

Handlingsplan for allmennlegetjenesten - årsrapport 2021

Først publisert: 19.05.2022

Sist faglig oppdatert: 19.05.2022



Innhold

1. PDF-versjon av rapport og vedlegg	3
2. Begrepsliste	4
3. Innledning	6
4. Del 1 – Tiltak, status og effekter	13
5. En attraktiv og trygg karrierevei - målområde 1	14
6. God kvalitet til alle - målområde 2	32
7. Fremtiden er teambasert - målområde 3	41
8. Del 2 – Allmennlegetjenesten i tall 2021	53
9. Kostnader til allmennlegetjenesten	54
10. Leger i kommunale helse- og omsorgstjenester ...	61
11. Leger i spesialisering	69
12. Utvikling fastlegeordningen	74
13. Befolkningens bruk av fastlege og legevakt	88
14. Kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten	106
15. Praksiskonsulentordningen	112
16. Vedlegg	114

PDF-versjon av rapport og vedlegg

[Last ned årsrapport \(pdf\)](#)

[Last ned vedlegg \(pdf\)](#)

Begrepsliste

ALIS: Allmennlege i spesialisering.

ALIS-avtale: En avtale mellom kommune med rekrutteringsutfordringer og lege i spesialisering i allmennmedisin om særskilte tiltak som bidrar til økt trygghet under spesialistutdanningen gjennom bedre tilrettelegging og oppfølging i spesialiseringsløpet utover det legen har krav på som følge av dagens avtale- og regelverk. ALIS kan være ansatt i kommunen eller drive privat næringsdrift.

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

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

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

Basistilskudd: Tilskudd som utbetales legene per registrerte person per år på legens liste. Fra 1. mai 2020 ble det innført et knekkpunkt i basistilskuddet. Basistilskuddet utgjør 653 kr per listeinnbygger inntil 1 000 listeinnbyggere. Fra listeinnbygger 1 001 og opptil 2 500 utgjør basistilskuddet 526 kr per listeinnbygger.

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

EPJ: Elektronisk pasient journal.

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

Fastlegeliste: Oversikt over hvilke listeinnbyggere fastlegen har ansvar for.

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

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

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

Introduksjonsavtale: Introduksjonsavtaler er avtaler som gir leger under spesialisering i allmennmedisin rett til trygderefusjon under visse vilkår, når de jobber på andre fastlegers lister selv om fastlegen som har ansvar for listen(e) er til stede på legeskontoret samtidig. Introduksjonsavtaler, som er tiltak 11 i handlingsplanen, har som

hovedformål å øke stabiliteten i og styrke rekruttering til stillinger i sykehjem, i legevakt og annet allmennlegearbeid utenfor fastlegeordningen ved å tilrettelegge for spesialistutdanning i allmennmedisin.

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

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

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

Kvalitetsforbedring: Systematisk arbeid for å identifisere kvalitetssvikt og tiltak for å forbedre kvaliteten i tjenestene. I forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring er kvalitetsforbedring definert som er en kontinuerlig prosess for å identifisere svikt eller forbedringsområder, teste ut tiltak og justere til resultatet blir som ønsket og forbedringen vedvarer. Prosessen innebærer å dokumentere at man faktisk har et problem, identifisere årsaker, teste ut mulige løsninger i liten skala og gjennomføre tiltak som viser seg å være effektive. Kvalitetsforbedring handler om alt fra å justere de små tingene i hverdagen, til å teste ut mer innovative og nytenkende ideer og tjenester.

LIS1: Lege i spesialisering del 1.

Listeinnbygger: En person som er tilknyttet en fastlegeliste.

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

NKI: Nasjonal kvalitetsindikator.

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.

Innledning

Om denne rapporten

Helsedirektoratets årsrapport 2021 for oppfølging av Handlingsplan allmennlegetjenesten 2020 – 2024, består av en innledende del, to delrapporter og ett vedlegg.

Helt først i den innledende delen finnes en liste med begrepsavklaringer. Videre inneholder den innledende delen bakgrunnen for arbeidet med handlingsplanen, Helsedirektoratets oppdrag og en overordnet status for arbeidet med handlingsplanen. Deretter presenteres våre hovedfunn og vurderinger.

Rapportens del 1, 'Tiltak, status og effekter' presenterer Helsedirektoratets arbeid med gjennomføring av tiltakene i handlingsplanen, status for arbeidet og beskrivelse av effekter der hvor vi har det. Planens tre målområder gjennomgås i hvert sitt kapittel. Her trekkes også inn arbeid som ikke sorterer direkte inn under handlingsplanen, men som vi likevel anser å være særlig viktig i arbeidet for en styrket allmennlegetjeneste.

Rapportens del 2, 'Allmennlegetjenesten 2021 i Tall' sammenstiller statistikk og nasjonale kvalitetsindikatorer basert på eksisterende datakilder for å gi et bilde av utviklingen i tjenesten. Det er tatt med oppdaterte tall per 1. kvartal 2022. Del 2 av rapporten underbygger i stor grad vurderingene som Helsedirektoratet gjør i rapportens del 1. For å dekke helheten i Helsedirektoratets følge-med- ansvar for allmennlegetjenesten favner del 2 noe bredere enn handlingsplanens effektmål.

Årsrapportens vedlegg til del 2 inneholder mer detaljert statistikk og tallmateriale, også på fylkes- og kommunenivå.

Oslo Economics og Universitetet i Oslo, som følgeevaluerer arbeidet med handlingsplanen og vurderer tiltakenes effekt, har utarbeidet den første av sine årlige evalueringsrapporter. Denne ble publisert samtidig med Helsedirektoratets rapport.

Den eksterne følgeevalueringen av handlingsplanen gir viktige bidrag til et mer helhetlig kunnskapsgrunnlag gjennom innhenting av ny informasjon, kvalitative beskrivelser og analyser av tiltakenes effekt. Evalueringsrapporten fra Oslo Economics^[1] inngår som et viktig underlag for Helsedirektoratets vurderinger i denne rapporten.

Bakgrunn

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

Det etterspørres, og det er behov for mer kunnskap om kvaliteten i tjenestene. Folkehelseinstituttets undersøkelse *Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018-2019* viser at mange brukere er fornøyde med fastlegen, men at det er et forbedringsbehov særlig knyttet til at fastlegen ikke har nok tid^[2]. Samtidig viser *Evaluering av fastlegeordningen* fra 2019 at fastlegene har opplevd en vesentlig økning i arbeidsbelastning de siste årene. Årsakene til økningen i arbeidsbelastning er sammensatte. Både tilførsel av

nye oppgaver og volumøkning på etablerte oppgaver synes å være utslagsgivende. Fra at rekrutteringsvanskene i fastlegeordningen tidligere rammet distriktskommuner, er de nå også synlige i flere av de store byene og i nesten alle landets kommuner^[3].

Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 ble lagt frem av Regjeringen Solberg i mai 2020. Handlingsplanen for allmennlegetjenesten følger opp resultatene fra evalueringen i 2019. Samtidig skal den bidra til å realisere de overordnede politiske føringene for utviklingen av helse- og omsorgstjenesten. Disse er beskrevet i en rekke meldinger, fremfor alt i Primærhelsetjenestemeldingen, i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 Meld. St. 7 (2019–2020) og i Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre, Meld. St. 15 (2017–2018). I arbeidet med handlingsplanen har departementet samarbeidet med partene gjennom trepartssamarbeidet. Partene har sammen bestilt flere utredninger som har bidratt til å belyse både utfordringsbildet og som peker på mulige tiltak. Summen av dette arbeidet har bidratt til å forme en handlingsplan som skal skape en fremtidsrettet allmennlegetjeneste, herunder å styrke, utvikle og bevare en fastlegeordning som gir pasientene allmennlegetjenester av høy kvalitet^[4].

Handlingsplanen presenterer 17 tiltak innenfor tre målområder:

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

Regjeringsbyttet høsten 2021 har satt sitt preg på det videre arbeidet med handlingsplanen. Ny regjering utgått fra Arbeiderpartiet og Senterpartiet har lagt til grunn at en styrking av allmennlegetjenesten inkludert legevakt fortsatt har høy prioritet. Regjeringen vil jobbe for en stabil legedekning og sikre en god legevaktjeneste i hele landet, herunder utrede løsninger som hensyntar fastlegenes arbeidsbelastning både på kontoret og på legevakt. De vil forbedre samhandlingsreformen og utvikle en kommunehelsetjeneste som er nær, oppdatert og forberedt på å møte helse- og omsorgsbehovet til en befolkning i endring. Det skal legges til rette for at helsetjenesten kan samarbeide bedre om pasienter som trenger hjelp fra ulike deler av helsetjenesten[5].

Arbeidet med Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 favner bredt og har grenseflate mot en rekke interne og eksterne aktører, aktiviteter og prosjekter. Det ble igangsatt et betydelig arbeid i 2020, som er videreført og til dels slutført i 2021.

Nærmere beskrivelse av målområder med tiltak og effektmål vil danne innledning til hvert av målområdene i rapportens del 1.

Helsedirektoratets arbeid med planen, tiltak og effektmåling

Helsedirektoratet har i oppdrag å bistå Helse- og omsorgsdepartementet med forberedelser til, oppfølging av og gjennomføring av *Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024*. Helsedirektoratet skal i tillegg følge med på effekten av iverksatte tiltak, rapportere status på måloppnåelsen og gi råd til departementet når det er behov for endring av tiltak.

Arbeidet med handlingsplanen er i 2021 videreført og intensivert. Flere av tiltakene er ferdig utredet og gjennomført eller nærmer seg iverksetting. Basistilskuddet er økt. Takstsystemet er gjennomgått med formål om å understøtte faglig riktig praksis. ALIS-kontorene er styrket og det lanseres ny tilskuddsordning for allmennleger i spesialisering. Arbeidet med å redusere fastlegenes arbeidsoppgaver knyttet til attester og erklæringer, både innenfor og utenfor NAV- området er igangsatt. Anbefalinger for fastlegerepresentasjonen i helsefellesskapene er utarbeidet, og det er gjennomført en utredning som ser på innretningen av og

forutsetningene for et nasjonalt system som understøtter systematisk arbeid med kvalitetsforbedring i allmennlegetjenesten.

Det er satt i gang en rekke tiltak for å utvikle og tilgjengeliggjøre kunnskap om kvalitet i tjenestene, heriblant forbedring av statistikk og nye nasjonale kvalitetsindikatorer. Rapport med kartlegging av det medisinskfaglige tilbudet i heldøgns omsorgsboliger er publisert. Videre arbeid for å forbedre tilgangen til data på til brukere på ulike nivåer i tjenesten pågår.

På legevaktsfeltet har rapporten fra det nedsatte ekspertutvalget bidratt til økt kunnskap, det er etablert en ny tilskuddsordning for å styrke legevaktjenesten i distriktskommuner og videre arbeid for en styrket legevaktjeneste er igangsatt. Introduksjonsavtaler er lyst ut og antallet LIS1 stillinger er økt.

Gjennom ny nettbasert lederutdanning og som følge av økt opptak av allmennleger til den nasjonale lederutdanningen for primærhelsetjenesten gis flere leger mulighet til lederutdanning. Nye arbeidsverktøy og digitale løsninger tas i bruk. Utprøvingen av triagering ved legekantor fortsetter og pilot primærhelseteam utvides. I regi av direktoratet for e-helse og NHN fortsetter arbeidet med digitalisering av journalløsninger, og utprøving av nye verktøy og samhandlingsplattformer.

Effektmålene for hvert målområde i planen danner grunnlag for Helsedirektoratets følge med arbeid. Effektmålene er også førende for den eksterne evalueringen som skal sikre bredde i vurderingen av måloppnåelse gjennom planperioden. Ekstern evaluator har utviklet og komplettert informasjon på områder som er dårlig dekket av eksisterende statistikk.

Helsedirektoratet skal følge med på status og utvikling i allmennlegetjenesten og tilgjengeliggjøre relevant informasjon om tjenesten til ulike brukergrupper. Gjennom oppfølgingen av Handlingsplan for allmennlegetjenesten er arbeidet med å få fram relevant statistikk og kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten intensivert. Siden lansering av handlingsplanen har direktoratet publisert 3 kvartalsrapporter og årsrapport fra 2020. Rapportene er lett tilgjengelig på direktoratets temaside for handlingsplanen[6]. Videre i planperioden vil direktoratet fortsette å utgi kvartalsvise rapporter, herunder en noe mer omfattende rapport i mai hvert år.

Helsedirektoratet har inngått avtale med Oslo Economics og Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn (i samarbeid med tilknyttede fageksperter) om å gjennomføre en følgeevaluering av handlingsplanen. Hovedformålet med følgeevalueringen er å undersøke i hvilken grad målene i handlingsplanen nås, og hvilke effekter tiltakene gir. Samarbeidet med evaluator er godt i gang, og kvalitative undersøkelser rettet mot studenter, unge leger, fastleger og kommuner beriker og styrker datagrunnlaget for vurderingene som er gjort i årsrapporten. Den første evalueringsrapporten fra Oslo Economics publiseres samtidig med Helsedirektoratets årsrapport for 2021. Hensikten er at de to rapportene skal utfylle og komplettere hverandre. Ekstern evaluator vil i det videre levere årlige rapporter i planperioden, og en sluttrapport i 2025.

Fortsatt mangler vi data for å kunne beskrive status og utvikling innenfor alle handlingsplanens målområder. Gjennom pågående utviklingsarbeid i Helsedirektoratet, samarbeid med SSB og sentrale kompetansemiljøer, og ikke minst gjennom ekstern evaluator sin datainnsamling, er arbeidet med å få fram bedre og bredere informasjon om tjenesten godt i gang.

For å styrke direktoratets analyser og vurderinger er handlingsplanens eksterne referansegruppe et viktig forum. Referansegruppen bidrar med innspill og vurderinger som kompletterer de kvantitative funnene. Det er også etablert møteserie med statsforvaltere og ALIS-kontor som har gitt berikende innspill knyttet til datagrunnlaget. Utover de fast oppsatte møtene er det dialog med Legeforeningen, KS, Statsforvaltere, kommuner og andre når det er hensiktsmessig og nødvendig.

Hovedfunn og vurderinger

En betydelig vekst i antall fastleger er nødvendig for å realisere målene i Handlingsplan for allmennlegetjenesten. Det er igangsatt arbeid med en rekke tiltak som til sammen skal gjøre allmennlegetjenesten til en trygg og attraktiv karrierevei. Tiltakene skal bidra til at flere ønsker å bli allmennleger og at de starter opp med, og fullfører spesialistutdanning i allmennmedisin. De skal også legge til rette for at de etablerte fastlegene blir værende, slik at kontinuiteten i forholdet mellom pasient og lege bevares. De siste to årene har vært spesielle på grunn av covid-19 pandemien og en del av utviklingstrekkene i allmennlegetjenesten må ses i lys av dette.

Rekrutteringen går for sakte

Den begrensede veksten i antall fastleger kombinert med redusert gjennomsnittlig listelengde og befolkningsvekst, får konsekvenser for innbyggerne. Statsforvaltere, kommuner og fastlegene selv uttrykker fortsatt bekymring for fastlegeordningen og varsler om den alvorlige situasjonen i både by- og distriktskommuner. Flere steder rammer bemanningsutfordringene andre kommunale legetjenester som legevakt, helsestasjon og sykehjem, og påvirker helsetilbudet til befolkningen.

Styrking av kommunale allmennlegetjenester i forbindelse med pandemien bidro sannsynligvis til at veksten i legeårsverk ble større i andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjeneste enn i fastlegetjenesten i 2021. Den nylig publiserte evalueringen av handlingsplanen fra Oslo Economics og Universitetet i Oslo[7] påpeker at netto tilvekst i fastlegetjenesten har sunket i perioden 2014-2021, og nådde sitt laveste nivå i 2021.

I første kvartal 2022 kom den største kvartalsvise veksten i antall fastleger de siste to årene med en netto tilvekst på 28 flere leger. Dette kan gi grunn til forsiktig optimisme, men veksten i antall fastleger er totalt sett for svak til å dekke behovet. Det er tidligere dokumentert at arbeidsbelastningen i allmennlegetjenesten oppleves altfor høy og dette bekreftes i en ny spørreundersøkelse blant fastlegene. Dette understreker betydningen av å få inn flere leger i ordningen.

Stadig færre ledige plasser i fastlegeordningen reduserer tilgjengelighet og fleksibilitet

For at fastlegeordningen skal fungere godt må det være nok ledige plasser til at alle kan ha fastlege i den kommunen de er bosatt. I tillegg skal innbyggerne ha mulighet til å bytte lege om de ønsker det, eller velge å ha fastlege i en annen kommune. Antall og andel listeplasser på liste med fast lege har gått ned hvert kvartal i årene 2019 til 2022. De to siste årene har det blitt mer enn 130 000 færre ledige plasser på lister med fast lege. Per mars 2022 sto 2,8 prosent av listeinnbyggerne, tilsvarende 149 651 personer, på en liste uten fast lege. Per 1. mai 2022 har antallet økt til 153 179. Utviklingen viser at kapasiteten i fastlegetjenesten er betydelig redusert, og at det er svært stor variasjon mellom kommuner i tilgjengelige plasser hos fast lege. Det er fortsatt slik at andelen ubesatte lister er størst i små kommuner. Samtidig viser tallene en markant reduksjon i ledige plasser hos fast lege også i større kommuner og i flere av de store byene. Det er ikke store endringer i andel av fastlegene som har hatt vikar, men det er som forventet økende vikarbruk knyttet til ubesatte lister.

Alderssammensetningen blant fastlegene har vært relativt stabil de siste årene. 6,5 prosent av fastlegene var 67 år eller mer per 1. kvartal 2022. Kvinneandelen øker jevnt over tid og er per i dag på 47 prosent. Blant fastleger under 40 år er kvinner i flertall. Over 40 prosent av legene har sitt virke i større bykommuner med over 50 000 innbyggere. De fleste fastleger er selvstendig næringsdrivende, men antallet fastleger med fastlønnsavtaler er økende. Evalueringsrapporten gir utdypende informasjon om både studenters og legers preferanser knyttet til jobb som fastlege. Denne informasjonen er uvurderlig i arbeidet med å følge godt med på utviklingen, justere og målrette tiltak for å rekruttere og stabilisere.

Iverksatte tiltak skal øke forutsigbarhet og trygghet under spesialistutdanningen

Det er et mål at allmennlegene skal være spesialister i allmennmedisin eller i spesialisering. Antall og andel leger som er spesialister fortsetter å øke i 2021. Evalueringsrapporten viser at tiltak som bidrar til forutsigbarhet og trygghet under spesialistutdanningen er svært viktig for unge leger. Antall utbetalte tilskudd til ALIS-avtaler økte fra 71 i 2020 til 564 i 2021[8]. Dette er en betydelig og gledelig vekst. Det at flere kommuner engasjerer seg i og tilrettelegger for allmennleger i spesialisering, kan sammen med andre tiltak bidra til at flere unge leger velger allmennmedisin som karrierevei.

