basistilskuddet er det mest sentrale elementet i basisfinansieringen, og det utgjør et fast beløp for hver innbygger på legens liste. Fra 1.7.2022 utgjør det 675 kroner per listeinnbygger per år for inntil 1 000 listeinnbyggere. Fra listeinnbygger 1001 og opp til innbygger 2500 utgjør basistilskuddet 544 kroner per listeinnbygger. Det betyr at det er én sats til og med det såkalte knekkpunktet på 1000 innbyggere, og én sats over.

##### *Grunntilskuddet*

Grunntilskuddet ble innført for å styrke rekrutteringen til fastlegeordningen, og det utbetales i stedet for basistilskudd. For leger med listetak over 500 innbyggere, men som for eksempel i en oppstartsfase har færre enn 500 innbyggere på lista, vil grunntilskudd tilsvare basistilskudd for 500 listeinnbyggere. Dermed er legen

sikret en aktivitetsuavhengig årlig inntekt på minst 337 500 kroner (500 \* 675 kroner) selv om det skulle ta tid å få 500 innbyggere på lista. En lege kan motta grunntilskudd i inntil to år.

### *Utjamningstilskuddet*

Utjamningstilskuddet kan utbetales til næringsdrivende fastleger i kommuner med mindre enn 5000 innbyggere, der gjennomsnittlig listelengde er mindre enn 1200. Tilskuddet beregnes som basistilskudd for differansen mellom referanselisten på 1200 innbyggere og gjennomsnittlig listelengde i kommunen.

### *Kommunenes midler til basisfinansiering*

Dekning av basisfinansieringen inngår i statens generelle overføringer til kommunene, og det er ingen øremerking av disse midlene til fastlegene. Fordelingen mellom kommunene justeres ihht. den vanlige delkostnadsnøkkelen for kommunehelse. Pasientflyt over kommunegrensene håndteres gjennom gjesteinnbyggeroppgjøret. I praksis er det derfor ingen automatikk i at en nasjonal økning i basisfinansieringen til fastlegene innebærer en økning i helsebudsjettet i en kommune, da det på vanlig måte er opp til kommunen å prioritere om den vil benytte økte overføringer fra staten til skole, kultur, helse, osv. Overføring av basistilskudd til den enkelte fastlege må likevel gjøres, i tråd med fastsatte regler og satser.

For næringsdrivende fastleger i hovedmodellen vil en økning i basistilskuddet i sin helhet tilfalle dem, som en forskriftsfestet utbetaling fra kommunen, men det er opp til kommunens prioriteringer hvor inndekningen hentes fra. For kommunalt ansatte fastleger vil økningen i basistilskuddet normalt ikke endre deres lønn, og det er i så fall opp til kommunen om den velger å benytte den økte basisfinansieringen til å styrke fastlegetjenestene, allmennlegetjenestene, de øvrige helse- og omsorgstjenestene, eller andre kommunale oppgaver. I kommuner med bare næringsdrivende leger etter hovedmodellen vil en økning i basistilskuddet dermed ikke styrke kommuneøkonomien (kan styrkes i kommuner med næringsdrivende med 8.2-avtaler), mens den kommunale økonomien vil kunne bli styrket av økt basistilskudd i kommuner med kommunalt ansatte fastleger.

### **Den aktivitetsbaserte finansieringen**

Takstrefusjoner og egenandeler utgjør de to aktivitetsbaserte delene av finansieringen i fastlegeordningen, og til sammen utgjør de per 2022 om lag 70 prosent av finansieringen.

Takstene er det beløpet folketrygden gir i stønad til den enkelte pasient i forbindelse med undersøkelse eller behandling. Gjennom direkteoppgjørsordningen mottar legene refusjonene direkte fra staten ved Helfo. For leger som er ansatt i kommunen, tilfaller den aktivitetsbaserte finansieringen normalt kommunen. Uansett er det en forutsetning for å kunne bruke takstsystemet at legen har fastlegeavtale med kommunen.

Refusjonene kommer fra folketrygden, som legger rammer for hvilke aktiviteter som kan utløse stønad (undersøkelse og behandling hos lege). Kravet i folketrygdloven § 5-4, jf. § 5-1 om at refusjon kun ytes ved sykdom, skade eller lyte, gjør at folkehelsearbeid og primærforebygging faller utenfor takstsystemet som fastlegene får refusjon etter.

Den aktivitetsbaserte finansieringen er en form for tredjepartsfinansiering. Det er kommunen som har sørgefor-ansvar for fastlegetjenestene, samtidig som staten står for hoveddelen av finansieringen.



I tillegg til takstrefusjonene betaler pasientene egenandeler. Pasienten har et tak for hvor mye egenandeler som kan betales i løpet av et år<sup>100</sup>, og når taket nås får fastlegen refundert ytterligere egenandeler fra folketrygden.

Fastlegene yter også tjenester som faller utenfor de offentlige finansieringsordningene. Dette kan være attester og erklæringer, eksempelvis helseattest for bilførere eller til forsikringselskaper. De fleste slike tjenester må listeinnbyggeren eller forsikringselskapet selv betale for i sin helhet.

### Samfunnets kostnader med fastlegeordningen

Det aller fleste større oppgavene i fastlegeordningen omfattes av takstsystemet. Men det finnes også noen oppgaver som fastlegen gjør, og som det ikke er en like tydelig finansieringskilde for. Det er dermed ikke helt klart hvilke kostnader som skal omfattes i beregninger av total kostnader ved fastlegeordningen, og i tillegg er tilgangen på statistikk begrenset. Nedenfor gjengis anslag på kostnader der Helsedirektoratet har tatt utgangspunkt i beregninger gjennom basisfinansieringen og den aktivitetsbaserte finansieringen.<sup>101</sup> Å forsøke å beregne kostnadene med utgangspunkt i Nasjonalregnskapet har også begrensninger.