Kunnskap om kvaliteten i allmennlegetjenesten er fortsatt mangelfull

For på en bedre måte å kunne følge opp at alle innbyggere opplever en allmennlegetjeneste av god kvalitet, må vi ha kunnskap om kvaliteten, både på individnivå og systemnivå. Det er satt i gang en rekke tiltak for å utvikle og tilgjengeliggjøre kunnskap om kvalitet både på nasjonalt, kommunalt og på tjenestenivå. Nasjonale kvalitetsindikatorer kan vise status og variasjon i praksis, men kun et fåtall av de eksisterende 188 nasjonale indikatorene gjelder allmennlegetjenesten. Det er utviklet tre nye kvalitetsindikatorer om allmennlegetjenesten, og det er behov for å utvikle flere.

Manglende tid til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring

Et viktig ledd i å oppnå god kvalitet til alle er å styrke satsningen på det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Evalueringsrapporten viser at fastleger fortsatt opplever at det ikke er tid til å jobbe med kvalitetsforbedring[9]. Tiltak iverksatt for å bedre rekrutteringen og redusere arbeidsbelastningen vil få betydning for legenes mulighet til å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring. Samtidig vil en allmennlegetjeneste av god kvalitet med mulighet for faglig utvikling øke fagets status, og dermed igjen kunne virke rekrutterende og stabiliserende.

Kontakten med allmennlegetjenesten øker, mens fysiske konsultasjoner reduseres

Kunnskap om befolkningens bruk av allmennlegetjenester gir informasjon om utvikling og variasjon i kontakten med tjenesten. Dette har betydning for hvordan allmennlegetjenesten bør bevares og videreutvikles. Antall konsultasjoner hos fastlege målt per innbygger var høyere i 2021 enn i 2020. Konsultasjonsraten var høyere for alle aldersgrupper så nær som hos de over 80 år, hvor bruken gått noe ned. Bruken av fysiske konsultasjoner reduseres samtidig med at vi har en kraftig vekst i e-konsultasjoner (inklusive telefonkonsultasjoner). Mer bruk av e-konsultasjoner er i tråd med handlingsplanens intensjoner. Konsultasjonsraten hos legevakt var samlet sett uforandret siste år.

Fastlegene deltar i tverrfaglige samarbeidsmøter og har kontakter med ulike instanser på vegne av eller sammen med pasienten. Denne typen kontakt, samt bruken av takst for samhandling mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten har vært relativt stabil siste år målt per innbygger. Bruk av takst for tverrfaglige møter var imidlertid lavere knyttet til innbyggere over 80 år i 2021 sammenlignet med 2019 og 2020. Det er som tidligere år mer bruk av denne taksten i små enn i store kommuner samlet sett.

Kostnader for allmennlegetjenesten

Kostnader for fastlegeordningen utgjorde 12,5 mrd. kroner i 2021, som er en økning på 10,3 prosent fra 2020 til 2021 målt i løpende priser. Justert for prisvekst var veksten på fem prosent. Basisfinansieringens andel av totale kostnader for fastlegeordningen har ligget stabilt på 27 prosent fra 2019 til 2021. Samtidig er andelen folketrygdrefusjoner økt og andelen som kommer fra pasientbetaling redusert i perioden. Stadig færre fastleger

omfattes av grunntilskuddsordningen. Folketrygdrefusjoner knyttet til legevakt har økt med nærmere 40 prosent fra 2020 til 2021. Dette er en stor vekst, som trolig kan forklares av økte kontakter og mindre pasientbetaling som følge av covid-19 pandemien.

Overordnet vurdering av handlingsplanens effekter

Evalueringen av handlingsplanen fra Oslo Economics og Universitetet i Oslo konkluderer med at det foreløpig ikke er tegn til ønskede effekter og måloppnåelse knyttet til økt rekruttering og stabilitet, og da særlig for rekruttering. Situasjonen uten iverksatte tiltak er ukjent, og kunne ha vært enda vanskeligere.

Evalueringsrapporten påpeker videre at tiltak knyttet til ALIS-avtaler og ALIS-kontor legger til rette for økte muligheter for kompetanseutvikling gjennom spesialistutdanningen, men at det foreløpig ikke er observerbar effekt på muligheter for kompetanseheving og kvalitetsutvikling for etablerte fastleger med fullført spesialistutdanning. Evaluator beskriver også at flere av utviklingstrekkene peker i retning av en mindre tilgjengelig allmennlegetjeneste når det gjelder tilgang til plass på fastlegeliste. På de andre effektmålene er konklusjonen at det foreløpig er for lite grunnlag eller for tidlig å vurdere. Konklusjonene fra evalueringen er i tråd med og forsterker Helsedirektoratets vurdering av status og måloppnåelse.

Fastlegeordningen skal være en nasjonal ordning som sikrer gode og likeverdige legetjenester til hele befolkningen, uavhengig av bosted. Norge er blant landene i Europa med høyest antall leger per innbygger. Med innføring av samhandlingsreformen ble flere oppgaver lagt til kommunene og allmennlegene. Et uttrykt helsepolitisk mål etter innføringen var at veksten i legetjenester i hovedsak skulle komme i kommunene. Dette for å gi rom for økt innsats til prioriterte grupper på fastlegens liste i tillegg til å styrke allmennmedisinske offentlige oppgaver[10]. Tilgjengelig statistikk tilbake til 2011[11] indikerer at den prosentvise veksten i kommunene ikke har vært større enn i spesialisthelsetjenesten. De siste syv årene har i overkant av 70 prosent av rapporterte legeårsverk vært tilknyttet spesialisthelsetjenesten. Av en antatt samlet vekst på 3 559 legeårsverk i perioden 2015 til 2021, kom 2 647 i spesialisthelsetjenesten og 912 i den kommunale helse og omsorgstjenesten, omtrent 18 prosent vekst på begge nivå. Fortsatt velger de aller fleste nyutdannede leger å jobbe i spesialisthelsetjenesten. Dette er en bekymringsfull utvikling sett i lys av intensjonene med samhandlingsreformen og behovet for allmennleger i kommunene.

Det pågår et omfattende arbeid for å styrke allmennlegetjenesten, både lokalt i kommunene og nasjonalt. Flere tiltak iverksettes i 2022. Det er forventninger til at nytt legevaktstilskudd, introduksjonsavtaler og ny nasjonal ALIS-ordning vil bidra til bedring både for nyutdannede og etablerte allmennleger. Likevel er handlingsplanens tiltak per i dag ikke tilstrekkelig til å løse utfordringene eller få realisert sine mål.

Den lave rekrutteringsveksten og tiltakende reduksjon i totalkapasitet i fastlegeordningen understreker alvoret i situasjonen. På samme tid som det må legges til rette for at de etablerte fastlegene blir værende, må arbeidet med å gjøre fastlegeyrket attraktivt for de unge fortsette for fullt. For å nå målene i handlingsplanen er det behov for tiltak med umiddelbar effekt og forsterket innsats også på lengre sikt. Kostnaden ved ikke å tilføre allmennlegetjenesten tilstrekkelige kraftfulle tiltak, kan over tid vise seg å bli stor både for samfunnet, og for den enkelte pasient. Det er helt nødvendig at arbeidet med å bevare og videreutvikle allmennlegetjenesten lykkes.

Fotnoter

[1] Oslo Economics: Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, Evalueringsrapport 1, 2022

[2] [Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018/19 - FHI](#)

[3] EY og Vista Analyse (2019). Evaluering av fastlegeordningen. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/7cd212bf5f0642c1a5d0d480f0923e6d/evaluering-av-fastlegeordninge>

[4] [Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024; Attraktiv, kvalitetssikker og teambasert](#)

[5] [Hurdalsplattformen - regjeringen.no](#)

[6] [Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 - Helsedirektoratet](#)

[8] Tallene er eksklusive tilskudd gitt via prosjektene ALIS-Vest og ALIS-Nord.

[9] Oslo Economics og Universitetet i Oslo: Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, Evalueringsrapport 1, 2022

[10] St.melding nr 47, 2008-2009 Samhandlingsreformen.

[11] Se kapittel 5 og tidligere rapporter fra Helsedirektoratet basert på statistikk fra SSB. [Leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten - Helsedirektoratet](#)

Del 1 – Tiltak, status og effekter

Del 1 av rapporten presenterer Helsedirektoratets arbeid med gjennomføring av tiltakene i handlingsplanen, status for arbeidet og beskrivelse av effekter der hvor vi har det. Planens tre målområder gjennomgås i hvert sitt hovedkapittel.

Det første kapittelet i rapportens del 1 er viet målområde 1 i handlingsplanen, En attraktiv og trygg karrierevei. Kapittel 1.1 inneholder beskrivelse av målområdet med tiltak og effektmål. Videre gis i kapittel 1.2 en status for arbeidet med tiltakene og effektmålene der vi har det. I de etterfølgende kapitlene presenteres tiltakene nærmere. Kapittel 1.3 omtaler finansierungsordninger for stabilitet og rekruttering. Arbeidet med tiltak for å tilrettelegge for spesialisering i allmennmedisin og økt kompetanse presenteres i kapittel 1.4. I kapittel 1.5 omtales arbeidet med å redusere arbeidsbelastning knyttet til attester og erklæringer og kapittel 1.6 handler om arbeidet for økt samhandling. Innenfor legevakt pågår et betydelig arbeid for både å øke innsikten i tjenesten og for å styrke den. Dette arbeidet presenteres i kapitlene 1.7 og 1.8.

I kapittel 2 omtales målområde 2, God kvalitet til alle. I Kapittel 2.1 beskrives tiltak og effektmål. I kapittel 2.2 gjøres det en overordnet vurdering av status knyttet til effektmålene, der dette er mulig. For målområde 2 er det store avhengigheter og synergier med de andre to områdene. I de påfølgende kapitlene gjøres det en mer detaljert beskrivelse av tiltak relevant for måloppnåelse. Kapittel 2.3 omhandler kunnskap om det medisinskfaglige tilbudet til personer i heldøgns omsorgsboliger. Kapittel 2.4 løfter flere tiltak knyttet til behovet for bedre kunnskap om kvalitet i tjenestene. Status for arbeidet med å tilrettelegge for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring løftes i kapittel 2.5, mens 2.6 omhandler introduksjonsavtaler.

Kapittel 3, Fremtiden er teambasert handler om handlingsplanens tredje målområde. Kapittel 3.1 Beskriver målområdet med tiltak og effektmål, og kapittel 3.2 gir en kort status for arbeidet med tiltakene og effekter av disse. Kapittel 3.3 omtaler arbeid for en mer teambasert allmennlegetjenesten. Tiltak for å styrke lederkompetansen i allmennlegetjenesten beskrives i kapittel 3.4 og i kapittel 3.5 omtaler digitalisering og nye verktøy for pasientoppfølging og samhandling.

En attraktiv og trygg karrierevei - målområde 1

1.1

Beskrivelse av målområde 1

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

En nyutdannet lege skal ha tilgang til god faglig veiledning fra erfarne kolleger. De etablerte fastlegene skal få drive med faglig relevante oppgaver, ha en rimelig arbeidsbelastning og bidra med sin kompetanse til å forme og lede tjenesten på tjenestenivå og utvikle den på systemnivå. Det skal tilrettelegges for en bedre samhandling og arbeidsdeling med spesialisthelsetjenesten. Fastlegene skal ha tid til å holde seg faglig oppdatert og til kvalitetsarbeid. Det skal være lavere terskel for å etablere seg som fastlege gjennom en finansielt tryggere start. En slik målsetting forutsetter gode rammebetingelser som treffer den enkelte lege, men er også avhengig av strukturelle og økonomiske forhold på systemnivå som påvirker tilgangen til nye leger.

Måloppnåelse for rekruttering og stabilitet i allmennlegetjenesten må vurderes både nasjonalt og lokalt. Ulik grad av måloppnåelse knyttet til kommunistørrelse, befolkningstetthet og sentralitet vil belyses, med særlig vekt på kommuner med store utfordringer knyttet til rekruttering.

Ni av handlingsplanens 17 tiltak er knyttet til dette målområdet:

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

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

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

1.2

Status for målområde 1

Å nå målsetningene om flere allmennleger gjennom økt rekruttering og stabilisering er avgjørende for å skape bedre rammevilkår og mindre arbeidsbelastning for allmennlegene. Det er også avgjørende for å kunne nå målene knyttet til kvalitet og kvalitetsforbedring, økt samhandling og teamorganisering. Økt antall allmennleger er nærmest en forutsetning for å lykkes med planen i sin helhet.

Arbeidet med handlingsplanen er i 2021 videreført og intensivert, og i dette har arbeidet med å legge grunnlag for en trygg og attraktiv karrierevei hatt høyeste prioritet. Basistilskuddet er økt. Endringene med knekkpunkt og grunntilskudd er videreført. Takstsystemet er gjennomgått med formål om å understøtte faglig riktig praksis. LIS1-stillinger er økt. ALIS-kontorene er styrket, tilskuddsordningene til ALIS-avtale er forbedret og det lanseres i 2022 ny tilskuddsordning for allmennleger i spesialisering. Arbeidet med å redusere fastlegenes arbeidsoppgaver knyttet til attester og erklæringer, både innenfor og utenfor NAV-området er igangsatt. Det er utarbeidet anbefalinger for fastlegerepresentasjonen i helsefellesskapene, et viktig grep for å bedre samhandlingen med spesialisthelsetjenesten

På legevaktsfeltet har ekspertutvalgets arbeid bidratt til økt kunnskap. Helsedirektoratet samarbeider med SSB om kartlegging av legevakt i KOSTRA skjema-1. Nasjonale kvalitetsindikatorer bidrar til at vi kan følge bedre med på kvaliteten i legevaktstjenesten. Legevaktsarbeidet utgjør en stor del av arbeidsbelastningen for mange fastleger, særlig i mindre kommuner. Det er etablert en ny tilskuddsordning for å bedre rekrutteringen og redusere vaktbelastningen i legevaktordningen. Videre prøves det ut og samarbeides om nye modeller for å styrke legevaktstjenesten.

I vurderingen av effektmålene for målområde 1 legger Helsedirektoratet til grunn eget informasjonsgrunnlag, samt informasjon fra den første evalueringsrapporten fra Oslo Economics og Universitet i Oslo[12].

Finansieringsordninger som bedre understøtter stabilitet og rekruttering av allmennleger

Formålet med styrking og endring av basisfinansieringen er å legge til rette for at fastlegene kan ha kortere liste, og på den måten få lavere arbeidsbelastning. Det skal også gjøre det lettere å starte opp ny fastlegepraksis ved å gi økonomisk trygghet i oppstartsfasen. Det er usikkert hvilken effekt økt basistilskudd, økt total inntjening og knekkpunkt har hatt på listelengden og arbeidsbelastningen. Evaluators påpeker at netto tilvekst av leger i fastlegeordningen i 2021 var det laveste siden 2014. Det er vanskelig å si om tilveksten ville vært enda svakere, uten endringene i finansieringsordningene. Så langt har vi ikke holdepunkter for å si at endringene i finansieringsordningene har vært tilstrekkelige for å understøtte økt rekruttering og stabilitet i allmennlegetjenesten.

Økte muligheter for kompetanseheving og kvalitetsutvikling for allmennleger

Det er igangsatt flere tiltak for å redusere arbeidsbelastningen til fastlegene, slik at de skal ha tid til å holde seg faglig oppdatert og til kvalitetsarbeid. De unge legene skal ha muligheter og tilgang til faglig veiledning

og støtte. Tilskudd til ALIS-avtale skal bidra til at flere leger starter opp med og fullfører spesialisering i allmennmedisin, ved å skape gode rammer i tiden spesialistutdanningen pågår. Gjennom forbedringer er det utbetalt adskillig flere tilskudd til ALIS-avtaler i 2021, enn tidligere år. Dette tyder på at flere av de unge legene får tilrettelagte spesialiseringsløp som gir økte muligheter for læring. Funn fra evalueringsrapporten viser at fastlegene fortsatt opplever stor arbeidsbelastning, og at denne har økt det siste året. En forutsetning for en realisering av effektmålet er at tiltakene i større grad må bidra til å redusere legenes arbeidsbelastning, slik at det frigjøres tid til kompetanseheving og kvalitetsutvikling.

Økt rekruttering og stabilitet blant allmennleger

Utviklingen i allmennlegetjenesten er fortsatt negativ. Til tross for en økning i antall leger i 1. kvartal 2022, er netto tilvekst av leger i fastlegeordningen totalt sett for svak til å dekke behovet. Flere steder rammer bemanningsutfordringene andre kommunale legetjenester. Antall og andel listeplasser på liste med fast lege har gått ned hvert kvartal i planperioden. Utviklingen viser at kapasiteten i fastlegeordningen er betydelig redusert, og at det er stor variasjon i tilgang til plasser hos fastlege. De iverksatte tiltakene har samlet sett ikke bidratt til å øke rekrutteringen og stabiliteten blant allmennleger i tilstrekkelig grad.

Bedre og riktigere utnyttelse av allmennlegens tid og kompetanse

Evaluators peker i sin rapport på at de fleste fastlegene fortsatt oppgir at de har for stor arbeidsbelastning. Halvparten opplever at belastningen har økt betydelig det siste året, og mange peker på en økning i pasientrelatert administrativt arbeid som har økt betydelig det siste året. I tillegg er det økning i antall konsultasjoner. Kunnskap så langt tyder på at det foreløpig er det ingen tydelige endringer i arbeidsdeling, verken mellom personell på legekantoret eller mellom ulike aktører og nivåer i helsetjenesten. Evalueringen av pilot primærhelseteam viser blant annet at fastlegene opplever å få mer tid til kvalitetsarbeid og at primærhelseteam påvirker arbeidsmiljøet positivt. Det vil i det videre også være viktig å følge med på utprøvingen av nye måter å jobbe på som kan gi gevinster.

Bedre organisering av allmennlegetjenesten

Både innenfor fastlegeordningen og legevaktjenesten prøves det ut nye modeller for organisering av tilbudet. Evaluator viser gjennom sine undersøkelser at graden av teambasert arbeid varierer mellom kommuner, og mellom legekantor i samme kommune. Det konkluderes med at det foreløpig ikke er tegn til betydelige endringer i arbeidsdeling, verken mellom personell på legekantoret eller mellom ulike aktører og nivåer i helsetjenesten. Dette skyldes trolig at de fleste av tiltakene som er rettet mot organisering av allmennlegetjenesten er under utprøving, og at det foreløpig er for tidlig å se effekter av disse.

Redusert arbeidsbelastning for allmennleger

Fastlegene jobber for mye og reduksjon av arbeidsbelastningen er et prioritert område. Flere av tiltakene har som formål å redusere arbeidsbelastningen. Det siste året viser funn fra evalueringsrapporten at mange fastleger det siste året har opplevd det motsatte. En økning i arbeidsbelastning relateres til pasientrettet arbeid, men også til ikke kliniske oppgaver som administrasjon. Økt samhandling med spesialisthelsetjenesten og med øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste bidrar til gode pasientforløp. Samhandling til det beste for innbyggerne er et mål i seg selv, men funn fra spørreundersøkelsen viser at

det også gir økt arbeidsbelastning for fastlegene. Økt antall pasienter uten fast lege øker også belastningen på øvrige fastleger og på legevakt. De igangsatte tiltakene har foreløpig ikke bidratt til synlig reduksjon i fastlegens arbeidsbelastning. Det er vanskelig å vurdere om situasjonen hadde vært enda verre uten iverksatte tiltak, og det knyttes et forbehold til covid-19 pandemiens innvirkning på arbeidsbelastningen til den enkelte lege.