Kommuners eventuelle merkostnader til fastlegeordningen,<sup>102</sup> for eksempel tilleggsytelser (8.2-avtaler, økt basistilskudd), oppkjøp av praksiser, dyre vikarordninger eller fastlønnsavtaler,<sup>103</sup> er ikke med i Helsedirektoratets overslag. Pasienter i langtidsopphold i institusjon (for eksempel sykehjem), og hvor andre leger enn fastlegen har ansvar for oppfølgingen, er med i beregningen av kostnader til basisfinansieringen. Statens tilskudd til spesialistutdanningen i allmennmedisin (LIS1 og ALIS), samt eventuelle merkostnader for kommunene, inngår ikke i beregningen. Kostnader til tilskudd til LIS1 utgjorde 202 mill. kroner i 2021, og kostnader til ALIS-tilskudd var 400 mill. kroner.<sup>104</sup> Kostnader til legemidler inngår ikke i beregningen, og naturligvis heller ikke kostnader i spesialisthelsetjenestene, i helse- og omsorgstjenestene ellers eller i folkehelsearbeidet.

Basert på disse forutsetningene har Helsedirektoratet beregnet kostnadene for fastlegeordningen til 12,5 mrd. kroner i 2021,<sup>105</sup> noe som grovt sett tilsvarer to til tre tusen kroner per innbygger. Fra figur 5.1 ser vi at disse kostnadene har økt jevnt siden 2010, men økningen var særlig stor fra 2020 til 2021, da den var på 10,3 prosent. Prisjustert var kostnadsøkningen dette året på 5,0 prosent. Basisfinansieringen har også økt over perioden, og igjen særlig det siste året (10,3 prosent). Det siste året var økningen i refusjoner enda høyere (13,6 prosent), mens egenandeler og egenbetaling fra pasienter stort sett har vært uendret det siste året.<sup>106</sup>

---

<sup>100</sup> Egenandelstaket for 2022 er 2921 kroner

<sup>101</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/fortsatt-reduksjon-i-kapasitet-og-tilgjengelighet-til-fastlege>

<sup>102</sup> <https://www.ks.no/contentassets/913cace093644da083d1c6afa5475f11/Rapport-KS-Finansiering-fastlegeordningen-2022.pdf>

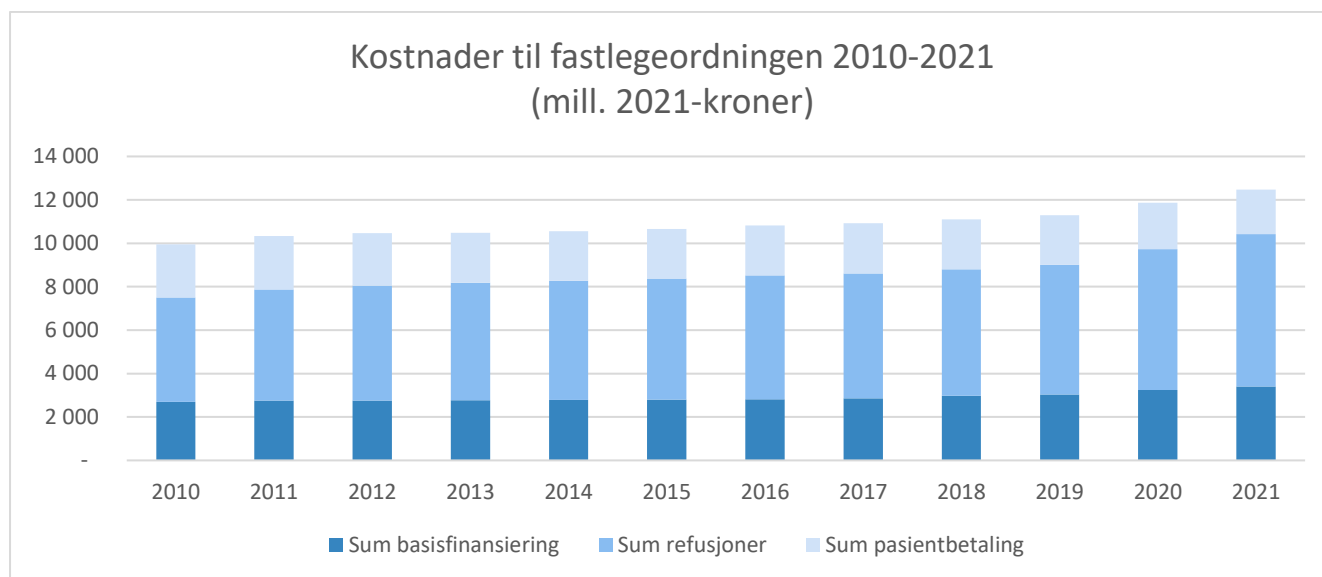
<sup>103</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>, side 206.

<sup>104</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2021/kostnader-til-allmennlegetjenesten/totale-kostnader-for-allmennlegetjenesten>

<sup>105</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2021/kostnader-til-allmennlegetjenesten/kostnader-til-fastlegeordningen>

<sup>106</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2021/kostnader-til-allmennlegetjenesten/kostnader-til-fastlegeordningen>

Figur B.1: Anslag på kostnader til fastlegeordningen, faste priser (millioner 2021-kroner) \*



Kilde: HelseDirektoratets registre KUHR og FLO

\* ca. 100 mill. kroner av kostnaden i 2020 og 2021 skyldes innføring av takst for influensavaksinerings.

## Drøfting av elementene i basisfinansieringen

### Basistilskudd vs. aktivitetsbasert finansiering

#### *Teoretiske avveininger og anbefalinger i forskningslitteraturen*

Innretningen på finansieringen av fastlegeordningen er et virkemiddel for å understøtte et mål om gode og innovative tjenester til innbyggerne. Finansieringsordningen bør være innrettet slik at hele befolkningen får tilgang til den helsehjelpen de har behov for hos fastlegen. Finansieringen bør understøtte tjenester av høy kvalitet og riktig tilgjengelighet, basert på behovene. Helst bør gode prioriteringer og god kvalitet på tjenestene understøttes ved at slik atferd også lønner seg økonomisk. Det bør også være et insentiv for å utvikle og legge til rette for effektive og gode tjenester i framtiden.