Fotnoter

[12] Oslo Economics og Universitetet i Oslo: Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, Evalueringsrapport 1, 2022.

1.3

Finansieringsordninger for stabilitet og rekruttering

Tiltak 1 i handlingsplanen sier at Regjeringen vil endre og styrke basisfinansieringen av fastlegeordningen. Tiltaket skal bidra til å gjøre det mer attraktivt å bli fastlege, bidra til at færre fastleger velger å slutte, og å senke terskelen for å gå inn i en fastlegevirksomhet.

Per i dag finnes det ikke tilgjengelig kostnadsinformasjon som viser alle kostnader for hele allmennlegetjenesten. For de kostnadene Helsedirektoratet har oversikt over, har det vært en betydelig økning i 2021. En nærmere beskrivelse av dette finnes i rapportens del 2 Allmennlegetjenesten i tall.

1.3.1 Økt basistilskudd og innføring av knekkpunkt

Basistilskuddet ble styrket med 350 mill. kroner fra 1.5.2020, dette ble økt med 150 mill. kroner fra 1.7.2021, og ble ytterligere styrket med 51 mill. kroner fra 1.1.2022. Basistilskuddet ble fra 1.5.2020 økt for de første 1000 innbyggerne på fastlegenes lister. Ifølge handlingsplanen er formålet å legge til rette for lavere arbeidsbelastning. Det skal gi legene rom for å gå ned i listelengde, uten å gå ned i inntjening. Tiltaket er evaluert i Evalueringsrapport 1 fra Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

I en spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics vinteren 2021/2022 svarte to av tre fastleger at de ønsker å redusere listetaket sitt. Blant fastlegene som ønsker dette, men som ikke har redusert listelengden, oppgir flest at dette skyldes at det økonomiske tapet blir for stort (56 prosent) eller at det ikke har vært andre fastleger som kan ta over pasientene (54 prosent). En del leger oppgir andre grunner, som at det vil være uheldig for deres pasienter å måtte bytte lege, og at de ønsker å ta listereduksjon gjennom naturlig avgang.

Erfaringer med økt basistilskudd er at gjennomsnittlig listelengde ikke har gått mer ned enn før tiltaket ble innført. Listelengden har gått mest ned for de legene som har de lengste listene. Siden knekkpunktet ble innført er det tegn til en viss konvergering mot knekkpunktet på 1000 listeinnbyggere. Men effekten er foreløpig ikke sterk.

Det er vanskelig å vurdere effektene av tiltaket, og det er usikkert hvilken effekt økt basistilskudd, økt total inntjening og knekkpunkt har hatt på listelengden og arbeidsbelastningen. Redusert gjennomsnittlig listelengde er avhengig av at antall fastleger øker, noe som forutsetter både stabilisering og rekruttering.

Situasjonen mht. stabilisering og rekruttering er utfordrende, men situasjonen ville trolig vært enda mer krevende uten dette tiltaket.

Helsedirektoratets vurdering er at økt basistilskudd vil kunne ha effekt både på rekruttering og stabilisering, og at det gir legene økte muligheter for å redusere sin liste og dermed arbeidsmengden. Samtidig kan det være en risiko for at legene reduserer sine lister før det rekrutteres nye leger, slik at antall innbyggere på lister uten lege øker. Det at antall lister uten lege har økt de siste årene, at legene har redusert sine listetak og at antall ledige listeplasser har gått ned, kan være signaler om en slik effekt.

Bortsett fra at det er innført et knekkpunkt i basistilskuddet, er dagens basistilskudd likt for alle listeinnbyggere. Et alternativ til dette kan være risikojustering av basistilskuddet. Da gjøres størrelsen på tilskuddet avhengig av kjennetegn ved den enkelte innbygger på fastlegens liste, som for eksempel kjønn, alder og helsetilstand. Hensikten er å kompensere legen for merarbeid med ulike grupper av listeinnbyggere, ved at arbeidskrevende lister skal utløse mer basistilskudd enn gjennomsnittet.

Helsedirektoratet har i tildelingsbrevet for 2022 fått i oppdrag å arbeide med risikojustering. Utredningsarbeid er påbegynt, og det må eventuelt gjennomføres et utviklingsarbeid dersom risikojustering av basistilskuddet skal innføres.

1.3.2 Grunntilskudd

Grunntilskudd kan gis til fastleger med ufrivillig korte lister. Leger som har lister med mindre enn 500 innbyggere og listetak over 500 innbyggere, har krav på basistilskudd tilsvarende 500 listeinnbyggere i inntil 2 år. Tiltaket ble innført 1.5.2020. Formålet med grunntilskudd er å redusere terskelen for å gå inn i fastlegeordningen, og legge til rette for at leger kan eller vil gå inn i en ny praksis.

Det er fortsatt svært få fastleger som mottar grunntilskudd. Kun 22 næringsdrivende fastleger mottok grunntilskudd i mars 2022. Mulige årsaker til dette kan være at det opprettes få nye fastlegelister, og at mange av de nye listene tilføres raskt innbyggere fra andre lister. I tillegg bortfaller grunntilskuddet etter to år. Kommunen er tildelt 50 mill. kroner til å dekke utbetalinger til grunntilskudd. Siden antall grunntilskudd er lavt, har kommunene i 2021 ikke utbetalt mer enn om lag 10 prosent av midlene de ble tilført til ordningen.

Helsedirektoratet mener tiltaket ikke har hatt mye effekt så langt, men at hovedårsaken er at rekrutteringssituasjonen er utfordrende og at andre forhold bidrar til at det opprettes få nye lister. Tiltaket bør styrkes og endres for å oppnå økt effekt.

1.3.3 Gjennomgang av takstsystemet

Som et forarbeid til handlingsplanen for allmennlegetjenesten utredet Helsedirektoratet tre alternativer for takstendringer. I oktober 2020 fikk Helsedirektoratet et nytt oppdrag som omhandlet tiltak to i handlingsplanen der direktoratet ble bedt om å gjøre en ny gjennomgang av dagens takstsystem for å understøtte faglig riktig praksis, med frist i februar 2021. Rapporten dannet grunnlaget for et videre arbeid i en partssammensatt gruppe ledet av Helse- og omsorgsdepartementet i forkant av forhandlingene for avtaleåret 2021-2022. Direktoratet skulle i oppdraget også vurdere de midlertidige takstendringer for allmennlegene som var innført i forbindelse med koronapandemien. Helsedirektoratet ble bedt om å vurdere og foreslå hvilke av disse takstendringene som burde avvikles eller gjøres permanente, eventuelt med endringer. Gjeldende finansieringsmodell ble lagt til grunn for vurderingene. Etter dialog med departementet ble det avtalt at direktoratet i tillegg til rapporten levert i februar 2021, skulle vurdere og foreslå ytterligere forenklinger i regelverket. Dette arbeidet ble levert i mars 2021. Forenklingsforslagene

gikk ut på å sammenslå/flytte prosedyretakster, fjerne lite brukte takster, ny gruppering av laboratorietakstene og sammenslåing av radiologitakstene.

I perioden fra mars 2021 til januar 2022 er det avholdt 4-5 møter i arbeidsgruppen, som ledes av Helse- og omsorgsdepartementet, for drøftelse av forslagene til forenkling av takstsystemet. Enkelte av forenklingstemaene har hatt virkning fra 1. juli 2021 i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege, mens andre forenklingsforslag er enda ikke iverksatt.

1.4

Tilrettelegge for spesialisering og kompetanse

1.4.1 Økning i LIS1 stillinger

Spesialistutdanningen for leger har en felles obligatorisk første del (LIS1) på 12 måneder i sykehus og 6 måneder i kommune. Antallet LIS1-stillinger skal være basert på tjenestenes faktiske behov og skal bidra til at det blir utdannet et tilstrekkelig antall spesialister. Helsedirektoratet anbefalte i 2019 å øke antallet LIS1-stillinger med 200 nye LIS1-stillinger, en økning på 21 %. Økningen er vedtatt. De siste 62 nye stillingen vil ha oppstart høsten 2022 og våren 2023. I perioden 2020 til 2023 vil antallet LIS1-stillinger ha økt fra 950 til 1150 LIS1-stillinger per år. Det første kullet fra de nye LIS1- stillingene vil avslutte sin LIS1-tjeneste våren 2022. Det vil derfor ta noe tid før vi kan måle om tiltaket har bidratt til flere allmennleger.

LIS1-stillingene lyses ut i Helsedirektoratets stillingsportal to ganger per år. Stillinger som blir ledige utenom de faste utlysningene, lyses ut som restplasstillinger. I søknadsrunden høsten 2021 var det 921 søkere til 525 LIS1-stillinger. 528 søkere ble ansatt. Etter hver søknadsrunde utarbeider Helsedirektoratet en rapport som inneholder tall og utviklingstrekk uten at datamaterialet analyseres nærmere. For mer informasjon om søkerne og de tilsatte, inkludert informasjon om nasjonalitet og utdanningsland, se Helsedirektoratets statusrapporter for søknadsrundene[13]. Selv om det tar noe tid før vi kan måle om tiltaket har bidratt til bedre rekruttering i allmennmedisin, viser statistikken en nedgang i antall søkere som ikke får tilbud om LIS1-stilling.

1.4.2 Flere ALIS avtaler og et tryggere spesialiseringsløp

Nasjonalt senter for distriktsmedisin, og også følgeforskningen av ALIS-Vest og ALIS-Nord prosjektet, har vist at det å utvikle et inkluderende og faglig utviklende miljø, og legge til rette for spesialisering i allmennmedisin med tilgang til og god kvalitet på veiledning og supervisjon, er noe av det viktigste man kan gjøre for å rekruttere og beholde fastleger[14]. Funnene understøttes også av ny kunnskap som fremkommer i Evaluering av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024. I undersøkelsen av unge legers og studenters preferanser for karrierevei trakk de fleste frem mulighet for veiledning og støtte fra kollegaer som veldig viktig, etterfulgt av muligheter for faglig utvikling og faglig miljø. God og tett oppfølging fra veiledere og andre på legekontoen oppgis av mange som svar på hva som har fungert særlig godt under sitt LIS1-opphold på legekonto. På spørsmål om hva som har fungert mindre godt trekkes det frem lite opplæring og en følelse av at man står alene[15].

Undersøkelsen peker videre på at det å få foretrukken driftsform er viktig for om de unge ønsker å bli fastlege. De fleste svarer at de ønsker å være kommunalt ansatt med fast lønn og bonus dersom de skal

jobbe som fastlege, om lag halvparten ønsker seg dette som nyutdannet og om lag en tredjedel ønsker seg dette som ferdig spesialist. Dette passer med funn fra Evalueringen av fastlegeordningen fra 2019 som viser at nyutdannede leger og medisinstudenter i all hovedsak foretrekker fastlønn som driftsform mens de gjennomfører spesialistutdanningen i allmennmedisin. Helsedirektoratets inntrykk fra arbeid med og forvaltningen av tilskudd til ALIS-avtale stemmer overens med dette.

ALIS-avtaler er et viktig tiltak i Handlingsplan for allmennlegetjenesten og skal bidra til trygge og gode rammer for allmennleger i spesialisering. Helsedirektoratet vurderer det som viktig at tilskudd til ALIS-avtaler gjenspeiler ønskene og behovene til de unge legene, og at støtteordningene oppleves lett tilgjengelig.

I tråd med tilgang til kunnskap gjennom erfaring og forskning, har tilskuddsordningene til ALIS-avtaler endret seg gjennom planperioden. Ordningen for tilskudd til ALIS-avtale ble endret i 2021, slik at den også omfatter leger ansatt i kommunen. Samtidig ble tilskuddsmidlene økt, og kunne derved med dette gi full støtte til 564 avtaler i 2021, i tillegg til ALIS-avtaler i prosjektene ALIS-Vest og ALIS-Nord. Dette er en kraftig økning fra 71 innvilgede tilskudd året før [16].

For 2022 er tilskuddsordningene til ALIS-avtale forbedret ytterligere, og i mars 2022 ble den nye ordningen Nasjonal ALIS og veiledning lansert. Nasjonal ALIS og veiledning inneholder en rekke endringer og forbedringer. ALIS-kontorene har deltatt i arbeidet, og Helsedirektoratet har søkt råd hos KS og kommuner. I den nye tilskuddsordningen er egenandelen for kommunene fjernet og tilskudd utbetales etterskuddsvis utfra faste satser. Det er ingen tilbakebetaling eller overføring av ubrukte tilskuddsmidler, og heller ikke krav om innsending av individuell utdanningsplan, fastlege/vikaravtale og regnskap med egenfinansiering. Revisorattest erstatter krav om rapportering. Det er utviklet egen mal for ALIS-avtale tilpasset tilskuddsregelverket, og nytt Altinn-skjema. Kommuner i sentralitetsgrad 6 får høyere maksimalt tilskuddsbeløp, og ALIS i disse kommunene kan få tilleggselementer i sine ALIS-avtaler. Tilskuddets størrelse vil avhenge av om ALIS er fastlege/fastlegevikar, introduksjonslege eller allmennlege i annet kommunalt legearbeid, stillingsandel og antall hele måneder i perioden det søkes tilskudd for, og om det kun søkes tilskudd til veiledning. Budsjettet for Nasjonal ALIS og veiledning er 224 mill. kroner i 2022.

1.4.3 Styrking av ALIS kontorene

Helsedirektoratet opprettet i 2019 5 regionale ALIS-kontor. Tilskuddet til kontorene har økt hvert år. I 2022 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å se på nye oppgaver for kontorene i forbindelse med økt tilskudd.

Gjennom å bistå kommunene skal ALIS-kontorene bidra til rekruttering og tilrettelegging for spesialisering og til trygghet for legen gjennom spesialiseringsløpet. Målet er å redusere terskelen for å starte i spesialisering i allmennmedisin og/eller å gå inn i allmennmedisinvirksomhet (og fra 2022 også samfunnsmedisin). Gode, forutsigbare utdanningsløp for LIS er i seg et rekrutterende tiltak. I tillegg skal ALIS-kontorene bistå kommunene med ALIS-avtaler som vil være enda et tiltak for rekruttering og stabilisering av leger i kommune.

De 5 ALIS-kontorene er godt i gang med å løse oppgavene i mandatet med særlig fokus på å få kommunene registrert som virksomheter og dermed forstå sitt ansvar i ny spesialistutdanning samt å gjennomføre opplæring av veiledere gjennom veilederkurs. Oslo kommune har kommet med som et 6. ALIS-kontor etter eget ønske. Helsedirektoratet har hatt jevnlig kontakt med kontorene og også vertskommunene og skal etablere faste kontaktmøter med kontorene fire ganger årlig. Kontorene jobber med plan for å følge opp de nye oppgavene som kommer nå i 2022. Helsedirektoratet jobber med å oppdatere mandatet med nye oppgaver.

De regionale ALIS-kontorene følger tett opp sine kommuner og er en viktig bidragsyter for å få kommunene til å forstå sitt ansvar i ny spesialistutdanning og for å hjelpe kommunene med å få på plass god spesialistutdanning bl.a. ved å få laget utdanningsplaner og sendt inn søknad om registrering. Ny spesialistutdanning er i seg selv et rekrutteringstiltak, kommuner som tilbyr gode planlagte utdanningsløp for LIS kan ha et fortrinn for å holde på LIS.

En utfordring i 2022 er å få oppfølging av spesialiteten samfunnsmedisin inn som en av ALIS-kontorenes oppgaver samt å få formidlet ut til kommunene ansvaret de har for også å følge opp denne spesialiteten. Helsedirektoratet har laget en digital opplæringsressurs som skal være til hjelp for kommunene for å forstå sin rolle og sitt ansvar, og hvordan de kan jobbe med å få på plass god utdanning for LIS.

1.4.4 ALIS Vest – prosjektet

ALIS-Vest er et pilotprosjekt med formål å bidra til rekruttering og stabilisering av fastleger i rekrutteringssvake kommuner. Dette gjøres ved å tilby tilrettelagte spesialiseringsløp. Prosjektet ble etablert 2018.

I september 2021 var prosjektperioden for ALIS Vest over. Prosjektet har tre-fem ferdige spesialister i allmennmedisin, og flere er snart ferdige. Prosjektet har vært svært vellykket for å tenke nytt om spesialiseringsløpet i allmennmedisin og rammene for ALIS[17]. Basert på erfaringene er det opprettet fem ALIS-kontor, og tilskudd til ALIS-avtaler har blitt en nasjonal ordning med bedre betingelser for unge leger.

ALIS-Vest har vært svært vellykket for rekruttering og oppstart i utdanningsstillinger i kommunene som deltar. Det har vært betydelig flere søkere til disse stillingene enn det har vært til ordinære fastlegehjemler.

God organisert supervisjon og veiledning for de unge legene har vist seg å være avgjørende for å hjelpe ALIS i gang i disse stillingene. Tilrettelegging fra kommunene slik at ALIS får en god og strukturert spesialistutdanning er svært viktig.

Etter hvert som utviklingen i fastlegeordningen generelt har fått økende problemer med rekruttering og stabilisering av legetjenesten i hele Norge, har dette også påvirket de deltagende kommunene. Kommunene i ALIS-Vest viser samme tendens til kortere varighet på fastlegestillingene og færre kvalifiserte søkere slik vi også ser nasjonalt.

1.4.5 ALIS Nord prosjektet

ALIS-Nord er et 5-årig prosjekt (2019 - 2023) for å styrke fastlegeordningen i Nord-Norge med Bodø kommune som prosjekteier. Prosjektet er finansiert av Helsedirektoratet med støtte fra statsforvalterne i Nord-Norge, og med en egenandel fra deltakerkommunene. Prosjektet har deltakelse fra 25 kommuner (og 32 ALIS) fordelt over hele Nord-Norge.

Målsettingen med prosjektet er å sikre rekruttering og stabilitet i fastlegestillinger og –hjemler i nordnorske kommuner, utvikle utdanningsmodeller for nordnorske forhold som passer for både fastlønn og næringsdrift, bidra til at nye fastleger i Nord-Norge får et kvalitetssikret og effektivt spesialiseringsløp i allmennmedisin. Et kvalitetssikret og effektivt spesialiseringsløp i allmennmedisin skal skje gjennom å sikre tilrettelegging, forutsigbarhet og fleksibilitet knyttet til oppnåelse av læringsmål i spesialisthelsetjenesten. Prosjektet skal også utvikle kommunens rolle og kompetanse som tilrettelegger for legers spesialistutdanning i allmennmedisin, og gjøre kommunene mer attraktive som arbeidsgivere. I tillegg skal prosjektet samle kunnskap som sentrale myndigheter, andre kommuner og helseforetak kan nyttiggjøre seg.

De viktigste tiltakene for å oppnå disse målene har vært et netto tilskudd på kr. 200.000 per ALIS per år, rådgiving til kommunene via telefon, e-post, teams-møter, fysiske møter i enkeltkommuner og halvårslige nettverksmøter for ALIS, veiledere og helseledere. Medarbeiderne i ALIS-Nord har også deltatt på en rekke møter, seminarer og konferanser der fastlegeordningen og spesialistutdanningen i allmennmedisin har vært tema.

Måloppnåelse per mars 2022 er at fastlegekrisen i Nord-Norge er større enn da prosjektet ble etablert i 2019[18]. 15 av 24 kommuner rapporterer om store eller svært store problemer med å rekruttere fastleger.

Det har vært svært vanskelig å rekruttere ALIS til næringsdrift. Bare 3 av de 16 opprinnelige næringshjemplene for ALIS er besatt. Selv store kommuner som Harstad og Bodø har vært nødt til å tilby fastlønnsstillinger for å rekruttere ALIS. Kommunene som deltar i prosjektet, har lagt ned et stort arbeid for å etablere gode og effektive spesialiseringssløp i allmennmedisin. På tross av dette er bare 14 av 25 kommuner i ALIS-Nord registrerte utdanningsvirksomheter. Seks kommuner har søkt og venter på saksbehandling. Fem av 25 prosjektkommuner hadde per 1. mars 2022 ikke søkt om å bli registrert utdanningsvirksomhet fordi de mangler ALIS eller individuell veileder, eller begge deler. Nettverksmøtene for ALIS, veiledere og helseledere har avdekket at mange kommuner har en lang vei å gå for å bli gode arbeidsgivere og tilretteleggere for allmennlevers spesialistutdanning. Det er fortsatt et stort behov for informasjon om fastlegeordningen og spesialistforskriften, spesielt til kommunepolitikere og kommunenes øverste ledelse.

ALIS-Nord har bidratt med viktig kunnskap om fastlegeordningen og spesialistutdanningen i allmennmedisin til lokale, regionale og sentrale myndigheter, og ALIS-Nord har sammen med ALIS-Vest bidratt aktivt til opprettelsen av de fem regionale ALIS-kontorene.

1.4.6 Økt innsikt om spesialistutdanningen

Kompetanseportalen benyttes til dokumentasjon av spesialistutdanningen. Alle LIS som skal søke spesialistgodkjenning etter ny forskrift må bruke kompetanseportalen. Helsedirektoratet tilbyr en egen kompetanseportal for kommunedelen av spesialistutdanningens del 1 og for spesialistutdanningens del 3 i allmennmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin. Denne kompetanseportalløsningen inneholder læringsmål og Helsedirektoratets anbefalte læringsaktiviteter.

Knyttet til vurdering av helhet og kvalitet i spesialistutdanningen, og til rekruttering og stabilitet i allmennlegetjenesten er det behov for mer informasjon.

Høsten 2021 fikk prosjektet som jobber med utvikling av kompetanseportalen midler fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det overordnede målet for prosjektet har vært å øke brukervennligheten og forbedre datakvaliteten i portalen. Det ble fokusert på følgende områder:

- Utvikle mekanismer for vedlikehold og kvalitetssikring av data
- Utvikle mulighet for å legge til flere typer data, herunder blant annet ny modul for registrering av tjenestetid i portalen
- Utvikle kommunikasjonsmodul for enklere kommunikasjon med LIS og virksomheter.
- Utviklet mulighet for tilgjengeliggjøring av opplæringsressurser i portalen.
- Forbedringer rapporter knyttet til LIS
- Forbedre visning av data for ledere og veiledere i Kompetanseportalen

Arbeidet var forventet ferdig ved utgangen av 2021, men har blitt forsinket. Status per i dag er at store deler av utviklingen er gjennomført og levert. Siste del forventes levert i starten av juni 2022. Det er allerede tegn til at datakvaliteten er forbedret, men den faktiske effekten av endringene vil bli tydelig først når leveransen er ferdig og tatt i bruk.

Det vil også fremover være behov for forbedring og nyutvikling av kompetanseportalen. Målet er å få en løsning som er helhetlig og inneholder alle elementene i spesialistutdanningen. Systemet skal være enkelt i bruk, effektivt og samordnet. Gode løsninger vil bidra til at systemet brukes slik det er tiltenkt, noe som igjen vil øket tilgangen og kvaliteten på data.

Fotnoter

[13] <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/leger-i-spesialisering-statusrapporter-for-soknadsrunder>

[14] [NSDM-rapport-Recruit-Retain-Making-it-Work-Den-norske-case-studien-2019-1-.pdf \(ks.no\)](#)

Følgestudie: ALIS-Nord Underveisnotat 2 [10359.pdf \(fafo.no\)](#)

Utdanningsstillinger i allmennmedisin: ALIS-Vest Delrapport 3 [2020 NSDM-rapport 3 .pdf](#)

[15] Oslo Economics og Universitetet i Oslo: Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, Evalueringsrapport 1, 2022

[16] [Årsrapportering \(helsedirektoratet.no\)](#)

[17] [Nasjonalt senter for distriktsmedisin kommer nå med delrapport 4 i følgeforskningen til ALIS-Vest prosjektet | NSDM](#)

[18] [Statusrapport 3 fra ALIS-Nord - mars 2022 - ALIS-Nord](#)

1.5

Redusere fastlegers arbeid med attester og erklæringer

1.5.1 Informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger

NAV fikk 12.oktober 2020 et oppdrag fra Arbeids- og sosialdepartementet om å gjennomgå attester og erklæring som fastleger utsteder for Arbeids- og velferdsetaten. Prosjektets hensikt er å bedre informasjonsutvekslingen for å avlaste fastlegene for oppgaver, samt øke kvaliteten på informasjonsinnhenting. Herunder vurdere om attester og erklæringer kan tas bort eller forenkles, og om helsedata som foreligger kan gjenbrukes.

Gjennom arbeidet er det kommet frem fra både fastlegene og NAV at det er stort forbedringspotensial innen informasjonsutvekslingsområdet. Det er imidlertid en generell enighet om at selve innholdet i

informasjonsutveksling, samt prosessen for gjennomføring, jevnt over er nødvendig for å oppnå god kvalitet i arbeidet. Det viktigste forbedringsområdet ligger dermed ikke i skjemaenes innhold og oppgavene som sådan, men mer i hvordan informasjonsinnhentingen gjennomføres, herunder prosessen for dialog og samhandling. Forbedringene gjelder både det å digitalisere løsningene, men også endringer i samhandlingsformen som forventes å skape mer effektivitet og høyere kvalitet. Når en ser på totalomfanget av informasjonsutvekslingen, er det to skjema som skiller seg særlig ut, Sykmeldingen og Legeerklæring ved arbeidsuførhet. De to er de som benyttes mest og representerer om lag 90 % av mengden skjemaer med helseopplysninger fastlegene sender til NAV. Dersom en skal redusere fastlegens tidsbruk på attester og erklæringer, er det nærliggende å fokusere på endringer i disse to skjemaene. Samtidig skiller de seg fra de andre skjemaene ved at de er integrert i fastlegenes elektroniske pasientjournalssystemer (EPJ-systemer) og endringer medfører dermed utvikling også i EPJ-systemene.

Rapporten kommer med anbefalinger om å se nærmere på følgende områder:

- Fortsette å digitalisere dialogen samt øke brukervennligheten i selve skjemaene
- Se nærmere på områder tilknyttet redigert journaluttrekk i yrkesskade- og sykdomssaker
- Se nærmere på funksjonsbegrepet og hvordan innrapportering av funksjon bør skje. Fra både NAV, fastleger og annet helsepersonell som har vært involvert arbeidet har det vært uttrykt usikkerhet om hvordan sikre kvalitetsmessige gode funksjonsvurderinger
- Teste ut nye samhandlingsmodeller for å jobbe bedre og mer effektiv sammen for å få bruker raskere tilbake til jobb. Det er også identifisert at det forventes store muligheter rundt å identifisere de brukere eller brukergrupper en bør fokusere innsatsen rundt.

De forventes at anbefalingen i rapporten følges opp i et samarbeid mellom Arbeid- og velferdsdirektoratet, Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporten ble levert mai 2021[19].

1.5.2 Attester og erklæringer som faller utenfor NAV området

Helsedirektoratet leverte i 2019 en rapport som besvarelse på departementalt oppdrag om fastlegers attest- og erklæringsarbeid til Helse- og omsorgsdepartementet. Rapporten omhandler et utvalg av de attester, erklæringer o.l. som fastlegene utsteder utenfor NAV-området. Rapporten gir anbefalinger om en rekke tiltak for å redusere fastlegers arbeidsbelastning knyttet til attester, erklæringer o.l. Helsedirektoratets anbefalinger er i liten grad blitt fulgt opp.

Det er i 2022 gitt oppdrag til Helsedirektoratet om å vurdere tiltak for å redusere fastlegers arbeidsbelastning knyttet til attester, erklæringer o.l. utenfor NAV-området. Arbeidet ledes av Helsedirektoratet og skjer i samarbeid med KS og Legeforeningen. En del av oppdraget er å fremme forslag til en ny bestemmelse i fastlegeforskriften med siktemål å gi en uttømmende oversikt over de attester, erklæringer o.l. som skal inngå i fastlegers arbeidsportefølje. I tillegg gjøres det vurderinger av tiltak for å redusere fastlegers arbeidsbelastning med attester, erklæringer o.l. Som del av dette vurderes både om attester, erklæringer o.l. kan løses av andre enn fastleger, om det finnes alternativer som kan erstatte enkelte legeattester/-erklæringer, digitaliseringspotensial og identifisering av attester, erklæringer o.l. som bør avvikles.

Arbeidet forventes å avsluttes medio juni 2022 der det gis konkrete anbefalinger til endringer og tiltak.

Fotnoter

[19] [Rapport om informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger - nav.no](#)

1.6

Arbeidsdeling og samhandling med spesialisthelsetjenesten

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 har som mål at pasientene skal oppleve sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner. I planen beskrives det hvordan helsepersonell gjennom samhandling kan spille hverandre gode og hvordan digitale løsninger kan gjøre arbeidshverdagen enklere.

Det ble i november 2019 signert avtale mellom KS og daværende regjering om etablering av 19 helsefellesskap, en samarbeidsarena for helseforetak og omliggende kommuner i opptaksområdet samt lokale fastleger og brukerrepresentanter. Helsefellesskapene er en arena hvor kommuner og sykehus planlegger og utvikler tjenester sammen med brukere og fastleger.

I 2021 samarbeidet legeforeningen og KS om anbefalinger for fastlegerepresentasjonene i helsefellesskapene. Veilederen gir anbefalinger om oppnevning, rolle og honorering av fastleger i helsefellesskapene. Med bakgrunn i at flere helsefellesskap ønsket seg en arena for erfaringsdeling ble det våren 2021 etablert et nettverk for helsefellesskap. Det første møtet i nettverket ble arrangert som digitalt møte 17. juni 2021. Tema for møtet var bruker- og fastlegerepresentasjon i helsefellesskapene. Anbefalingene fra KS og Legeforeningen ble presentert i nettverksmøtet.

I "Veileder om fastlegers deltakelse i helsefellesskap" står det: "Fastlegene som oppnevnes er representanter for fastlegetjenesten i kommunens arbeid i helsefellesskapene. Representasjon inn i helsefellesskapene er ikke en tillitsvalgtoppgave." Anbefalinger i veilederen er at oppnevning av fastleger til helsefellesskapene skjer basert på den allerede etablerte strukturen "Lokalt samarbeidsutvalg for fastlegeordningen (LSU)". Videre bør fastleger som deltar i de ulike nivåene forutsettes også å delta i ulike forberedende aktiviteter, for eksempel møter og annen dialog som helsefellesskapssekretariatet har ansvar for på vegne av kommunene i helsefellesskapet. For næringsdrivende fastleger anbefaler partene godtgjøring som næringsdrivende tilsvarende honorarsatsen i rammeavtalen pkt. 12.5.

KS og legeforeningen har også utviklet tre anbefalinger for ledelse av legetjenesten i kommunene, som gir et godt grunnlag for arbeidet i helsefellesskapene:

1. Kommunens helseledelse og legene sammen bør ha en prosess hvor de etablerer og oppdaterer en plan for legetjenesten.
2. Kommunens helseledelse og legene bør samarbeide om hensiktsmessig bruk av lokale aktivitets- og kvalitetsdata som forbedrings og ledelsesverktøy.
3. De økonomiske forholdene i samarbeidet mellom kommunene og fastlegene bør være klarlagt i forkant av plan- og systemarbeidet.

I 2021 ble det vedtatt et tillegg i Helse- og omsorgstjenesteloven om at kommuner og foretak skal planlegge tjenester sammen, ikke bare samarbeide. Dette har ikrafttredelse fra august 2022.

Per april 2022 er alle de 19 helsefellesskapene formelt etablert, men har kommet ulikt langt i sitt arbeid.

I helsefellesskapene bør fastlegene ha en viktig rolle og Helsedirektoratet vil ha oppmerksomhet på fastlegenes rolle i helsefellesskapene i den kommende tiden. Oppfølging av fastlegesituasjonen vil ha høy oppmerksomhet også kommende år, og knyttes sterkere mot helsefellesskapenes arbeid med kompetansedeling. En fungerende primærhelsetjeneste og herunder fastlegeordning, er et nødvendig premiss for en fungerende samhandling mellom nivåene.

Legevakt – Ny innsikt

1.7.1 Ekspertgruppens rapport

Helse- og omsorgsdepartementet nedsatte i januar 2021 en ekspertgruppe med oppdrag å kartlegge vaktbelastning og skaffe økt innsikt om legevaktarbeid. Ferdig rapport ble publisert i november 2021.

Rapporten består av en gjennomgang av historie, utfordringer og rammeverk for legevakttjenesten. Videre er resultatene i rapporten presentert under overskriftene: Vaktbelastning i legevakt, organisering av legevakt og kartlegging av pasientstrøm i legevakt. Til slutt presenterer ekspertgruppen sine drøftinger og anbefalinger.

Utvalgte hovedfunn i rapporten[20]:

- 54 % av landets fastleger deltok i legevakt i 2019. Total arbeidstid er størst blant de legene som deltar i vakt (68 timer mot 49 timer, rapportert i Tidsbruksundersøkelsen)
- Legevaktarbeid utgjør en betydelig arbeidsbelastning for mange av landets fastleger, særlig i de mindre kommunene.
- En større andel av fastlegene i mindre distrikt har legevakt enn i større legevaktdistrikt og disse jobber også oftere helgevakt og nattevakt.
- 1 av 4 kommuner med < 5000 innbyggere har hatt 3 eller færre leger i vaktordningen i løpet av det siste året.

Ekspertgruppens rapport gir oppdatert og ny innsikt i sentrale områder på legevaktfeltet, som vaktbelastning, organisering og pasientstrømmer. Legevaktfeltet har vært preget av lite systematisk kunnskapsinnhenting på disse områdene og rapporten er derfor et viktig grunnlag for det videre arbeidet med å utvikle en bærekraftig legevaktordning.

Ekspertgruppen peker på at det er behov for ytterligere kunnskap om drift av legevakt i Norge, særlig om økonomiske forhold. Det er per i dag for lite kunnskap om både inntekter og kostander i legevaktstjenesten.

1.7.2 Kartlegging av legevakt i KOSTRA-skjema 1

Helsedirektoratet har i 2021 samarbeidet med SSB for å få en utvidet kartlegging av legevaksordningen i KOSTRA-skjema 1[21]. Hensikten er å få bedre kunnskap om organiseringen av legevakt (kommunal legevakt, interkommunal legevakt eller en kombinasjon). Videre informasjon om hvilke leger som arbeider ved legevakt (kommunalt tilsatte leger, selvstendig næringsdrivende fastleger, helprivate leger mfl.) og hvilke vaktordninger de har. I tillegg er det et mål å få informasjon om hvorvidt kommunene er i stand til å rapportere på årsverk for legevakt årlig framover.

Høsten 2021 ble spørsmålene som skulle inngå i kartleggingsskjemaet utarbeidet. KS kom med innspill og enkelte kommuner testet kartleggingen i forkant av tilgjengeliggjøring for utfylling i desember 2021.

Kartleggingen ble strukturert slik at kommunen først svarer på hvilken type legevaktordning de har. Deretter blir kommunene bedt om å svare på spørsmål knyttet til organisering av legevaksordningen. Dette kan være spørsmål som går på hva slags personell som jobber ved legevakten, når på døgnet de jobber, hvilke vakttyper ulikt personell har på ulike tider av døgnet, og hvor store utgifter kommunen har i tilknytning til legevaksordningen. Innholdet i de ulike delene varierer noe siden de er tilpasset type organisering.

Siste del av kartleggingen er felles for alle kommuner og er et sett med overordnede spørsmål om mulig framtidig rapportering av timeverk for legevakt i KOSTRA-skjema 1.

SSB har startet vurderingen av kvaliteten på de innrapporterte tallene. Ett overordnet inntrykk er at mange kommuner utelater daglegevakt når de rapporterer på legevakt. Det er også en del kommuner som opplyser at de har utfordringer med å rapportere på utgifter til legevakt.

Tabell 1.1 viser fordeling av kommuner på de ulike organisasjonsformene.

Tabell 1.1. Kommuner med ulik organisering av legevakt (flere avkryssinger er mulig). Foreløpige tall for 2021. Absolutte tall og prosent.

		Antall kommuner (av totalt 344)	Andel i prosent
A	Kommunen hadde egen kommunal legevakt for sine innbyggere uten samarbeid med andre kommuner (inkluderer også eventuell daglegevakt)	124	36
B	Kommunen var fast vertskommune for interkommunal legevakt (inkluderer IKS)	73	21
C	Kommunen var deltakerkommune i interkommunal legevaksordning (inkluderer IKS og kommuner som hadde legevakt på omgang)	198	58
D	Kommunen kjøpte hele eller deler av legevaktstjenesten fra private leger/aktører eller fra offentlig spesialisthelsetjeneste	12	3

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Frem mot sommeren 2022 vil SSB gjennomføre kvalitetskontroll av innrapporterte data fra legevaktkartleggingen. Videre skal SSB utarbeide en rapport på oppdrag for Helsedirektoratet, der hovedresultatet og funn fra kartleggingen blir publisert.

1.7.3 Nasjonale kvalitetsindikatorer på legevakt

Nasjonale kvalitetsindikatorer er et virkemiddel for kvalitetsutvikling for helsetjenesten. I tildelingsbrevet for 2017 het det at Helsedirektoratet skal: "Med utgangspunkt i NOU 2015:17: utrede kvalitetsmål for legevaktstjenesten som kan inngå i et helhetlig kvalitetsindikatorsett for de prehospitale tjenestene på helsenorge.no."

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å utvikle forslag til nasjonale kvalitetsindikatorer for legevakt. NKLM har ansvar for Legevaktregisteret og å gjennomføre spørreundersøkelse blant lederne for legevakt hvert annet år. I 2020 ble spørsmål om kvalitetsindikatorer inkluderte i denne undersøkelsen. I første runde tilfredsstilte ikke innsamlede data

kravene til datakvalitet for å kunne publisere nasjonale kvalitetsindikatorer på legevaktnivå, men de nasjonale resultatene ble publisert i Legevaktregisterrapporten i 2020. Legevaktregisterundersøkelsen ble gjennomført igjen i 2022 og resultatene er kvalitetssikret.