I praksis er det svært vanskelig eller umulig å lage finansieringsordninger uten uønskede virkninger, og legenes høye etiske og faglige standarder er derfor avgjørende for gode og likeverdige tjenester til innbyggerne.

De ulike elementene i finansieringen har forskjellige fordeler og ulemper. Ytterpunktene er bare fast (per-capita) inntekt, som er aktivitetsuavhengig, og full akkord, der inntekten kun er aktivitetsavhengig. I praksis og i litteraturen<sup>107</sup> ser vi ofte blandede systemer, for eksempel ved at næringsdrivende fastleger gis delvis basistilskudd og delvis ytelsesbaserte takster.

En ulempe med takstfinansierte tjenester er at fastlegen ikke nødvendigvis oppmuntres økonomisk til å innrette praksisen for pasienter med størst nytte av legen, eller til å redusere antall konsultasjoner, siden de fleste kostnader blir refundert uansett. For eksempel er det ingen oppmuntring til tidsbesparende oppfølging av pasienter med kroniske sykdommer, ved at noen fysiske konsultasjoner kan byttes ut med enklere

<sup>107</sup> Newhouse, J. P., 1996. Reimbursing health plans and health providers: Efficiency in production versus selection. *Journal of Economic Literature* 34:3, 1236-1263.

kontakter som sparer legen eller pasienten for tid (telefonkontakt eller e-konsultasjoner). Det kan også være et insitamant til å yte *for mange* tjenester til pasienter som ønsker det (jf. såkalt medisinsk overaktivitet og helsepersonelloven § 6.<sup>108</sup>)

En ulempe med betaling utelukkende via basistilskudd er at fastlegen selv bærer risikoen for at pasientene på listen får uventet stort behov for helsetjenester og som påfører legen kostnader, for eksempel i form av nødvendige undersøkelser eller økt tidsbruk. Legen vil da kunne få meget lange arbeidsdager, uten tilsvarende økonomisk kompensasjon, eller må redusere listestørrelsen og dermed inntekten. Det kan også være et insitamant til å yte *for få* tjenester til pasientene. På den annen side kan aktivitetsuavhengig avlønning gjøre det enklere å prioritere de pasientene med størst nytte av legens tjenester, fordi inntekten uansett er den samme. I tillegg gir aktivitetsuavhengig inntekt insentiver til kostnadsreducerende tiltak, men det kan også gjøre det gunstig å henvise eller på andre måter overføre noe av pasientenes behandlingsbehov til andre deler av helsetjenesten.

Hvis basisfinansieringen utgjør all, eller mesteparten av, fastlegens inntekt, kan det være behov for å redusere legens risiko knyttet til at pasienter på en spesifikk liste har eller får større helsetjenestebehov enn vanlig. Dette kan gjøres ved å la legen redusere listelengden for å unngå for stor arbeidsbelastning, men da vil også inntekten falle. For å unngå slikt fall i inntekt som følge av økte behov blant listepasientene, kan risikoen alternativt flyttes bort fra legen ved å la basistilskuddet avhenge av behovene til pasientene på listen. I ytterste konsekvens vil en slik justering ende opp som aktivitetsbasert avlønning, der den økonomiske risikoen ved økt arbeidsbelastning med en liste i sin helhet er flyttet fra legen til den som finansierer ordningen (staten eller forsikringsselskapet). Legen vil dermed kompenseres økonomisk dersom helsetjenestebehovene til listeinnbyggerne øker. I et system der mesteparten eller all avlønning i utgangspunktet er bestemt av legens aktivitet (takshonorarer), vil med andre ord det økonomiske behovet for å justere basistilskuddet være annerledes eller bortfalle.

Mens det finnes en god del empirisk forskning på effekter av de ulike elementene i en finansieringsordning<sup>109</sup> er ikke ekspertutvalget kjent med metodisk pålitelige evalueringer av hvilken balanse mellom ulike former for basistilskudd og aktivitetsbasert avlønning som best understøtter målet om gode tjenester til innbyggerne.

### *Finansieringsordninger i andre land*

De fleste land rundt oss har finansieringssystemer med elementer av både basistilskudd og aktivitetsbasert avlønning. Det danske systemet likner mye på det vi har i Norge, med om lag 30 prosent av inntektene fra basistilskuddet. I Sverige utgjør basistilskuddet en stor andel av samlet finansiering av vårdcentralene, og den varierer mellom regioner fra 60 til 95 prosent. England og Nederland har også en langt høyere andel avlønning fra basistilskudd enn Norge.<sup>110</sup>

I land med høy basisfinansiering er det også vanlig at basistilskuddet er differensiert etter geografi, sosioøkonomi eller anslag på pasientenes behov for tjenester.

## Differensieringer av basisfinansieringen

Basisfinansieringen trenger ikke å variere med antall pasienter legen faktisk har ansvar for. I Norge er dette tilfellet for grunntilskuddet, som er det samme (i inntil to år) enten legen har 100 eller 500 pasienter på lista.

<sup>108</sup> "Helsepersonell skal sørge for at helsehjelpen ikke påfører pasient, helseinstitusjon, trygden eller andre unødvendig tidstap eller utgift"

<sup>109</sup> For eksempel: van Dijk, C. E., van den Berg, B., Verheij, R. A., Spreeuwenberg, P., Groenewegen, P. P. and de Bakker, D. H., 2013. Moral hazard and supplier-induced demand: empirical evidence in general practice. *Health Economics* 22, 340–352.