Helsedirektoratet skal etter planen publisere fire nasjonale kvalitetsindikatorer juni 2022:

- Samtrening: Andel sykepleiere/annet helsepersonell ved legevakten som har deltatt i akuttmedisinske samtrening med ambulanse siste år.
- Samtrening: Andel leger ved legevakten som har deltatt i akuttmedisinske samtrening med ambulanse siste år.
- Triagering: Andel legevakter med et standardisert verktøy for triagering av pasienter som møter på legevakten.
- Tolketjeneste: Andel legevakter med tilgang til døgnkontinuerlig tolketjeneste på flere språk.

Indikatorene gir mulighet til å følge med på status og utvikling i legevakttjenesten på disse områdene over tid.

Fotnoter

[20] [Kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning \(regjeringen.no\)](#)

[21] Lenke til KOSTRA-skjema 1: <https://www.ssb.no/innrapportering/kostra-innrapportering>

1.8

Styrking av legevakttjenesten

1.8.1 Pilot legevakt

Helsedirektoratet leder et pilotprosjekt på legevaktsfeltet som kan bidra til å sikre en bærekraftig og forsvarelig lokal akuttmedisinsk beredskap i kommunene i framtiden. Drift av prosjektet startet i 2019 og avsluttes i 2022. Prosjektet følgeevalueres av Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin og sluttevalueringen skal foreligge mot slutten av 2022.

Formålet med piloten er å gi bedre tilgjengelig tilbud til legevaktpasienter i små og mellomstore kommuner, styrke akuttberedskapen, utnytte samlede vaktressurser bedre, stryke rekruttering av fastleger i kommunen og ta i bruk digitale løsninger for å understøtte diagnostikk og behandling.

I prosjektet prøves det ut en ny organisering av to legevaktdistrikter i grisgrendte områder, Ytre sogn og Sunnfjord og Romsdalsregionen. Det er etablert legevaktsatellitter i fem kommuner i Ytre Sogn og Sunnfjord med sentral i Sunnfjord og Ytre Sogn interkommunale legevakt. Dette legevaktdistriktet omfatter 13 101 innbyggere. I Romsdalsregionen er det fire satellittkommuner med legevaktsentral i Molde Interkommunale legevakt. Innbyggere i satellittkommunene i Romsdalsregionen utgjør 20 000 innbyggere. Satellittene er lokalisert på sykehjem og bemannet med sykepleiere. Pasientflyten i piloten skjer ved triagering av henvendelser til legevaktsentralen. Pasientene i målgruppen, som er gule og grønne, blir henvist til å møte på satellitten i sin kommune. Pasienten blir mottatt av sykepleier, som avgjør om behov for å koble opp video med lege i legevaktsentralen. Akutte (røde) hendelser blir triagert til den interkommunale legevakten i hhv. Førde og Molde.

Effektene så langt har vist at modellen har økt tilgjengeligheten til legevakttjenesten i deltagende distriktskommuner, og at video i pasientkonsultasjoner på satellittene er tatt bruk. Oppbygging av satellitttilbudet har krevd omfattende opplæringsaktivitet i pilotene. Begge pilotene har utarbeidet opplæringsprogram for deltakerne, som inneholder kurs i akuttmedisin og vold, bruk av videoutstyr og nødnett, hospitering i interkommunal legevakt, og følgevakter lokalt. I Romsdalsregionen har 124 helsepersonell gjennomgått opplæringsprogrammet, og i Ytre Sogn og Sunnfjord har til sammen 80 helsepersonell gjennomgått opplæringen.

Satellittkommunene har få innbyggere, så pasientgrunnlaget er i utgangspunktet begrenset. Det har derfor vært behov for utvikling og vedlikehold av kompetanse gjennom trening i satellittkommunene. Denne omfatter ferdighetstrening og samtrening satellitt, ambulanse og interkommunale legevakten og årlig fagdag. Kompetansepakken med kurs og trening er tilpasset krav til kvalitet i tjenesten og har bygget trygghet og mestring hos satellittpersonellet. Uprøving av modellen har sammenfalt med covid19-pandemien og satellittene har vært stengt i perioder under pandemien. I tillegg har etableringsperioden i Romsdalsregionen tatt lenger tid, men siden prosjektperioden ble utvidet, har de også høstet positive erfaringene fra satellittkommunene i denne regionen også.

Piloten høster positive tilbakemeldinger fra både brukere og helsepersonell. Erfaringene så langt viser at god lederforankring i kommunen og hos helsepersonell er en forutsetning for modellen. Da helsepersonellet som inngår i modellen har sin primærjobb ved sykehjemmet og da pasientgrunnlaget er begrenset er det viktig at modellen støttes av et kompetanseprogram med kurs og trening som vedlikeholder kompetansen hos personellet. Så langt viser erfaringene at modellen kan egne seg for andre distrikter, men sluttevalueringen vil kunne belyse forutsetningene for en slik utbredelse. I begge pilotene er det startet prosesser for å beslutte hvordan modellen kan videreføres etter pilotperioden.

1.8.2 Nytt tilskudd på legevakt

Regjeringen har vedtatt et tilskudd på 50 millioner kroner for 2022, som skal bidra til å styrke rekrutteringen til legevakt i særlig rekrutteringssvake kommuner. Helsedirektoratet har hatt oppdraget med å utarbeide tildelingskriterier for dette tilskuddet, samt lage en sammenfatning av tips og idéer til kommunene for å hjelpe dem å benytte midlene.

Formålet er å bedre rekrutteringen og redusere vaktbelastningen i legevaktordningen i de minste kommunene. De som kan søke tilskuddet er kommuner med befolkning < 5000 og som er i sentralitetsklasse 6. Så lenge formålet med tilskuddsordningen er oppfylt legges det ingen sentrale føringer på hvordan kommunene benytter midlene.

Helsedirektoratet har utarbeidet et tilskuddsreglement som ble publisert 30.03.22. Arbeidet ble gjennomført i en intern arbeidsgruppe, og utformingen av tilskuddsreglementet har vært til gjennomlesing og innspill hos Legeforeningen og KS.

En sammenfatning av tips og idéer til kommunene ble utarbeidet etter innspill fra NKLM, NSDM og Norsk Legevaktforum. Dette er ikke et normerende produkt fra Helsedirektoratet, men en meny av mulige tiltak som kommunene står fritt til å vurdere.

Informasjon om tilskuddet har blitt spredd i mange ulike kanaler, blant annet via kompetansetjenestene NKLM, NSDM og Norsk Legevaktforum. Alle kommunene som oppfyller kriteriene, har fått tilsendt informasjon om tilskuddet, samt dokumentet med tips og idéer. Det ble videre gjennomført et webinar med aktuelle kommuner 27.04.22.

1.8.3 Partssammensatt arbeidsgruppe på legevakt

Helse- og omsorgsdepartementet nedsatte i januar 2022 en partssammensatt arbeidsgruppe bestående av Legeforeningen, KS, Oslo kommune og staten. Helsedirektoratet representerer staten i arbeidet og leder også sekretariatet. Bakgrunnen er den utfordrende rekrutteringen til legevaktsordningen i mange av de minste kommunene og initiativet til denne arbeidsgruppen kom fra partene (KS og DNLF)

Mandatet for arbeidsgruppen beskriver at det skal gjennomføres en digital samling med et utvalg av de minste kommunene. Basert på innspill mottatt i denne samlingen skal arbeidsgruppen foreslå:

- Spesifikke tiltak for legevaktsdistrikter med fire eller færre fastleger eller der legevaktslegene har mindre enn firedelt vakt.
- Tiltak for å bidra til at modeller som er utviklet lokalt for å bedre arbeidsbelastningen kan utbres til flere legevaktdistrikter.
- Økonomiske og administrative konsekvenser skal vurderes på de tiltakene som foreslås.

1.8.4 Røros-modellen

På Røros har det blitt gjennomført et samarbeidsprosjekt mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten, som avsluttes våren 2022 med erfaringskonferanse i april. I dette prosjektet deles en ambulanseressurs mellom helseforetaket og kommunen, hvor ambulanspersonellet yter kommunale helsetjenester når de ikke er opptatt med ambulanseoppdrag. Disse kommunale tjenestene kan være sykebesøk, planlagte samtaler, blodprøvetaking mm.

Tilbakemeldingene er at modellen oppleves nyttig for både fastleger og legevaktsleger og oppleves som en viktig ressurs i arbeidet. Ambulanseberedskapen har ifølge evalueringen ikke blitt dårligere. Modellen bidrar videre til et utstrakt samarbeid mellom legevakt og ambulansetjenesten, som er nyttig også i det øvrige arbeidet. Tjenesten finansieres av Helseforetaket.

Det er stor interesse for denne modellen fra andre deler av landet og flere helseforetak vurderer driftsmodeller med elementer fra Røros-modellen.

1.8.5 Bruk av video i legevakt

Fastleger og legevakter fikk anledning til å ta i bruk e-konsultasjoner i starten av pandemien. Denne muligheten ble fjernet for legevakt sommeren 2021, før den ble delvis innført igjen 01.12.21. Det er etter dette anledning til å ta takst for e-konsultasjon både på dag og kveld på legevakt, men det er færre muligheter for takstkombinasjoner enn e-konsultasjoner gjennomført av fastleger. Blant annet er det ikke anledning til å ta 700-takster.

Helsedirektoratet anbefaler at det åpnes for at legevaktsleger får samme muligheter for takstkombinasjoner som fastleger. Det vil kunne tilrettelegge for utvidet bruk av video i legevakt generelt og sikre fortsatt finansiering av modell pilot legevakt etter endt prosjektperiode.

Tilrettelegging for økt bruk av video i legevaktene vil kunne stimulere til økt samhandling mellom legevakt og andre aktører. Bruk av video mellom hhv. legevaktslege og sykehjem og mellom legevaktslege og

ambulansetjenesten kan bidra til bedre samarbeid, avgjøre indikasjon for utrykninger, og gi beslutningsstøtte til ambulanspersonell om hvorvidt pasienten bør fraktes til legevakt/sykehus eller behandles hjemme m.m.

Bruk av video i kontakten mellom legevakt og øvrig helse- og omsorgstjeneste i kommunen kan bidra til beslutningsstøtte for kommunalt personell, for eksempel hjemmesykepleie. Dette kan særlig være nyttig i situasjoner der det kommunale personellet kommer først til akutte hendelser og kan bidra til at den kommunale allmennlegetjenesten oppfyller sin plikt til å ivareta øyeblikkelig hjelp i sin kommune.

God kvalitet til alle - målområde 2

2.1

Beskrivelse av målområde 2

Alle innbyggere, uavhengig av helsetilstand, geografi, sosioøkonomiske forhold og etnisk bakgrunn skal oppleve tjenester av god kvalitet. Handlingsplanen løfter kontinuitet, tilgjengelighet og god faglig praksis basert på tilgjengelig forskning og kunnskap som viktige kvalitetsparametere.

Alle innbyggere skal møte en tilgjengelig og tilpasset tjeneste. Handlingsplanen inneholder flere tiltak som skal bidra til at allmennlegetjenesten bedre kan møte behovene til sine brukere, med vekt på innbyggere med kroniske lidelser og sammensatte behov. En tilgjengelig og tilpasset tjeneste forutsetter at tjenesten er utformet slik at det er tid og rom til å møte alles behov. Allmennlegens tid må brukes godt, og det må legges til rette for at annet personell skal kunne avlaste og bidra med sin kompetanse der det er faglig riktig og hensiktsmessig. Teknologi og andre virkemidler som understøtte effektivitet og god tilgjengelighet, skal tas i bruk. Flere av tiltakene i målområdene en og tre skal bidra til dette, og er derfor sentrale for måloppnåelse.

Et viktig premiss for å sikre at alle innbyggere mottar beste faglig praksis er tid og rom for systematisk kvalitetsarbeid, både på tjenestenivå (som legekontoet) og på systemnivå i kommune. Dette løftes spesielt frem i Handlingsplanen. Allmennlegene skal ha kunnskap, ferdigheter, verktøy og virkemidler for å drive kvalitetsarbeid. Videreutdanningen knyttet til kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet for allmennlegene skal bidra til at legene kan drive og lede kvalitetsarbeidet. I tillegg er det viktig at kunnskap om kvaliteten i tjenestene etterspørres, og det må derfor være tilgjengelige indikatorer for å måle kvalitet. Spesialisering i allmennmedisin er også særlig løftet som viktig for å sikre god faglig praksis. Det er et mål at allmennlegene skal være spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering.

Tre av handlingsplanens 17 tiltak er særlig knyttet til dette målområdet:

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

Disse tiltakene skal sammen med øvrige tiltak i handlingsplanen bidra til at allmennlegetjenesten leverer helsetjenester av god kvalitet til alle.

Det er videre skissert fem effektmål for målområdet:

- Bedre kunnskap om kvalitet i allmennlegetjenesten
- Bedre faglig praksis basert på tilgjengelig forskning og kunnskap
- Behovstilpassede tjenester til alle, også de med omfattende behov
- En mer tilgjengelig allmennlegetjeneste
- Forbedret kontinuitet og samhandling som gir gevinster for innbyggerne

2.2

Status for målområde 2

Effektmålene knyttet til "God kvalitet til alle" påvirkes av tiltak og oppdrag som omtales under de to andre målområdene. Dersom allmennlegetjenesten i større grad blir en trygg og attraktiv karrierevei, arbeidsbelastningen blir redusert og forekomsten av teambaserte tjenester økes i omfang, vil dette med stor sannsynlighet også påvirke kvaliteten i positiv retning. Samtidig vil en allmennlegetjeneste av god kvalitet øke fagets status, og dermed kunne virke rekrutterende og stabiliserende.

Bedre kunnskap om kvalitet i allmennlegetjenesten

For å vite at alle innbyggere opplever en allmennlegetjeneste av god kvalitet, må vi ha kunnskap om kvaliteten i tjenestene. Både nasjonale myndigheter, kommuner og den enkelte allmennlege trenger data og kvalitetsindikatorer til sitt systematiske arbeid med kvalitet. Likevel er kunnskap om kvaliteten i allmennlegetjenesten fortsatt mangelfull.

Det mangler blant annet data som gjør at den enkelte allmennlege systematisk kan følge med på kvaliteten i egen praksis og sammenligne denne med andres. Kommunene mangler tilstrekkelig oversikt nødvendig for å kunne ivareta sin plikt om å sørge for en forsvarlig allmennlegetjeneste. Videre mangler vi for eksempel gode data på legens samhandling med andre, og har heller ingen samlet oversikt over i hvilken grad kommunene systematisk samarbeider med allmennlegene om kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Det er satt i gang en rekke tiltak for å utvikle og tilgjengeliggjøre kunnskap om kvalitet i tjenestene både på nasjonalt, kommunalt og på tjenestenivå. Nasjonale kvalitetsindikatorer er viktig for nasjonale og kommunale nivå, og kan vise status og variasjon i praksis. Helsedirektoratet har 188 nasjonale kvalitetsindikatorer om helsetjenestene. Kun et fåtall av disse gjelder allmennlegetjenestene. Det er publisert tre nye kvalitetsindikatorer om allmennlegetjenesten i 2021, og det er behov for å utvikle flere på området. En kartlegging utført av FHI i 2021-2022 av kvalitetsindikatorer i noen utvalgte land, kan bli en nyttig referanse i det videre arbeidet. Videre arbeides det for å utvide innholdet i Kommunalt pasient og brukerregister (KPR), noe som vil få betydning for alle nivå. Data fra KPR på praksisnivå er blant annet nylig gjort tilgjengelig for fastlegene.

Bedre faglig praksis basert på tilgjengelig forskning og kunnskap

Dette er et av de områdene vi har minst informasjon om, og hvor det jobbes aktivt for å utvikle mer data. På bakgrunn av eksisterende nasjonale indikatorer, kan vi si noe om praksis knyttet til legemiddelgjennomgang og bruk av antibiotika. Legemiddelgjennomgang er viktig for å sikre god kvalitet på legemiddelbehandlingen. Legemiddelgjennomgang gjennomført av fastleger har gått noe opp siden 2017 og spesielt for pasienter som er 67 år og eldre. Statistikken er basert på takstbruk. Et annet viktig satsningsområde er riktig bruk av antibiotika. Bruk av antibiotika har gått ned generelt, i ulike aldersgrupper og på sykehjem. Dette er i tråd med kunnskap og retningslinjer. Antibiotika på sykehjem gikk likevel noe opp på siste måling i november 2020. Vi har ikke klare data for 2021.

Handlingsplanen løfter særlig to viktige premisser for å sikre god faglig praksis; flere spesialister i allmennmedisin og bedre tilrettelegging for systematisk arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Det er fortsatt en økning i fastleger med spesialisering. Ved utgangen av 2021 hadde 63,9 prosent av fastlegene spesialisering, jf. en ny nasjonal kvalitetsindikator om dette. Andelen med spesialisering øker med kommunestørrelse. Tilskudd til leger i spesialisering, ALIS-avtaler, har som formål få flere leger til å starte og fullføre spesialisering i allmennmedisin. Avtalene kan bidra til forutsigbarhet og trygghet under spesialistutdanningen. Antall utbetalte tilskudd til ALIS-avtaler økte kraftig siste året, noe som kan tyde på at antallet leger i spesialisering på ny ordning har økt. Det vises her til del område en for mer informasjon.

Tid er fortsatt en utfordring når det kommer til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring. Dette framkommer i evalueringen gjennomført av Oslo Economics[22], og understøttes av funn gjort i en utredning om nasjonalt system for arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring gjennomført av helsedirektoratet (ikke publisert)[23].

Behovstilpassede tjenester til alle, også de med omfattende behov

Vi mangler tilstrekkelig informasjon til å kunne si om brukere med omfattende behov har fått en mer behovstilpasset tjeneste. I 2021 er det utredet tre nasjonale kvalitetsindikatorer om legemiddelbruk blant eldre, og i 2022 vil det utvikles nasjonale kvalitetsindikatorer om prioriterte pasientgrupper.

Beboere i sykehjem har ofte et stort omsorgsbehov[24]. Nasjonale kvalitetsindikatorer som finnes i dag viser at andelen sykehjemsbeboere som har fått en legemiddelgjennomgang er økende (fra 48,4% i 2016 til 58,3% i 2020), og at andelen sykehjemsbeboere som har blitt vurdert av lege siste 12 måneder har økt (fra 40,2% i 2010 til 65,6% i 2020, men svakt ned fra 2019 da det var oppe i 67,7%).

Dette er et område som i likhet med øvrige områder som blir omtalt i delområdet, vil bli påvirket av det overordnede målet om å styrke allmennlegetjenestes generelle evne til å jobbe systematisk med kvalitetsforbedring. Også målet om å utvikle en mer teambasert tjeneste er vurdert til å kunne være av betydning for brukere med omfattende behov.

En mer tilgjengelig allmennlegetjeneste, og forbedret kontinuitet og samhandling

Tilgjengelighet i allmennlegetjenesten kan handle om flere ting. Handlingsplanen løfter særlig frem innbyggers tilgjengelighet til en fastlege, og tilgjengelighet til lege i heldøgnsomsorg. Antall lister i fastlegeordningen har økt hvert kvartal de siste årene, men samtidig har det blitt flere ubesatte lister. Befolkningens tilgjengelighet til fastlege er derfor redusert. Det er færre ledige listeplasser og andelen av innbyggerne som står på liste uten fastlege, øker. Det vises til mer utfyllende omtale om dette under målområde 1 i rapporten; en trygg og attraktiv karrierevei. Nå det kommer til sykehjemsbeboere, viser nasjonal kvalitetsindikator økt gjennomsnittlig avtalte legetimer per uke (fra 0,53 timer i 2015 til 0,56 timer i 2020), med noe fylkesvis variasjon.

Antallet konsultasjoner hos fastlege har økt det siste året. Dette skyldes i hovedsak en stor økning av antall e-konsultasjoner. Pandemien har påvirket befolkningens kontakt med både ved legevakt og fastlege, det er derfor vanskelig å trekke noen konklusjoner knyttet til utviklingen.

Kontinuitet i lege-pasientforholdet er en viktig enkeltfaktor for kvalitet i allmennlegetjenesten. Median varighet på avtalene fastlegene har med kommunen har vist en svak nedgang fra 2015 -2021, og er nå på 8,3 år. Det viser en ny nasjonal kvalitetsindikator publisert i 2021. Median avtaletid er lengre i store kommuner enn i små. En annen ny nasjonal kvalitetsindikator som ble innført i 2021, ser på hvor lenge

pasientene beholder samme fastlege. Median varighet på et lege-pasientforhold er 5,2 år. Det er relativt lik varighet mellom de ulike fylkene (noe lengre i større kommuner), men det er stor variasjon på kommunenivå, der lengden varierer fra under ett år til over 14 år.

Bedre samhandling både mellom tjenester og tjenestenivå er et viktig mål i handlingsplanen, og er en viktig forutsetning for at pasienter skal oppleve en sammenhengende tjeneste. Vi mangler gode nasjonale indikatorer som kan si noe om samhandling i allmennlegetjenesten. Flere av tiltakene som er iverksatt, som etablering av en samhandlingstakst, Helsefelleskap og utvikling av digitale løsninger, vil trenge tid før det vil gi synlig effekt. Av tilgjengelig informasjon viser funn gjort forbindelse med evaluering av pilot primærhelseteam, at dette tiltaket kan ha en positiv effekt for økt samhandling.

Fotnoter

[22] Oslo Economics og Universitetet i Oslo: Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, Evalueringsrapport 1, 2022

[23] Helsedirektoratet: Nasjonalt system for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring i allmennlegetjenesten. 2022 (ikke publisert)

[24] Helsedirektoratet (2021). Utfordringsbildet og mulighetsrommet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten [[nettdokument](#)]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 13. desember 2021, lest 05. mai 2022).

2.3

Behovstilpassede tjenester til brukere med omfattende behov

Helsedirektoratet har gjennom tildelingsbrevet for 2020 fått i oppdrag å skaffe mer kunnskap om det medisinskfaglige tilbudet til personer i heldøgns omsorgsboliger. Størst prosentvis endring i omfattende bistandsbehov finner vi også blant brukere av de hjemmebaserte tjenestene[25]. På oppdrag fra Helsedirektoratet har Senter for omsorgsforskning øst derfor gjennomført en kartlegging av det medisinskfaglige tilbudet, og rapporten ble publisert i mars 2021[26]. Undersøkelsen bygger på erfaringer og opplevelser fra bemanning i boligene, fastleger og brukerrepresentanter.

Undersøkelsen viser at beboerne gjennomgående har et stort behov for medisinskfaglig bistand og at de trenger støtte og hjelp fra ansatte til dette. Kartleggingen viser at omsorgsboligene har organisert det medisinskfaglige tilbudet ulikt. En videre utredning av organiseringsformer og løsninger for å knytte fastleger tettere til omsorgsboligene, synes derfor viktig.

Det er av betydning for en helhetlig helseoppfølging at fastleger og ansatte i boliger har god kjennskap til beboere og deres helsetilstand, at det er god samarbeidskompetanse og gode relasjoner mellom ansatte tilknyttet boligen og fastleger, og at fastleger har interesse og kompetanse for beboere i særskilte grupper/mindre diagnosegrupper. Det må også tas hensyn til reiseavstand og tilgang til fastlegekontoret for personer som i begrenset grad kan reise.

Å utvikle et system for faste årskontroller hos beboere som i liten grad er i stand til å kontakte fastlege selv, avklare hvem som skal følge opp avtaler samt utvikle enkle faglige prosedyrer for den enkelte beboer med tilstander som trenger spesiell oppfølging, er virkemidler det pekes på for bedre å kunne ivareta den medisinsk faglige oppfølging av beboerne.

[25] Helsedirektoratet (2021). Utfordringsbildet og mulighetsrommet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten [[nettdokument](#)]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 13. desember 2021, lest 05. mai 2022).

[26] Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i heldøgns omsorgsboliger: Rapport til Helsedirektoratet, senter for omsorgsforskning Øst, 2021. [Rapport_03_2021-web.pdf \(unit.no\)](#)

2.4

Bedre kunnskap om kvalitet i tjenestene

2.4.1 Nasjonale kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten

Handlingsplanen fremhever viktigheten av å utarbeide relevante og valide nasjonale kvalitetsindikatorer som en del av det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten (NKI). Det er et mål å utrede, identifisere og publisere nasjonale kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten innen de seks kvalitetsdimensjonene for helse- og omsorgstjenestene[27] i løpet av planperioden. Indikatorene utvikles i samarbeid med praksis, fagmiljøer og kommuner. Formålet er relevante og valide indikatorer, uten å øke rapporteringsbyrden. I 2021 ble følgende nye nasjonale kvalitetsindikatorer publisert på hdir.no:[28]

- Andel leger med spesialitet i allmennmedisin
- Varighet på kommunenes avtaler med fastleger
- Varighet på fastlegelisteinnbygger relasjonen

I 2021 ble det etablert en faggruppe som anbefalte og kvalitetssikret tre kvalitetsindikatorer om forskrivning av legemidler til eldre.[29] Målet er å publisere kvalitetsindikatorene høsten 2022, avhengig av når data kan leveres fra nytt Legemiddelregister. I 2022 vil det i tillegg publiseres en ny kvalitetsindikator basert på Folkehelseinstituttets brukerundersøkelse om fastlege og fastlegekontor fra 2021. En nasjonal kvalitetsindikator om vikarbruk blir også utredet for mulig publisering i 2022. De nye og planlagte indikatorene baserer seg på Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), det nye Legemiddelregisteret, Folkehelseinstituttets brukerundersøkelse og Helfos system for administrasjon av fastlegeordningen (FLO).

Utover dette ble det i 2021 utredet ytterligere nasjonale kvalitetsindikatorer for å dekke ulike målgruppers identifiserte behov for indikatorer. Flere av indikatorene måtte skrinlegges eller settes på vent pga. svake eller dårlig tilgjengelige data eller fordi indikatorene ikke ble ansett som relevante nok. Folkehelseinstituttet har på oppdrag fra Helsedirektoratet gjennomført en kunnskapsoppsummering i 2021-2022 om hvilke kvalitetsindikatorer som blir benyttet i utvalgte land [30] Det vil framover bli vurdert om noen av de identifiserte indikatorene kan være aktuelle også i norsk sammenheng.

Nasjonale kvalitetsindikatorer gir viktig informasjon som kan brukes til å følge med og følge opp i hvilken grad pasient/bruker i helse- og omsorgstjenesten mottar behandling av høy kvalitet, og står sentralt i et systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Det er for tidlig å si noe om hvilken effekt de nye nasjonale kvalitetsindikatorene vil ha, men de nasjonale kvalitetsindikatorene om forbruk av antibiotika (som i hovedsak forskrives av allmennleger), lansert før dette oppdraget startet, er illustrerende for hvordan disse indikatorene kan bidra til kvalitetsforbedring. De siste årene har man sett en stor nedgang i antibiotikaforskrivingen, i samsvar med regjeringens mål om tretti prosent reduksjon innen 2020.[31] Målet

er at nye nasjonale kvalitetsindikatorer om allmennlegetjenestene på tilsvarende måte kan være et viktig virkemiddel til kvalitetsforbedring hos de som yter allmennlegetjenester. Utredning av nye NKI-er gjennom et godt samarbeid mellom fastleger, kommunale helsetjenester, kompetansemiljøer, pasienter, pårørende og sentrale myndigheter, øker sjansen for relevante og valide indikatorer som det er nyttig for alle parter å følge med på.

2.4.2 Utrede tilgang til data på ulikt nivå

Helsedirektoratet har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede hvilke data fra allmennlegetjenesten som bør være tilgjengelig på hvilket nivå for formålene styring, forvaltning og kvalitetsutvikling. Nivåene direktoratet har tatt utgangspunkt i er *tjenesteyter*, det *kommunale nivået*, det *regionale nivået* og det *nasjonale nivået*. Tilgjengeliggjøring av data om allmennlegetjenesten er en viktig premisse for å ha en oversikt over tjenestene og dermed også viktige prioriteringsområder i tiden framover. Tilgang på relevante og nødvendige data vil legge bedre til rette for datadrevne beslutninger om styring, forvaltning og kvalitetsutvikling i en for tiden høyt presset allmennlegetjeneste.

En bred forståelse av hvordan tilgang til relevant og nødvendig data fra allmennlegetjenesten kan bidra til datadrevne beslutninger innenfor nevnte formål har vært nødvendig, og har blitt særlig vektlagt i de semistrukturerte intervjuene med fagpersoner. Behovet for data er konkretisert der forhold som aggregeringsnivå, frekvens og kobling av relevante datakilder også er redegjort for. I innsiktsarbeidet er det blitt lagt vekt på fastlege, legevaksle og sykehjemslege da disse utgjør hovedparten av allmennlegetjenesten. Basert på tilbakemeldingene fra de ulike nivåene i helseforvaltningen er det tydelig at behovet for data om allmennlegetjenesten er store, og dagens tilgang er mangelfull. Dette gjelder for styring og forvaltning, men også kvalitetsutvikling, da data om kvalitet i allmennlegetjenesten er et område med mangelfulle data per i dag. For tjenesteyternivået og det kommunale nivået er behovene relativt sammenfallende. Innenfor det regionale og det sentrale nivået er det større variasjon i roller og ansvar for virksomhetene innenfor nivået. Dette gjenspeiles også i behovet for data. Felles for alle nivåene er ønsket om å få tilgang på data som viser et mer helhetlig pasientforløp.

Både tilgjengeliggjøring av data med hensiktsmessig detaljeringsnivå, innsamling og strukturering av mer data fra allmennlegetjenesten, automatisk datafangst og kobling av data på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten trekkes fram som relevante tiltak for å i sterkere grad støtte opp under datadrevne beslutninger om allmennlegetjenesten i alle ledd av helseforvaltningen. Oppdraget forventes levert til sommeren.

2.4.3 KPR 2024

Prosjektet KPR 2024 i Helsedirektoratet skal bidra til å utvide innholdet i Kommunalt pasient og brukerregister (KPR). Prioriterte oppgaver er utvidet datafangst fra allmennlegetjenesten, hyppigere oppdaterte data fra helse- og omsorgstjenesten og ny datafangst fra helsestasjons og skolehelsetjenesten. I 2021 har det vært gjennomført noe utredningsarbeid på utvidet datafangst fra allmennlegetjenesten etter at pandemien ikke gjorde det mulig å få prioritert ny meldingsbasert datafangst til KPR fra allmennlegetjenesten. Utredningsarbeidet har i hovedsak vært knyttet til tiltak for allmennlegetjenesten, og prosjektet har bidratt med forslag til etablering av nytt kvalitetssystem for tjenestene.

I dag inneholder KPR refusjonsdata i KUHR. I dag benyttet KPR takstene i refusjonsordningene som grunnlag for statistikk om bl.a. klinisk praksis (se omtalen under prosjekt allmennlegedata). Et kvalitetssystem bør ideelt sett bygge på bedre tilgang til data om prosesser i form av kliniske prosedyrer enn dagens takstsystem. Det er behov for andre løsninger da det ofte ikke er en entydig sammenheng mellom utførte kliniske prosedyrer og takst. Konsultasjoner med lengre varighet refunderes for eksempel

med egne tidstakster, og generelt er også systemet sårbart når takster i prinsippet kan endre i de årlige takstforhandlingene mellom Legeforeningen og staten. Ideelt sett er det også behov for data om behandlingsresultat knyttet til konkrete målinger og knyttet til behandling og utredning, i tillegg til pasientrapporterte opplysninger (PROMS/PREMS). Det er behov for videre utredning om hvordan denne type data kan hentes fra allmennleger på en måte som ikke gir unødig høy rapporteringsbyrde for den enkelte allmennlege.

Videre er det foreslått at KPR skal fungere som en sentral datakilde for kvalitetssystemet. Dette er i tråd med KPR sitt formål og dermed forankret juridisk. KPR vil de kunne fungere som en datakilde slik at den enkelte allmennlege kan se egen praksis i forhold til andre allmennleger i kommuner, fylker, helsefelleskap, helseregioner og på nasjonalt nivå. Videre vil også lagring av kvalitetsdata i KPR gjøre data tilgjengelig for sentral styring og planlegging, samt forskning og analyser til andre formål i råd med KPR-forskriften.

Ideelt sett bør det også etableres tekniske løsninger som integrerer kvalitetssystemet med elektronisk pasientjournal, slik at allmennlegene kan bruke egen journal som elektronisk verktøy i eget kvalitetsarbeid. Selv om en slik integrasjon vil gjøre data i KPR mer faglig relevant og nyttige for den enkelte allmennlege, er dette en oppgave som ikke kan løses av KPR alene.

2.4.4 Prosjekt allmennlegedata

Prosjekt allmennlegedata utvikler og tilgjengeliggjør relevant og aktuell statistikk innen allmennlegetjenesten. Arbeidet har som formål å gi fastleger, kommuner og nasjonale myndigheter relevant statistikk for allmennlegetjenesten for kvalitetsforbedring, planlegging og styring.

Det er publisert 15 offentlige statistikker under "Statistikk om allmennlegetjenester" på helsedirektoratet.no basert på data fra KPR. En påloggingsløsning for fastleger er i pilotfase og nærmer seg lansering. Denne påloggingsløsningen vil fungere som et verktøy for fastlegene som gir tilgang til oversikter over egne innsendte data til sammenligning med anonyme data fra kommuner, fylker eller landsbasis. Statistikkene viser utviklingsgrafer og nøkkeltall for takster sett i sammenheng med pasientene og vil i første omgang basere seg på data fra KPR. En utvidelse til å inkludere FLO-data for mer treffsikre tall over fastlegens listepasienter kommer i trinn to. Disse statistikkene vil bidra til å skape refleksjon og diskusjon rundt egen praksis og kan slik bidra til å drive kvalitetsutviklingsarbeid. Da statistikkene er uavhengig av journalsystem vil dataene være tilgjengelig for alle fastleger uavhengig av valgt EPJ-leverandør. En påloggingsløsning for kommunalt nivå er under planlegging. Det vil fremover jobbes med å videreutvikle løsningen med mer innhold fra FLO og sammenstilt med NPR.

Statistikkene som er publisert på helsedirektoratet.no hadde over 4200 visninger til sammen, fordelt på ca. 2300 brukere, i første kvartal 2022. Tilbakemeldinger fra fastleger som deltar i pilot av påloggingsløsning er at innholdet er nyttig og godt.

Fotnoter

[27] Jf. kvalitetsdimensjonene i "Kvalitetsstrategien – Og bedre skal det bli...!", Helse- og sosialdepartementet 2005: trygge og sikre; samordnet og preget av kontinuitet, involverer bruker, tilgjengelige og rettferdig fordelt, god ressursutnyttelse, virkningsfulle. I 2021 og halvveis ut i 2022 har det vært fokus på "samordnet og preget av kontinuitet" og "trygge og sikre". I 2022-2023 vil stå dessuten dimensjonene "involvere bruker" og "tilgjengelige og rettferdig fordelt" i fokus. I 2023 og 2024 vil det utredes mulige indikatorer innenfor dimensjonene "utnytter ressursene godt" og "virkningsfulle".

[28] [Allmennlegetjenesten - Helsedirektoratet](#)

[29] Faggruppen hadde faglig leder fra Folkehelseinstituttet (FHI) og medlemmer fra Norsk forening for allmennmedisin, Legemiddelverket, FHI, UiO, NTNU, fagmiljøer i Helsedirektoratet og en kommuneoverlege.

[30] Kvalitetsindikatorer i allmennlegetjenesten i et utvalg land: en kartleggingsoversikt, Folkehelseinstituttet, Norman RM, Danielsen K.

[31] Jf. Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens.

2.5

Bedre faglig praksis basert på forskning og tilgjengelig kunnskap

Et viktig ledd i å oppnå god kvalitet til alle er å styrke satsningen på det systematiske arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Mangel på tid og tilrettelegging for arbeid med kvalitetsforbedring, er en av flere faktorer som påvirker tjenestens evne til å utøve beste praksis og sikre at alle innbyggere til enhver tid får beste tilgjengelig helse og omsorgstjenester.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å vurdere hvordan det kan etableres et nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjenesten i kommunen. Oppdraget innebærer å identifisere hva som må til for at det kan jobbes mer strategisk og systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Utredningen gjennomført av Helsedirektoratet i samarbeid med relevante aktører i tjenesten, skisserer innretningen av nasjonalt system som skal understøtte kvalitetsforbedring i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, deriblant allmennlegetjenesten[32]. Det løftes 7 tiltak som skal bidra til å styrke dette systemet. Disse tiltakene er nå til vurdering hos Helse- og omsorgsdepartementet. Noen av tiltakene knytter seg til behovet for mer praktisk tilrettelegging via tilgang til veiledende materiell og støtte relevant for kvalitetsforbedring. Disse tiltakene må derfor sees i sammenheng med oppdraget om å utarbeide veileder for systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet som har blitt satt på vente i påvente av resultater fra utredningen.

Flere av utfordringene identifisert i utredningen knytter seg til rammebetingelser, og tiltakene i både målområde en og to vil få stor betydning for evne til å jobbe med systematisk med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Av særlig betydning her, er tiltak som retter seg mot å redusere arbeidsbelastning og frigjøre tid. På samme måte vil tiltak knyttet til helhet og kvalitet i spesialistutdanningen, ha betydning for en styrket kompetanse knyttet til kvalitetsforbedring. Denne kompetansen sammen med helse- og omsorgsfaglig kompetanse, er nødvendig for kontinuerlig forbedring og utvikling av tjenestene. Helsedirektoratet på bakgrunn av oppdrag, jobber sammen med Legeforeningens spesialitetskomite med å gjøre kvalitetsarbeid tellende for etterutdanningen for spesialister i allmennmedisin, og følger med på kvaliteten i spesialistutdanningen i allmennmedisin som gjelder læringsmål om kvalitet og pasientsikkerhet.

Et nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet avhenger av god tilgang til informasjon om kvalitet i tjenesten. En satsning på systematisk arbeid med kvalitetsforbedring er derfor avhengig av utvikling og tilgjengeliggjøring av informasjon som beskrevet i kapitelet om bedre kunnskap om kvalitet i tjenestene over. Det jobbes løpende med å sikre at disse tiltakene ivaretar behov knyttet til arbeid med pasientsikkerhet og systematisk kvalitetsforbedring.