<sup>110</sup> [Primärvårdens resurser, styrning och organisation | Vård- och omsorgsanalys \(vardanalys.se\)](#)

Før fastlegeordningen ble innført i 2001, var driftstilskuddet normalt uavhengig av hvor mange pasienter legen betjente.

Siden flere listeinnbyggere ofte innebærer større ansvar og flere oppgaver, er basistilskuddet i Norge et per-capita-tilskudd: Det øker med antall listepasienter, og kan således sies å være differensiert etter listelengde. Knekkpunktet på 1000 listeinnbyggere innebærer også en differensiering. Per-capita-tilskuddet er høyere opp til 1000 innbyggere og noe lavere for over 1000 innbyggere. I tillegg har vi en regel om at en liste ikke skal overstige 2500 innbyggere, men dette kan avvikes midlertidig og per-capita-tilskuddet ytes også for flere enn 2500 listeinnbyggere.

Vi har et element av geografisk differensiering av basisfinansieringen i Norge. Utjamningstilskuddet skal bidra til næringsdrift i kommuner der fastlegene på grunn av lavt folketall får korte lister og dermed mindre basistilskudd fra kommunene. Utjamningstilskuddet er likt for alle de næringsdrivende legene i kommunen og svarer til differansen mellom basistilskuddet for 1200 listeinnbyggere og basistilskuddet for gjennomsnittlig listelengde i kommunen. I en kommune med gjennomsnittlig listelengde på 900, vil hver næringsdrivende fastlege få utbetalt et utjamningstilskudd tilsvarende basistilskuddet for 300 listeinnbyggere.

I Norge har næringsdrivende fastleger i dag ingen differensiering av basisfinansieringen etter sosioøkonomiske kjennetegn ved listeinnbyggerne, ei heller etter alder, kjønn, helse eller andre anslag for nytten av fastlegetjenester. De generelle overføringene til kommunene fra staten, som basisfinansieringen til næringsdrivende leger dekkes av, har imidlertid innbakt noe justering for sosioøkonomiske forhold.

### Mer om differensiering i form av knekkpunkt

Med mål om å redusere arbeidsbyrden til fastleger med lange lister, ble knekkpunktet på 1000 listeinnbyggere innført fra 1. mai 2020 (p.t. 675 og 544 kroner per listeinnbygger på lister med henholdsvis inntil 1000 og over 1000 listeinnbyggere).

Knekkpunkt i basistilskuddet vil i teorien kunne ha ulike insentiver i) for eksisterende næringsdrivende fastleger med lange og korte lister, ii) for kommuner med ansatte fastleger, og iii) for nye leger som ønsker å bli fastlege.

En økning i basistilskuddet for de første 1000 listeinnbyggerne (og uendret basistilskudd over 1000) gir insentiv til at næringsdrivende fastleger med listelengde under knekkpunktet øker sin listelengde. Disse fastlegene får en større inntektsøkning for å øke listelengden, sammenliknet med basistilskudd uten knekkpunkt. Tilsvarende får de et høyere inntektsfall ved å redusere listelengden. Næringsdrivende fastleger med listelengde over knekkpunktet opplever uendret basistilskudd og dermed ingen ytterligere oppmuntring til å øke listelengden. I økonomisk teori kalles atferdsvirkningen av en slik økning i basistilskuddet en prisvridningseffekt og den opptrer sammen med det som kalles en inntektseffekt. Når basistilskuddet øker, så øker også legens inntekt, og en høyere inntekt vil kunne medføre at legen ønsker å ta seg råd til mer fritid (på bekostning av arbeidstid). Inntektseffekten trekker derfor i retning av at legen ønsker kortere lister, eventuelt at legen reduserer arbeidstiden sin på andre måter (færre konsultasjoner per listeinnbygger). Totaleffekten av en økning i basistilskuddet på listelengde er i teorien uklar, fordi det er to motstridende effekter: Prisvridningseffekten tilsier et ønske om lengre liste, og inntektseffekten tilsier ønske om kortere liste. For leger med listelengde under knekkpunktet er dermed totaleffekten usikker, men leger med listelengde større en knekkpunktet vil ønske å redusere listelengden (siden vi har forutsatt at basistilskuddet over knekkpunktet er uendret). Empiriske studier for å avdekke hvordan endringer i basistilskuddet påvirker den totale listekapasiteten i Norge er utfordrende å gjennomføre siden det ikke er noen åpenbar kontrollgruppe.

Basistilskuddet utgjør en begrenset andel av samlet inntjening. Hoveddelen av merinntjening for en ny listeinnbygger vil komme fra taksthonorarene. Knekkpunkt i basistilskuddet vil dermed ha mer begrenset effekt enn dersom basistilskuddet utgjorde en større andel, gitt at differansen mellom satsene over og under knekkpunkt ville være høyere. For øvrig er det mange andre forhold enn variasjon i størrelsen på basistilskuddet som påvirker legens aktiviteter, inkludert faglige preferanser, kompetanse og normer, personlige preferanser, familiesituasjon osv.

Knekkpunkt har også fordelingseffekter. En ulik fordeling av basisfinansieringen mellom forskjellige grupper av fastleger innebærer at leger som tar ansvar for en ekstra pasient på en kort liste belønnes mer enn leger som tar ansvar for en ekstra pasient på en lang liste. Dermed gir systemet lavere kompensasjon til de som påtar seg et større ansvar enn de som tar et mindre, noe forskere ved Universitetet i Oslo har omtalt som "omvendt overtidsbetaling".<sup>111</sup> I sykehusene tjener en lege klart mer for å jobbe den 45. timen i en uke, enn den 35., mens fastlegene altså får mindre betalt for å ta ansvar for den 1500. enn den 500. listeinnbyggeren. I hvilken grad knekkpunktet er godt egnet til å beholde erfarne fastleger, som ofte har lange lister, er derfor ikke helt klart. Det kan tenkes at andre tiltak vil kunne være bedre egnet til å beholde eksisterende fastleger i ordningen.