Fotnoter

[1] Helsedirektoratet: Nasjonalt system for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring i allmennlegetjenesten. 2022 (ikke publisert)

2.6

Introduksjonsavtaler

En viktig forutsetning for god faglig praksis, er at allmennleger er spesialister på allmennmedisin. Dette sammen med kontinuerlig læring og faglig oppdateringer viktig for å sikre god kvalitet for innbyggere. Tiltak 10 i handlingsplanen handler om å innføre introduksjonsavtaler. Dette tiltaket må ses i sammenheng med andre tiltak knyttet til økte muligheter for kompetanseheving og kvalitetsutvikling for allmennleger som er løftet fram i delområde 1.

Introduksjonsavtaler gir leger i spesialisering i allmennmedisin mulighet til å arbeide samtidig med fastlegen som har listeansvar og likevel få rett til trygderefusjon. I praksis går det ut på at det kommer en ekstra lege inn på et fastlegekontor, og legen kan gjøre konsultasjoner på fastlegenes lister.

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 allmennmedisin. Introduksjonsavtaler vil gjøre det enklere å gjennomføre spesialiseringen. Introduksjonsavtaler kan også benyttes for å bedre rekruttering til allmennlegetjenesten. Tilleggseffekter vil være å bidra til stabilisering i fastlegeordningen og bidra til økt kvalitet i legetjenestene.

Introduksjonsavtaler ble lyst ut med søknadsfrist 15. mars 2022. Helsedirektoratet kan fordele 65 avtaler. Vi mottok søknader fra 34 kommuner som ønsket seg til sammen 91 avtaler. Status per 4. mai er at alle søknader er vurdert, og det er sendt ut vedtak i halvparten av sakene. Siden ingen av introduksjonsavtalene er startet opp, er det ikke mulig å si noe om effekten av tiltaket ennå.

Det er estimert at hver introduksjonsavtale i snitt vil innebære en økt kostnad for folketrygden på 0,5 mill kroner. Helsedirektoratet har i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å følge med på utviklingen av kostnader i inneværende år for å se hva de faktiske kostnadene blir.

Fremtiden er teambasert - målområde 3

3.1

Beskrivelse av målområde 3

Det overordnede målet for dette målområdet er å skape et bredere og mer sammenhengende helse- og omsorgstilbud til innbyggerne.

Det skal legges til rette for en faglig riktig og god oppgaveløsning, og arbeidsdeling mellom leger og annet personell på legekantoret. Tjenesten skal særlig settes bedre i stand til å møte brukere med kronisk sykdom og sammensatte behov. For disse brukerne er det viktig med en allmennlegetjeneste der ulike faggrupper samarbeider godt og utnytter potensialet som ligger i deres komplementære kompetanse for å møte brukernes helseutfordringer og behov. Dette er også en viktig lederoppgave for allmennlegene i en teambasert virksomhet.

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

Et teambasert fastlekantor skal ha handlingsrom for god styring og ledelse. For å møte morgendagens utfordringer, er det nødvendig at legene arbeidsdeler mer og samarbeider mer med andre om oppgavene til det beste for innbyggerne.

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

Fem av handlingsplanens 17 tiltak er knyttet til målområdet:

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

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

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

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

3.2

Status for målområde 3

Siden fastlegeordningen ble innført har kravene til allmennlegetjenesten og fastlegene endret seg. Det blir stadig flere brukere med omfattende behov og innbyggerne lever lengre med sine sykdommer.

Brukerne har behov for at tjenestene deler informasjon og samhandler mer og bedre. For å lykkes må organisering tilpasses, tjenestene integreres bedre og samhandlingen med pasientene må nyttiggjøre seg av muligheter i nye verktøy og digitale samhandlingsplattformer. Det er iverksatt flere tiltak under målområdet.

En rekke prosjekter og piloter er igangsatt, noen pågår og noen er avsluttet. Mange av prosjektene vil ha innvirkning på flere av målområdets effektmål. Erfaringer og gjennomførte evalueringer gir sammen med evalueringsrapporten fra Oslo Economics og Universitetet i Oslo rom for å omtale effekter av tiltakene. Samtidig er arbeidet innenfor målområdet komplekst og sammensatt, og det vil ta tid før samlede effekter kan sees. Helsedirektoratet har derfor per nå begrenset med data for målområde 3.

Mer teambasert arbeid og tverrfaglighet

Tiltakene i målområde 3 skal gjøre allmennlegetjenesten mer teambasert. Oslo Economics og Universitetet i Oslo peker i sin evalueringsrapport på at antall legekantor over lang tid har vist nedadgående trend mens antallet fastleger ved hvert kontor har økt. At fastlekantorer vokser i størrelse er en ønsket utvikling som kan understøtte målet om teambasert arbeid og tverrfaglighet.

Evalueringen av utprøvingen av primærhelseteam som gjennomføres av Universitetet i Oslo, Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin, viser at 14 prosent av listeinnbyggerne har hatt kontakt med primærhelseteam frem til 30.06.21. Dette er i samsvar med beregninger i forkant av prosjektet. Kontakt med sykepleier i teamet kommer i tillegg til kontakt med fastlege. Fastlegene vurderer at pasienter med KOLS og diabetes så langt har hatt mest utbytte av den nye arbeidsformen. Pasienter opplever en betydelig forandring i oppfølgingen konkretisert til mer tid, mer helhet og mer tilgjengelighet. Sykepleieren oppleves som et bindeledd som styrker relasjonen til fastlegen og styrker pasient og pårørendes posisjon overfor hjemmetjenesten. Dette erstatter imidlertid ikke en-til-en relasjon mellom lege og pasient, som er en forutsetning for at primærhelseteamet fungerer[33].

Erfaringene fra pilotkontorene viser så langt at de fleste opplever å jobbe som et team og at legene trives med lederrollen. Legekantorene har en mer proaktiv arbeidsform enn før. Primærhelseteam har bidratt positivt til arbeidstilfredsheten, og gjør legekantorene mer tilgjengelig for andre kommunale tjenester. Primærhelseteam oppleves nyttig for pasientene bl.a. ved at de med omfattende behov får raskere tilgang til fastlegen og får ofte mer omfattende tjenester enn før.

Piloten for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam har pågått siden 2018. Piloten er kompleks med mange aktører og bred brukerguppe. Krevende kommunesammenslåinger og pandemi har skapt ytterligere utfordringer for piloten. Det er besluttet at både pilot og evaluering forlenges.

Tilstedeværende og tydelig ledelse av fastlegekontoret

Gjennom tiltakene i handlingsplanen legges det til rette for bedre ledelse ved fastlegekontor og i allmennlegetjenesten i kommunene. Den nasjonale lederutdanningen for primærhelsetjenesten er styrket og antall plasser øremerket leger i kommunale helse- og omsorgstjeneste er økt. Evalueringen viser at utdanningen har hatt stor positiv betydning for deltakernes lederrolle.

Ny nettbasert lederutdanning for allmennleger er etablert og skal bidra til at flere leger gis mulighet til lederutdanning. Erfaringene så langt tyder på at flere av deltakerne, velger å søke seg videre til Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten.

Velfungerende digitale plattformer, og verktøy i kommunikasjon og pasientoppfølging

Bruken av kjernejournal, elektronisk meldingsutveksling, e-resept og nettsiden Helsenorge.no er stadig økende, og er nå godt etablert i helsesektoren. Samtidig fortsetter arbeidet med digitalisering og integrering av journalløsninger og samhandlingsplattformer i regi av direktoratet for e-helse og NHN.

Antall og andel e-konsultasjoner hos fastleger (inklusive telefonkonsultasjoner) har, antagelig godt hjulpet av pandemien, økt kraftig. I tråd med handlingsplanens intensjon kan det synes som om det er en dreining mot mer elektronisk kontakt med fastlegen enn tidligere.

Triagering ved legekontor er ment å være et verktøy som skal bidra til å sortere og prioritere henvendelsene til fastlegekontoret. Erfaringene så langt tyder på at en triageringsløsning kan være et verktøy som kan bidra til tidsbesparelser for fastleger og som ved riktig bruk også vil kunne øke kvaliteten for pasientene. Basert på erfaringene så langt er samlet tidsbesparelse for hver fastlege estimert til 8,5% stillingsressurs, tilsvarende dvs. 147 timer per år, men det er for tidlig å si noe om realiseringen av forventede effekter.

Det knytter seg også store forventninger til utprøvingen av digitale behandlings og egenbehandlingsplaner som skal skje i 2022/2023. Det er for tidlig å si noe om hvilke gevinster verktøyet vil gi.

Tettere integrasjon og samarbeid med andre deler av helsetjenesten, kommunale omsorgstjenester og øvrige sektorer

Flere initiativer og prosjekter forventes å bidra til å bedre samarbeidet på tvers av tjenester. I evalueringen av det nasjonale prosjektet Digital hjemmeoppfølging gjennomført i mars 2021 rapporterer helsepersonell at samhandling mellom aktørene er blitt bedre. Digital hjemmeoppfølging og pilot primærhelseteam

planlegges videre utbredt i 2022. Det jobbes i parallell videre med å kartlegge hvilken informasjon fastleger og spesialisthelsetjenesten har behov for ved samhandling om felles pasienter, og hvordan informasjonen kan tilgjengeliggjøres digitalt.

I 2021 samarbeidet legeforeningen og KS om anbefalinger for fastlegenes oppnevning, rolle og honorering i helsefellesskapene. Det er utarbeidet en veileder og det er etablert et nettverk for erfaringsdeling for helsefellesskapene.

Helseplattformen, som har oppstart i Trondheim kommune i mai 2022 skal bidra til bedre kvalitet i pasientbehandlingen, ved at helsepersonell gjennom bruk av nasjonale løsninger enklere kan samhandle digitalt.

Fotnoter

[33] [Evaluering av primærhelseteam - Sluttrapport og statusrapporter - Helsedirektoratet](#)

3.3

Mer teambasert arbeid og tverrfaglighet

3.3.1 Primærhelseteam

Pilotprosjektet med primærhelseteam har som mål å bidra til en organisering og finansiering av tverrfaglig teamorganisering i fastlegekontor som gir bedre tjenester til de pasientene som trenger det mest. Dette er fortrinnsvis pasienter med store og sammensatte behov eller kroniske sykdommer. Pilotprosjektet startet i 2018 med 13 fastlegekontor, og ble i 2020 utvidet med 4 nye legekontor slik at det nå omfatter 17 fastlegekontor i 9 kommuner i forskjellige deler av landet, og hvorav Oslo har med 3 bydeler. Primærhelseteam i fastlegepraksiser består av fastlege, sykepleier og helsesekretær. Det prøves ut to ulike finansieringsmodeller av organisering og pasientbehandling.; honorarmodellen og driftstilskuddsmodellen.

Effektmålene for prosjektet er:

- Bedret helse og mestringsevne hos pasientene
- Økt pasienttilfredshet
- Pasientopplevd bedre samhandling og koordinering av tjenester
- Betre samhandling mellom fastlege/primærhelseteam og andre tjenester både kommunale og spesialisthelsetjenester
- Forsinkelse i behov for omfattende omsorgstjenester
- Samfunnsøkonomisk bærekraftig modell

Prosjektet skal gjennomføres tom. 31.03.23, men i vedtatt statsbudsjett for 2022 er det fastslått at deltakerne kan få fortsette med denne organiseringen og de aktuelle finansieringsmodellene til ny finansieringsordning er vedtatt.

I januar 2022 ble det arrangert en vellykket erfaringskonferanse om primærhelseteam, der deltakerne i legekantor og kommuner delte sine erfaringer. Flere legekantor og kommuner har etter konferansen meldt interesse for å endre organiseringen til primærhelseteam.

I statsbudsjettet for 2022 er det avsatt 12 mill. kr til implementering og finansiering av primærhelseteam i nye fastlegekontor. Helsedirektoratet har beregnet at dette vil gi en utvidelse med ca. 40 nye fastleger. Det er utarbeidet regelverk for ny tilskuddsordning for videre utbredelse som er til godkjenning hos Helse- og omsorgsdepartementet. Det er også levert konkrete forslag til endringer i de to finansieringsmodellene og justeringer i prosjektet som helhet.

Det leveres årlige statusrapporter fra evaluator, og det er levert en sluttrapport for perioden 2018-2021. Det vil også bli levert evalueringsrapporter i 2022 og 2023. Til tross for at pandemien har påvirket driften og forsinket utviklingsarbeidet i pilotkontorene i 2021, konkluderer evalueringsrapporten med at mange av effektmålene er nådd og den samfunnsøkonomiske analysen viser et positivt resultat. Det vises til at informasjonsgrunnlaget tyder på at primærhelseteam bidrar til bedre kvalitet i oppfølgingen av pasienter i målgruppen. Pasientene mestrer bedre både egen helsetilstand og livssituasjon. Pasienter og pårørende opplever økt tilgjengelighet til helsetjenester, og at tilgjengelighet har blitt skapt på andre måter enn gjennom tradisjonelle konsultasjoner med fastlegen. Dette har samlet potensial til å forsinke eller redusere behov for omfattende helsetjenester. Det pekes videre på at for at primærhelseteam skal være samfunnsøkonomisk lønnsomt er det viktig at legekantoret utvikler teamarbeidet, og klarer å involvere sykepleieren og helsesekretæren på en god måte. Fortsatt er imidlertid evalueringen lite konkret i forhold til resultat knyttet til de to finansieringsmodellene[34].

Det er mange positive erfaringer fra de enkelte legekantorene med primærhelseteam relatert til ulike pasientgrupper og arbeidsformer. Selve modellen ser ut til å motivere for utvikling av nye arbeidsmetoder i som bidrar til bedre oppfølging av pasienter som enkeltindivider eller gruppe og kvalitetsutvikling i det enkelte legekantor.

Fem av legekantorene med primærhelseteam har også digital hjemmeoppfølging, og har positive erfaringer med dette i kombinasjon med primærhelseteam. Ett av legekantorene deltar i prosjektet med strukturert, tverrfaglig oppfølgingsteam.

3.3.2 Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam

Piloten for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam startet høsten 2018 og skulle opprinnelig avsluttes i 2021. Piloten er nå utvidet med to år, ut 2023. Målgruppen er brukere med store og sammensatte behov, uavhengig av diagnose.

Effektmål for pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam er:

- Bedre resultat for pasienten, gitt pasientens egne mål
- Bedre funksjon for pasienten (målt ved funksjonsmål) og bedre egenmestring
- Bedre pasientopplevd kvalitet
- Å forebygge og/eller utsette behovet for kommunale helse- og omsorgstjenester
- Å redusere antall unødvendige sykehusinnleggelser.

Et viktig element i piloten er i tillegg å prøve ut et nytt elektronisk verktøy for risikokartlegging. Dette skal brukes til tidlig identifisering av brukere med store og sammensatte behov med risiko for framtidig sykehusinnleggelse og risiko for økt behov for kommunale helse- og omsorgstjenester.

Oppfølgingsteam er ikke et team med faste ansatte, men settes sammen av de som til enhver tid følger opp pasient/bruker. Veileder for oppfølging av personer med store og sammensatte behov legges til grunn for arbeidet i pilot[35].

Kriterier for måloppnåelse i pilotkommunene:

- Bruk og tilpassing av rammeverk/tjenestemodell for oppfølgingsteam i kommunene
- Implementering av strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam som en arbeidsform på tvers av virksomheter, sektorer og nivå i kommunene.
- Oppfølgingsteam er en arbeidsform som tilpasses alle brukergrupper, uansett diagnose og alder.
- Pasienter/brukere deltar aktivt i utforming av sine tjenester, og pårørende involveres i den utstrekning pasient/bruker samtykker til dette.
- Metode for "Hva er viktig for deg" legges til grunn
- Funksjon og egenmestring måles ved bruk av PSFS og IPLOS
- Aktørene i piloten har rutiner for tidlig identifisering og samhandling om brukere med risiko for helse og funksjonsfall, herunder bruk av verktøy for risikokartlegging benyttes av fastleger i kommunen.

Piloten er kompleks med mange aktører og bred brukergruppe. På grunn av både krevende kommunesammenslåinger og pandemi ble det besluttet å forlenge piloten ut 2023. Fire kommuner søkte om å delta i forlengelsen og det er utløst opsjon med Sintef om forlengelse av evalueringsoppdraget[36].

Fotnoter

[34] [Evaluering av primærhelseteam - Sluttrapport og statusrapporter - Helsedirektoratet](#)

[35] Nasjonal veileder: Oppfølging av personer med store og sammensatte behov

[36] Evalueringsrapport fra perioden 2018 -2021

<https://www.sintef.no/prosjekter/2018/evaluering-av-forsok-med-strukturert-tverrfaglig-oppfolgingsteam/>

3.4

Styrket lederkompetanse i allmennlegetjenesten

Systematisk, god og trygg ledelse i og av allmennlegetjenesten i kommunen er viktig for å møte dagens utfordringer, og for å sikre kvalitet i tjenestene og en effektiv ressursutnyttelse.

3.4.1 Nasjonal lederutdanning i primærhelsetjenesten

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten ble etablert i 2015 og var et tiltak i Kompetanseløft 2020. Lederutdanningen har vært et tilbud ved Handelshøyskolen BI i perioden 2015–2021. Utdanningen ble videreført i 2021 i ny planperiode for Kompetanseløft 2025 og gjennom ny avtale med BI. Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten har hatt mellomledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten som målgruppe. Utdanningen har som mål å nå ledere fra ulike profesjoner og tjenesteområder for å bidra til mer læring, bedre kommunikasjon og økt

tverrfaglighet på tvers i helsesektoren. Det er gode søkertall til studiet og høy tilfredshet blant deltakerne. Den eksterne evalueringen gjennomført av Rambøll Consulting AS viser at utdanningen i stor grad har svart til forventningene. Ifølge evaluator har utdanningen hatt stor betydning og har bidratt til positive endringer i deltakernes lederrolle. De fremhever særskilt at lederne har håndtert krysspress som sektoren står i på en bedre måte enn før. Samlet har 1296 ledere gjennomført utdanningen i perioden 2015 til våren 2022. Gjennom Handlingsplanen for allmennlegetjenesten har regjeringen forpliktet seg til å styrke ledelsen i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste i kommunene. I 2022 følges dette opp gjennom økt bevilgning med 5. mill. til Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten for å utvide antall plasser øremerket for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester. Kommuneoverleger og ledere av teambaserte praksiser/gruppepraksiser skal prioriteres.

Første opptak for leger i kommunale helse- og omsorgstjenester er høsten 2022 og det er våren 2022 registrert ca. 30 søkere for opptak til høsten. Evalueringen vil fortsette med både en underveisrapport og en sluttrapport. Utdanningen er omfattende, med 30 studiepoeng, og krever et relativt stort fravær fra praksis.

3.4.2 Nettbasert lederutdanning for allmennleger

Det er utviklet en kortere digital lederutdanning rettet mot ledere av primærhelseteam, gruppepraksiser og for øvrige fastleger. Handelshøyskolen BI har oppdraget med å gjennomføre utdanningen som gir 5 studiepoeng. Kurset er godkjent av Den norske Legeforening med til sammen 60 kurspoeng for videre- og etterutdanning. Grunnprinsippene for utdanningen er de samme som i Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten og det er i 2022 avsatt 3,5 mill. kroner til utdanningen. Bevilgningen skal i tillegg til studiet også dekke følgeevalueringen.