For kommuner med ansatte fastleger på fastlønn vil endringer i knekkpunktet ikke påvirke fastlegenes inntekt, men det vil kunne påvirke de generelle overføringene kommunen får fra staten. Siden både lavere listelengde og fastlønnsavtaler er vanligere i mindre folkerike kommuner i distriktene enn i byene, vil en styrking av basisfinansieringen under knekkpunktet i større grad tilfalle mindre folkerike kommuner i distrikt enn byene. Det er i distriktene utfordringene med fastlegedekningen er størst, men det er som nevnt, ingen automatikk i at økt basisfinansiering leder til styrket finansiering av fastlegeordningen i kommunen. Følgeevalueringen av Handlingsplanen for allmennlegetjenesten<sup>112</sup> viser at andelen leger som ønsker å redusere listetaket øker med kommunestørrelse, og det har vært størst reduksjon i listelengde blant fastleger med lange lister. Lange lister er stort sett knyttet til store kommuner, noe som betyr at reduksjon i de lange listene særlig vil gi behov for flere fastleger i de store kommunene, noe som kan være uheldig for de små kommunenes muligheter for å rekruttere fastleger. Det kan tenkes at andre tiltak, som endret og styrket utjamningstilskudd eller annen statlig bistand, vil kunne være bedre egnet til å styrke fastlegeordningen i mindre folkerike kommuner i distriktene.

For nye leger som ønsker å bli fastlege, er det ikke helt klart hvordan, eller i hvilken grad, endringer i basisfinansieringen vil virke. Mange yngre leger gir uttrykk for at de ønsker å ha ansvar for færre pasienter og jobbe mindre enn det som har vært vanlig blant eldre fastleger i Norge, og en økning i basisfinansieringen under knekkpunktet vil gi en høyere og sikrere inntekt for kortere lister. En økning i basistilskuddet vil samtidig kunne lede til økt driftsresultat for eksisterende fastleger, noe som kan øke prisen nye leger må betale for å overta en praksis. Prisen vil kunne gå opp mer for praksiser med en listelengde under enn over knekkpunktet. Yngre leger gir også i større grad uttrykk for at de ønsker fastlønn, men kommunene må ofte også kjøpe praksiser, og som nevnt, er det ikke klart i hvilken grad knekkpunktet styrker kommunenes mulighet til å finansiere kommunal fastlegedrift og tilby flere fastlønnsstillinger. Det kan tenkes at andre tiltak, som styrket grunntilskudd (økt størrelse og tidsperiode) og statlige/kommunale prisgarantier ved kjøp av praksis, vil kunne være bedre egnet til å fremme rekrutteringen til fastlegeordningen.

Fra et innbyggerperspektiv er det stadig økende behov for at det faktisk er fast lege på listene og mulighet til å bytte lege (flere åpne lister). Siden knekkpunktet i stor grad var ment å stimulere eksisterende leger til å redusere listetaket, bidrar knekkpunktet bare til bedre fastlegetilgang for innbyggerne dersom reduksjonen i listetak kompenseres med bedre kvalitet og økt rekruttering av nye leger til ordningen. Men siden nye leger

<sup>111</sup> [Norge er trolig alene om å innføre omvendt overtid for fastleger – Debatt og kronikk – Dagens Medisin](#)

<sup>112</sup> <https://osloeconomics.no/wp-content/uploads/2022/05/HPA-evalueringssrapport-2022.pdf>

har kortere lister enn de eksisterende, og fastlegenes gjennomsnittlige listelengde har gått ned hvert år siden 2005,<sup>113</sup> er det ikke klart at knekkpunktet fremmer innbyggernes tilgang til lister med fast lege.

Ingen av våre naboland har knekkpunkt i basisfinansieringen, og det finnes ingen empiriske studier som benytter pålitelige metoder til å evaluere effekter av knekkpunkt. Det er derfor uklart om de teoretiske argumentene for og mot knekkpunkt egentlig har nevneverdig empirisk betydning.

## Mer om differensieringer i form av risikjustering

### *Formål med risikjustering*

For samfunnet er det et mål at finansieringssystemet understøtter en ønsket allokering av fastlegetjenester til de pasientgruppene som har størst nytte av tjenestene. Vi ønsker altså at systemet understøtter at fastlegene gjør gode prioriteringer og yter tjenester av god kvalitet. I et system med høy grad av basisfinansiering betyr det at fastlegen bør ha gode insentiver for å bygge opp en praksis som er tilrettelagt for å ivareta de pasientgruppene som har størst nytte av legetjenestene. Et viktig formål med risikjustering er derfor å legge til rette for økonomisk belønning av fastleger med en praksis som beholder og tiltrekker seg tyngre pasientgrupper med stor nytte av fastlegetjenesten, ofte kronisk syke med sammensatte behov.<sup>114</sup> Formålet er å stimulere til at praksisens innretning, i form av plassering, inventar, utstyr, personell, kompetanse, teknologi, osv., tilrettelegges for å styrke tilbudet til slike pasientgrupper, og ikke utelukkende å kompensere legen for å ha flere konsultasjoner med slike pasienter (det ville man lettere kunne oppnå ved å øke takstene for slike pasienter). En slik endring i innretningen kan sågar innebære at legen har færre konsultasjoner med denne pasientgruppen, eksempelvis gjennom teknologiske endringer (digitale løsninger og videokonsultasjoner) eller mer rutineoppfølging av sykepleiere. Undersøkelser av pasienttilfredshet viser at pasientgrupper som bruker tjenestene ofte, er de som er minst fornøyd med fastlegeordningen,<sup>115</sup> og de opplever fastlegen som mindre tilgjengelig.<sup>116</sup>

Tilrettelegging av praksis for pasientgrupper med særlige behov kan alternativt ivaretas ved å forskriftsfeste ytterligere krav til utformingen av praksisen. I dag skal for eksempel en fastlegepraksis være universelt utformet og tilgjengelig for alle pasientgrupper, og kontoret kan derfor ikke legges i 4. etasje uten heis.<sup>117</sup> Ulempen med slik forskriftsfesting er at den gjøres av sentrale myndigheter, og den stimulerer derfor i mindre grad enn økonomiske insentiver til at legene selv, ved å lytte til pasientene, tenker nytt om hvordan de kan tilpasse praksisen til ulike pasientgruppers behov.<sup>118</sup>

Fra et legeperspektiv er det også et mål at fordelingen av finansieringen fastlegene imellom sikrer alle en god og trygg inntjening, med en økonomisk kompensasjon som samsvarer med arbeidsmengden. Risikjustering skal bidra til at leger som har eller tiltrekker seg pasienter som er arbeidskrevende, kommer bedre ut økonomisk enn leger som har enklere pasienter på lista, gitt samme listelengde.

<sup>113</sup> <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/fastlegene-far-stadiq-kortere-pasientlister>

<sup>114</sup> Godager, Hagen og Iversen, 2011: Notat om risikjustering av basistilskudd til fastleger. Upublisert notat. Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

<sup>115</sup> <https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordningen---sluttrapport-fra-ey-og-vista-analyse.pdf>

<sup>116</sup> Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018/19 – FHI

<sup>117</sup> Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven) § 17

Begrepet risikojustering knytter seg til legenes finansielle risiko som følge av at ulike leger kan få listepasienter med systematisk forskjellige observerbare kjennetegn som påvirker behovet for legetjenester. I teorien er tanken at leger med tunge lister ikke bare skal måtte redusere listelengden, og dermed basistilskuddet, for å begrense arbeidsmengden, men at de skal kunne kompenseres økonomisk for at de har et tyngre listeansvar. Denne økonomiske kompensasjonen må i så fall være av en slik størrelse at den setter legen i stand til å ansette annet personell for å avlaste legen. Risikoen for tunge lister blir mindre jo mer den aktivitetsbaserte finansiering utgjør av total finansiering, da uforutsett mye arbeid med en liste – for legen, ikke for annet personell – kompenseres økonomisk gjennom refusjonene.<sup>119</sup>

### *Risikojustering i våre naboland*

Differensiering av basistilskudd er et virkemiddel som benyttes i flere land, særlig der basisfinansieringen utgjør en stor andel av avlønningen. Dette gjelder for eksempel i Sverige, der basistilskudd differensieres litt ulikt i ulike regioner, men de vanligste komponentene er listeinnbyggerens alder, kjønn, helsetilstand (ACG-systemet) og sosioøkonomiske status. Sosioøkonomi beregnes både på geografisk nivå, og ut fra individuelle kjennetegn ved listeinnbyggerne. Finansieringen omfatter vårdcentraler, ikke enkeltleger. Dermed er det langt flere innbyggere som inngår i risikojusteringen, sammenliknet med fastlegeordningen i Norge og Danmark. I gjennomsnitt har vårdcentralene 9000 listeinnbyggere. Jo flere listeinnbyggere, jo mindre vil risikojusteringen variere med tilfeldigheter.

Danmark har et svært begrenset innslag av differensiering av basistilskuddet. Mens Sverige har risikojustering av hele basistilskuddet, har Danmark en løsning med et eget risikojustert basistilskudd på toppen av dagens basistilskudd. Fra 2018 er det satt av 36 mill. DKr til differensiert basistilskudd. Midlene fordeles til legene som har de mest arbeidskrevende listene, målt ut fra alder, kjønn og helsetilstand (charlson index). Helsetilstand tar utgangspunkt i diagnoser satt i sykehus. Maksimalt ekstra utbetalt beløp per lege skal være 100 000 DKr.<sup>120</sup>

### *Hvordan risikojustere i praksis og mulige virkninger*

Målet med risikojustering er altså å gjøre det økonomisk attraktivt for fastleger å utforme sin praksis på en måte som tjener pasientgrupper med særlig stor nytte av legens tid. Man ønsker å kompensere leger med mange listeinnbyggere, som har særskilte behov. Konseptuelt er formålet med risikojustering ikke å tilrettelegge for mer tjenester til de pasientene som allerede får mye, men å understøtte fastlegenes prioritering og tilrettelegging for pasientgrupper som har størst nytte av legetjenestene. Det er ikke nødvendigvis slik at de gruppene som bruker mest tjenester overlapper helt med de som har størst nytte av tjenestene, og som samfunnet ønsker å bruke mer ressurser på.<sup>121</sup>

I praksis er det svært vanskelig eller umulig å differensiere basistilskuddet, herunder risikojustere, på en måte som presist sikrer økte inntekter til akkurat de leger med enkeltpasienter med størst nytte av tjenestene. Ofte vil risikojusteringer bygge på historisk helsetjenestebruk i en eller annen forstand, og dermed tilgodese – eksplisitt eller implisitt – pasientgrupper som historisk har hatt et høyt helsetjenesteforbruk. Som nevnt, er det ikke nødvendigvis disse pasientene samfunnet ønsker å prioritere.<sup>122</sup> I forlengelsen av slike og andre

<sup>119</sup> Godager, Hagen og Iversen, 2011: Notat om risikojustering av basistilskudd til fastleger. Upublisert notat. Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

<sup>120</sup> [Microsoft Word - Ordning vedr. diff basis - kort versjon \(regioner.dk\)](#)

<sup>121</sup> Meld. St. 38 (2020–2021). Nytt, ressurs og alvorlighet Prioritering i helse- og omsorgstjenesten <https://www.regjeringen.no/contentassets/85eb048de42342e4b789913cb8b1b218/no/pdfs/stm202020210038000dddpdfs.pdf>

<sup>122</sup> Meld. St. 38 (2020–2021). Nytt, ressurs og alvorlighet Prioritering i helse- og omsorgstjenesten. <https://www.regjeringen.no/contentassets/85eb048de42342e4b789913cb8b1b218/no/pdfs/stm202020210038000dddpdfs.pdf>

måleproblemer skiller Godager, Hagen og Iversen<sup>123</sup> mellom legitime og illegitime justeringsfaktorer. Blant de legitime faktorer finner vi variabler som er viktige drivere av utgifter, samtidig som de er utenfor tjenesteleverandørens direkte kontroll, for eksempel pasienters alder og kjønn. Blant illegitime faktorer finner vi variabler som er drivere av utgifter, samtidig som de er under tjenesteleverandørens direkte kontroll. Dersom man legger vekt på de illegitime faktorene, kan finansieringssystemets evne til å understøtte god medisinsk faglig atferd undergraves.

Kjønn og alder er vanlige indikatorer å benytte i risikojustering. Det samme gjelder sosioøkonomiske forhold, enten på geografisk nivå eller på individnivå. Men det finnes også mer komplekse metoder som eksplisitt inkluderer indikatorer for tidligere helsetjenestebruk eller helsetilstand. Listeinnbyggernes tidligere helsetjenestebruk eller diagnoser tillegges da ofte vekt, men i litteraturen påpekes det at inkludering av diagnose i risikojusteringen vil kunne påvirke hvilke diagnoser legen registrerer i journalen.

I en kunnskapsoppsummering fra 2020 gjennomgås litteratur om bruk av verktøy og modeller for risikojustering.<sup>124</sup> Forskerne påpeker at bruk av risikojustering er vanlige finansieringsmodeller i helsetjenesten, og der særlig kjønn og alder inngår. Men også andre forhold inngår, og helsetilstand er vanligst å basere på diagnoser. I Godager, Hagen og Iversen sin gjennomgang av risikojustering peker de i tillegg på den iboende konflikten mellom ønsket om å modellere variasjonen i utgifter på en best mulig måte, og ønsket om en modell som er enkel å forstå, som implementerer de ønskede insentiver, og som bidrar til å gi finansieringsformelen legitimitet<sup>125</sup>. Det ser derfor ut til å være enighet i litteraturen om at det ikke er ønskelig å forsøke å lage en statistisk modell som tar ut all observerbar risiko.

Selv med perfekt risikojustering vil det uansett være tilfeldige variasjoner i listeinnbyggers behov for tjenester, og effekter av slike tilfeldigheter på fastlegens arbeidsbyrde vil være større desto kortere liste legen har.

I teorien er det primære formålet med risikojustering å legge til rette økonomisk for praksiser som innrettes mot å yte gode tjenester til de som trenger det mest. Et annet spørsmål er om risikojustering kan bidra til å beholde og rekruttere fastleger, og hvordan risikojustering virker inn på fordeling av inntekter mellom leger og kommuner. For eksisterende fastleger som har hatt den samme lista i mange år, og dermed ofte har pasienter som er eldre fordi pasientene har "eldet med legen", vil risikojustering kunne innebære en økning i basistilskuddet. Motsatsen er at risikojustering vil kunne redusere basistilskuddet til yngre leger. Mange yngre leger gir uttrykk for at de ønsker å ha ansvar for færre pasienter og jobbe mindre enn det som har vært vanlig blant eldre fastleger i Norge, og risikojustering er ment å kompensere leger med tunge lister slik at de kan ha en høyere og sikrere inntekt på kortere lister som er arbeidskrevende.

For nye leger som ønsker å bli fastlege er det ikke helt klart hvordan eller i hvilken grad risikojustering vil påvirke insentivene deres for å ønske å kjøpe en praksis. En økning i basistilskuddet for arbeidskrevende lister vil kunne lede til økt driftsresultat for eksisterende fastleger med slike lister, og med mindre de reduserer listelengden mye, kan risikojusteringen øke prisen nye leger må betale for å ta over praksiser med arbeidskrevende lister. Videre har yngre leger antakelig sterkere preferanser for lavere arbeidsbelastning enn eldre, og de vil da foretrekke lette lister, med mindre risikojusteringen utgjør en betydelig økonomisk forskjell. Hvorvidt risikojustering vil fremme eller hemme rekrutteringen vil dermed avhenge av i hvilken grad risikojusteringen slår inn i økte praksispriser, nye og etablerte legers preferanser for listelengde og andre tiltak som for eksempel statlige/kommunale prisgarantier ved kjøp av praksis eller styrking av grunntilskuddet.

---

<sup>123</sup> Godager, Hagen og Iversen, 2011: Notat om risikojustering av basistilskudd til fastleger. Upublisert notat. Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.

<sup>124</sup> Steinsbekk, Aslak, Anders Grimsmo og Jorid Kalseth (2020): Risikojustering i finansieringsmodeller for teambasert fastlegeordning.

<sup>125</sup> Godager, Hagen og Iversen, 2011: Notat om risikojustering av basistilskudd til fastleger. Upublisert notat. Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo.



For kommuner med ansatte fastleger på fastlønn vil risikojustering ikke påvirke fastlegene, men det vil kunne påvirke de generelle overføringene kommunen får fra staten. Risikojustering vil kunne påvirke fordelingen av basistilskuddet mellom kommunene. Siden befolkningen er eldre, og fastlønnsavtaler er vanligere i mindre kommuner i distriktene enn i byene, vil nok risikojustering i større grad tilfalle de mindre kommunene i distriktene enn byene. Det er i distriktene utfordringene med fastlegedekningen er størst, men selv om kommunene får økt sine inntekter dersom det kommer friske midler til basistilskuddet, er det som nevnt ikke nødvendigvis slik at økt basisfinansiering leder til styrket finansiering av *fastlegeordningen* i kommunen.

### Empiriske evalueringer av risikojustering

Ekspertutvalget har ikke hatt mulighet til å innhente noen systematisk kunnskapsoversikt om erfaringer med, og resultater av, risikojustering for pasientene. Det er selvsagt ingen automatikk i at økt basisfinansiering for lister med innbyggere med store behov fører til at fastlegen faktisk benytter mer tid på disse pasientene. For å oppnå det ville økte takster til denne gruppen være et mer nærliggende virkemiddel. Det framstår for utvalget som at det er begrenset med studier av hvordan risikojustering påvirker tjenesteyterne og tjenestene. Dette understrekes også i en kunnskapsoppsummering fra forskere ved NTNU, som sier at de ikke har funnet empiriske studier på konsekvenser av bruk av risikojustering basert på informasjon om helsetilstand i finansieringsmodeller i primærhelsetjenesten på tjenestenes innhold, kvalitet eller effektivitet, eller utkomme for pasienten.<sup>126</sup> Et working paper som omhandler risikojustering i Sverige,<sup>127</sup> påpeker i stor grad det samme.

Steinsbekk, Grimsmo og Kalseth<sup>128</sup> påpeker at høykostnadspasienter heller ikke nødvendigvis får optimal behandling og oppfølging selv om legen får ekstra betalt for å ha slike pasienter på lista. Men det kan stille legene på mer likeverdige utgangspunkt for å kunne tilby likeverdige tjenester. Dette aktualiserer at risikojustering kan kompensere leger for merarbeid, og slik sett bidra til at legene opplever at basistilskuddet i større grad gjenspeiler arbeidsbyrden med lista. Men dersom målet er å få fastlegen til å endre atferd, kan det være behov for virkemidler ut over risikojustering.

I Sverige har innføring av justering for sosioøkonomi i basisfinansieringen, gitt insentiv for private vårdcentraler til å etablere seg på steder med dårligere sosioøkonomiske kjennetegn.<sup>129</sup> Svenske forskere finner imidlertid også at risikojustering som styrker tilskuddet til vårdcentraler i områder med lav sosioøkonomisk status ikke har påvirket tilgangen til, og bruken av, fastlegetjenester for de samme gruppene.<sup>130</sup>

I Danmark, som har et system som likner mer på det norske med høy aktivitetsbasert finansiering, har differensieringen hatt et langt mindre omfang, og effektene er ikke godt dokumentert. Men det pågår flere evalueringer av en reform i 2018 som hevet basistilskuddet for praksiser med pasienter som tidligere hadde

<sup>126</sup> Steinsbekk, Aslak, Anders Grimsmo og Jorid Kalseth (2020): *Risikojustering i finansieringsmodeller for teambasert fastlegeordning*.

<sup>127</sup> Better off by risk adjustment? Socioeconomic disparities in care utilization in Sweden following a payment reform. Anders Anell Margareta Dackehag Jens Dietrichson, LinaMaria Ellegård Gustav Kjellsson, 2022. Working Paper 2022:15, Department of Economics, School of Economics and Management.

<sup>128</sup> Steinsbekk, Aslak, Anders Grimsmo og Jorid Kalseth (2020): *Risikojustering i finansieringsmodeller for teambasert fastlegeordning*.

<sup>129</sup> Anell, A., Dackehag, M., & Dietrichson, J. (2018). Does risk-adjusted payment influence primary care providers' decision on where to set up practices? *BMC Health Serv Res*, 18(1), 179. doi:10.1186/s12913-018-2983-3

<sup>130</sup> Better off by risk adjustment? Socioeconomic disparities in care utilization in Sweden following a payment reform. Anders Anell Margareta Dackehag Jens Dietrichson, LinaMaria Ellegård Gustav Kjellsson, 2022. Working Paper 2022:15, Department of Economics, School of Economics and Management.

hatt høyt forbruk av helsetjenester, og for praksiser i geografiske områder med lav legedekning. Foreløpige funn kan tyde på at praksiser som har fått ekstra basistilskudd, ikke har økt aktiviteten eller antall pasienter.<sup>131</sup>

Som nevnt, er ikke hensikten med risikojustering primært å øke antall konsultasjoner rettet mot innbyggere med særskilte behov, men å stimulere til at praksisen får en innretning som i større grad tilpasses dem. De danske forskerne har foreløpig ikke lagt fram resultater om eventuelle endringer i sammensetningen av pasientpopulasjonen, og selv om totalaktiviteten ikke øker er det mulig at en større andel av legens aktivitet rettes mot de pasientene med særskilte behov. Det er også mulig at praksisen tilrettelegges på andre måter, for eksempel gjennom reduksjoner i noen typer rutinekontroller eller gjennom medisinsk avstandsoppfølging, men slike forhold har forskerne foreløpig ikke sett på.

Forskernes foreløpige konklusjoner er at det ekstra basistilskuddet i Danmark har blitt tatt ut i høyere lønn eller mer fritid for legene. Det kan også se ut som man har fått den uønskede virkning at reformen stimulerer til å opprettholde solopraksiser, som man gjennom flere år har brukt andre virkemidler på å forsøke å trappe ned. De danske forskernes foreløpige vurdering synes å være at det kan oppstå uforutsette og uønskede virkninger når man forsøker å innføre risikojustering i et system der andel aktivitetsbasert finansiering er høy. Foreløpig foreligger det ingen utfyllende dokumentasjon eller artikler fra de danske forskerne, men utvalget ser for seg at disse studiene vil bidra med viktig kunnskap for utformingen av differensiert basisfinansiering i Norge de kommende årene.



Foto: Mostphoto

EKSPERTUTVALGET FOR  
GJENNOMGANG AV  
ALLMENNLEGETJENESTEN

<sup>131</sup> Presentasjonen "Organisering og finansiering af almen praksis i Danmark", Kim Rose Olsen, Helseøkonomikonferansen, Sundvolden Hotell, 22. november 2022.