En pilotklasse med 30 studenter har i perioden januar 2022 – juni 2022 gjennomført studiet. De som har deltatt er fornøyd og har i en evaluering meldt at kurset har stått til forventningene. Et av målene med nettbasert lederutdanning er å inspirere deltakerne til å søke seg videre til Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten, noe det kan se ut til at flere gjør. Digital lederutdanning rekrutterer nå allmennleger for å starte høsten 2022. Endelig opptak er foreløpig ikke gjennomført. Rambøll Consulting AS er i gang med evaluering av studiet og rapport vil foreligge høsten 2022.

3.5

Digitale løsninger for pasientoppfølging og samhandling

Digitalisering muliggjør nye måter å jobbe på, og kan bidra til bedret kvalitet og pasientsikkerhet. Arbeidet med digitaliseringstiltak fortsetter i tett samarbeid med Direktoratet for e-helse og Norsk Helsenett som sentrale aktører. Igangsatte prosjekter som er spesielt relevante å trekke fram for allmennlegetjenesten er beskrevet i dette kapittelet.

3.5.1 Pilot digital triagering på fastlegekontor

I tildelingsbrev for 2022 fra Helse- og omsorgsdepartementet fikk Helsedirektoratet tildelt 5 mill. kr til pilotering av et digitalt triageringsverktøy på utvalgte legekantor. Triageringsverktøyet som prøves ut kan bidra til å sortere og prioritere alle digitale henvendelser til fastlegekontoret. Utprøvingen gjennomføres i tett samarbeid med Norsk Helsenett og Direktoratet for e-helse.

Økt digitalisering av tjenestene bidrar til at innbyggerne kan bestille og igangsette konsultasjoner uten å være i dialog med fastlegen eller fastlegens medarbeider. Det kan være vanskelig å velge riktig konsultasjonsform, og feil valg kan få uheldige konsekvenser for innbygger. E-konsultasjon som kombineres med digital triage kan bidra til at innbyggerne tilbys helsetjenester på riktig nivå. Det kan også gi avlastning og bidra til bedre ressursbruk for både helsepersonell og pasienter.

Pilot digital triagering ble startet opp i november 2021 ved fire legekantorer med i alt 30 fastleger. Det er gjennomført et betydelig arbeid for å utvikle løsningen og integrere triageringsverktøyet i Helsenorge plattformen. Det er også gjort justeringer av det medisinskfaglige innholdet i løsningen, for å tilpasse det til norske forhold. Det er så langt gode tilbakemeldinger på spørreskjemaet som innbyggere fyller ut før time på legekantoret, og erfaringer så langt er at både innbygger og fastlege er bedre forberedt før legetimen.

Forbedringer i triageringsløsningen gjøres løpende, etter tilbakemelding og behov fra legekantorene. Det er etter oppstart av piloten laget regelsett for 16 av de 300 spørreskjemaene, slik at pasientene får konkret anbefaling om type time de skal bestille (for eksempel fysisk konsultasjon, videokonsultasjon eller e-konsultasjon). Det er også utarbeidet 2 nye spørreskjemaer for oppfølging av sykemelding og oppfølging av kjent tilstand.

Piloten følgeevalueres av Menon Economics som gjennomførte en nullpunktsmåling ved legekantorene i januar 2022. I mai 2022 skal det utarbeides en midtveisevaluering, med foreløpige funn, og i januar 2023 skal evalueringen av piloten publiseres. I tillegg til evalueringen har Helsedirektoratet og Norsk Helsenett tilgang på statistikk fra den eksterne leverandøren av verktøyet (Doctrin).

3.5.2 Digital behandling- og egenbehandlingsplan

Det har over lengre tid vært behov for en mer strukturert tilnærming for å legge opp behandlingsløp for en rekke pasienter, og for mer koordinering og informasjonsdeling på tvers av hele helse- og omsorgstjenesten. Også i pilotprosjektene Primærhelseteam og Digital hjemmeoppfølging er det identifisert behov for maler for behandlingsplaner, samt teknologi som understøtter deling av innholdet i slike planer.

Digital behandlings- og egenbehandlingsplan (DBEP) er et prosjekt som eies av Helsedirektoratet og som gjennomføres i tett samarbeid med Norsk helsenett og Direktoratet for e-helse. Verktøyet DBEP skal muliggjøre informasjonsdeling og forenkle samarbeid rundt behandlings- og egenbehandlingsplaner i sektoren, primært mellom sykehus, fastleger og pleie- og omsorgstjenesten. Videre skal det benyttes av pasienter og gi bedre oversikt over egne behandlingsforløp.

Utviklingen av den tekniske løsningen er i gang. Det er gjennomført innsiktsrunde med helsepersonell og pasienter, for å få innspill og etablere en så god minimumsversjon som mulig. Det planlegges utprøving fra høsten 2022 til våren 2023. Utprøvingen skal gjennomføres i samarbeid med Helse nord RHF, Bodø, Tromsø, Alta og Rana kommune.

3.5.3 Digital hjemmeoppfølging

Utpøving av digital hjemmeoppfølging (DHO) var et utviklingsprosjekt som ble fulgt med forskning organisert som en randomisert kontrollert studie (2018 – 2021). Rapport fra forskningen og sluttrapport fra det nasjonale prosjektet ble publisert i mars 2021[37]. Nasjonale faglige råd for digital hjemmeoppfølging kommer på høring i mai 2022. Etter oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet starter utbredelse av digital hjemmeoppfølging fra 2022. Utbredelsen skal gjennomføres i et samarbeid mellom kommuner, herunder fastleger og helseforetak, koordinert gjennom samarbeidsavtaler innen helsefelleskap.

Evaluerings av utpøvingen viser at kronisk syke pasienter som fikk digital hjemmeoppfølging opplever økt trygghet og mestring av egen sykdom og bedre helse og livskvalitet. Dødeligheten er også lavere enn i kontrollgruppen. Evalueringen viser videre lavere forbruk av helsetjenester i hjemmet i forhold til kontrollgruppen etter 12 måneder. Dette gjelder også de som hadde helsetjenester i hjemmet i utgangspunktet. Pasientene hadde noe mer kontakt med fastlegen, som i hovedsak skyldes deltakelse i tverrfaglige møter for etablering av egenbehandlingsplan. Helsepersonell rapporterer at samhandling mellom aktørene er blitt bedre. Forskernes oppsummering er at digital hjemmeoppfølging trolig vil kunne bidra til en bærekraftig helsetjeneste, forutsatt at kostandene holdes lave og at tilbudet rettes til de pasientene som har størst nytte av det.

Fastleger som har hatt flere pasienter med DHO opplever at det bidrar til bedre kommunikasjon da pasientene forstår mer av sin sykdom og bedre kan formidle egen sykdomsstatus. Dette gir mer effektive konsultasjoner. DHO bidrar til god kvalitet i samhandling mellom fastlege, pasient og hjemmetjeneste gjennom egenbehandlingsplan, som bidrar til struktur i behandlingsplan og grunnlag for bedre etterlevelse hos pasienten. Oppfølgingshyppighet lar seg lettere oppskalere og nedskalere fordi oppfølgningen fra tjenesten er godt strukturert, lett tilgjengelig og kommuniserer endring i pasientens behov presist og objektivt.

Erfaring fra utpøvingen tilsier at det er viktig å involvere fastleger i prosessen fra oppstart, avklare kommunikasjonskanaler og informasjonsflyt og at emnekurs er positivt. I samarbeid med direktoratet for e-helse og lokale prosjekter jobbes det nå med å se på hvilken informasjon fastleger og spesialisthelsetjenesten har behov for når man samhandler om felles pasienter i DHO, og hvordan informasjon kan tilgjengeliggjøres digitalt i egen arbeidsflate for å sikre mer effektiv arbeidsflyt.

3.5.4 Én innbygger – én journal

Målsetningen om Én innbygger – én journal skal løses gjennom å modernisere journalløsningene, samt skape samhandling mellom disse gjennom program digital samhandling. Modernisering av journalsystemene og tilhørende samhandlingsløsninger er et sentralt digitaliseringstiltak i Nasjonal helse- og sykehusplan. Dette vil gi store gevinster for pasientbehandlingen, og gi helsepersonell tilgang til nødvendig og relevant informasjon uavhengig av hvor pasienten har fått behandling tidligere. Når journalene lagrer utvalgte opplysninger om pasienten på en strukturert og standardisert måte, gir det blant annet rom for å lage avanserte beslutningsstøtteverktøy. Modernisering av journalløsningene innebærer gjennomføring av tre strategiske tiltak: felles journalløsning i helseregion Midt-Norge (Helseplattformen), samordnet utvikling av de øvrige regionale helseforetakenes journalløsninger, og felles journalløsning for kommuner utenfor helseregion Midt-Norge. Disse tiltakene understøttes av samhandlingsløsninger, både etablerte og nye nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter.

3.5.5 Helseplattformen og samordning av journalløsninger

Prosjektet Helseplattformen har som mål å innføre en ny, felles pasientjournal i helseregion Midt-Norge. Det er første gang det blir etablert en felles journalløsning for sykehus, avtalespesialister, kommuner og fastleger.

Regjeringen har besluttet at Helseplattformen skal gjennomføres som et regionalt utprøvningsprosjekt for det anbefalte nasjonale målbildet Én innbygger – én journal. Helseplattformen innføres gradvis i regionen, med Trondheim kommune som første aktør i mai 2022. Videre innføring vil skje stegvis, med St. Olav hospital, Helse Nord-Trøndelag og deretter Helse Møre og Romsdal HF. Innføring i kommuner planlegges i parallell og i etterkant av sykehusene. Alle kommuner i regionen har opsjon på å slutte seg til journalløsningen, og et flertall av kommunene har vedtak på å utløse opsjonen. I 2022 preges arbeidet av forberedelser og opplæring i organisasjonene, samt stabilisering etter første produksjonssetting.

I Helse Nord RHF, Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF pågår et langsiktig arbeid med å videreutvikle og samordne eksisterende journalsystemer. Modernisering av journalløsningene vil bidra til bedre kvalitet i pasientbehandlingen og skal gjøre det enklere å ta i bruk nasjonale løsninger for digital samhandling, slik at helsepersonell får tilgang til nødvendig og relevant informasjon uavhengig av hvor pasienten har fått behandling tidligere. I 2022 har regionene fått i oppdrag å rapportere spesielt i regionenes felles plan på arbeidet med felles språk, pasientens legemiddelliste, digital samhandling (dokumentdeling via kjernejournal, utprøving av grensesnitt for deling av kritisk informasjon i kjernejournal og NILAR) og digital hjemmeoppfølging.

3.5.6 Felles kommunal journal

Det videre arbeidet med Felles kommunal journal blir gjennomført i et samarbeidsprosjekt under ledelse av kommunesektoren. Felles kommunal journal vil tilrettelegge for en stegvis utvikling av fremtidens journalløsninger for helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste utenfor helseregion Midt-Norge, der ulike løsninger spiller sammen, og der brukerflatene skal kunne tilpasses helsepersonells ulike behov. Prosjektet arbeider med å utarbeide et oppdatert styringsdokument. Styringsdokumentet inngår i et beslutningsunderlag for at et flertall av kommunene utenfor Midt-Norge, KS og Helse- og omsorgsdepartementet innen sommer 2023 slutter seg til en videreføring og realisering av løsninger som ivaretar behovet til kommunene.

3.5.7 Program digital samhandling

Det pågår en rekke digitaliseringstiltak på de nasjonale e-helseløsningene som kjernejournal, Helsenorger og e-resept, og det bygges felleskomponenter som for eksempel HelseID og grunndata. Dette vil bidra til å muliggjøre utveksling av dokumenter og data på en trygg og sikker måte mellom helsepersonell, mellom helsepersonell og innbyggere, og vil legge grunnlaget for gode løsninger for dialog og informasjonsflyt i pasientbehandlingen. Effektene av digitaliseringstiltakene vil ha stor betydning for målsetningene i handlingsplanen og det er både tiltak som er i ferd med å realiseres og noen som fortsatt ligger noe fram i tid.

Program digital samhandling ivaretar arbeidet med de nasjonale løsningene for samhandling for å få til god informasjonsflyt i helsetjenesten. De første områdene programmet har arbeidet med i 2021 har vært:

- Prosjekt Tillitstjenester, API-håndtering og grunndata (TAG) som skal sørge for tekniske forutsetninger for å dele data og dokumenter i større grad enn i dag. De første leveransene vil være knyttet til dokumentdeling gjennom kjernejournal for å støtte utbredelse av denne løsningen samt sikre at Helseplattformen kan ta i bruk nasjonale e-helseløsninger.

- Nasjonal database for lab- og røntgen (NILAR). NILAR skal bidra til at helsepersonell med tjenstlig behov skal kunne få tilgang til laboratorie- og radiologisvar selv om de ikke selv har vært rekvirent. Det ble i 2021 vedtatt i programmets sektorsammensatte programstyre å fokusere på tilgjengeliggjøring av prøvesvar for helsepersonell med plan om utprøving høsten 2022. NILAR vil bytte navn til Pasientens prøvesvar
- Direktoratet for e-helse samarbeider tett med Norsk helsenett SF som utvikler de nasjonale løsningene for TAG og NILAR.
- Program digital samhandling har også levert et sentralt styringsdokument som anbefaler at samhandlingsområdene det bør bevilges midler til fra 2023 er: videre arbeid med pasientens legemiddelliste, videre utbredelse av dokumentdeling der helsepersonell med tjenstlig behov kan lese utvalgte dokumenter fra andre virksomheter, innføring av API for kritisk informasjon slik at helsepersonell slipper å dobbeltføre denne type informasjon både i egen EPJ og kjernejournal samt å utvikle tekniske løsninger som legger til rette for videre utbredelse av digital hjemmeoppfølging. Styringsdokumentet vurderes våren 2022 av en ekstern kvalitetssikrer før ev bevilgning over statsbudsjettet for 2023. Arbeidet er et viktig skritt på veien til å gi innbyggere og helsepersonell i sykehus, kommuner og fastleger bedre mulighet til å utveksle informasjon digitalt i tillegg til bedre samhandling med andre statlige og kommunale tjenester.

3.5.8 EPJ-løftet

EPJ-løftet er et samarbeid mellom Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og Legeforeningen. Prosjektprotokoll og finansiering reetableres årlig i normaltarifforhandlingene. Prosjektet har til oppgave å bidra til kvalitetsheving av dagens pasientjournaler for legekantor. Prosjektet jobber brukernært, med egne fastleger som er oppnevnt av Norsk forening for allmennmedisin (NFA). EPJ-løftet involverer EPJ-systemleverandører, NHN og normerende standardiseringsmyndigheter i tidligfase i utvikling av konsepter. EPJ-løftet har spilt en viktig rolle under pandemien og bidratt til raskere innføring av tiltak som understøtter TISK og koronavaksinasjon.

I 2021 har EPJ-løftet blant annet arbeidet med Pasientens legemiddelliste (PLL), integrasjon og visning av ny forskrivningsmodul (SFM) i fastlegenes EPJ-systemer, strukturering av oppgaver i fastlegenes meldingsboks (Oppgavekontroll) og digital dialog mellom fastlege og pasient (DDFL) på helsenorge.no.

EPJ-løftet får løpende gjennom året innspill og henvendelser fra myndigheter, brukergrupper og behandlere om behov og digitale løsninger som bør utredes, realiseres og prioriteres for å forbedre samhandling, informasjonsflyt og effektivisere fastlegenes arbeidsflyt og tjenesteutøvelse. Digitaliseringsbehovene blir samlet og beskrevet av EPJ-løftets sekretariat i E-helse, og årlig prioritert av EPJ-løftets styringsgruppe.

3.5.9 Pasientens legemiddelliste (PLL)

Digitalisering av legemiddelområdet skal gi helsepersonell tilgang til riktig legemiddelinformasjon uavhengig av tid og sted, og legge til rette for at pasientsikkerheten kan ivaretas gjennom hele pasientforløpet. Pasientens legemiddelliste (PLL) er et sentralt tiltak for å realisere dette. I dag finnes det ikke én samlet oversikt over pasientens legemidler. Det medfører at helsepersonell bruker tid på å skaffe oversikt over hvilke legemidler pasienten bruker. Dette øker risikoen for feil. PLL er summen av ulike tiltak som til sammen skal gi en mer helhetlig og oppdatert oversikt. Tiltakene bygger videre på eksisterende nasjonale løsninger, som e-Multidose, reseptformidleren, kjernejournal og Helsenorge. Det er etablert en ny tjeneste for legemiddelforskrivning (sentral forskrivningsmodul). I tillegg til utvikling av tekniske løsninger både nasjonalt og lokalt på sykehus, kommuner og legekantor, innebærer arbeidet med pasientens

legemiddelliste en stor endring i helsepersonells arbeidsprosesser. Fastlegene vil ha en viktig rolle i arbeidet med å holde legemiddellisten oppdatert. Utprøving av PLL gjennomføres i Helse Vest RHF og Bergen i perioden 2021-23.

Fotnoter

[37] Helsedirektoratet (2021). Digital hjemmeoppfølging - Sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018 - 2021. Nasjonalt velferdsteknologiprogram. [Digital hjemmeoppfølging - sluttrapport fra nasjonal utprøving 2018-2021 - Helsedirektoratet](#)

Del 2 – Allmennlegetjenesten i tall 2021

Denne delen av rapporten sammenstiller statistikk og indikatorer basert på eksisterende datakilder for å gi et bilde av utviklingen i tjenesten. Det er tatt med oppdaterte tall per 1. kvartal 2022 der dette er tilgjengelig.

For å dekke helheten i Helsedirektoratets følge-med-ansvar for allmennlegetjenesten favner del 2 noe bredere enn handlingsplanens effektmål.

Del 2 starter med en beskrivelse av ressursinnsatsen i allmennlegetjenesten og gjør rede for kostnader og årsverk knyttet til tjenesten (kapittel 4 og 5).

Kapittel 6 gir informasjon om leger i spesialisering i allmennmedisin og tilskudd til ALIS-avtaler og veiledning.

Kapittel 7 er viet utviklingen i fastlegeordningen og ser på utvikling i fastleger, listelengde, ubesatte lister, ledig kapasitet og vikarbruk.

Kapittel 8 beskriver aktiviteten i fastlegetjenesten og legevakt. Aktivitet og befolkningens bruk av tjenestene beskrives, samt fastlegenes kontakt med andre instanser om pasientene.

Det pågår et arbeid med å definere og etablere flere nasjonale kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten. I kapittel 9 presenteres resultater for indikatorer som per i dag er etablert og som publiseres på Helsedirektoratets nettsider.

Praksiskonsulentavtaler skal bidra til bedre samhandling mellom allmennleger og sykehus, ved at allmennleger kan arbeide deltid ved sykehuset som konsulent eller ansatt. I kapittel 10 presenteres tall fra praksiskonsulentordningen.

Statistikkgrunnlaget er per i dag delvis mangelfullt og gir ikke alene et helhetlig bilde av utvikling og variasjon i ressursinnsats, aktivitet og kvalitet i allmennlegetjenesten.

Kostnader til allmennlegetjenesten

4.1

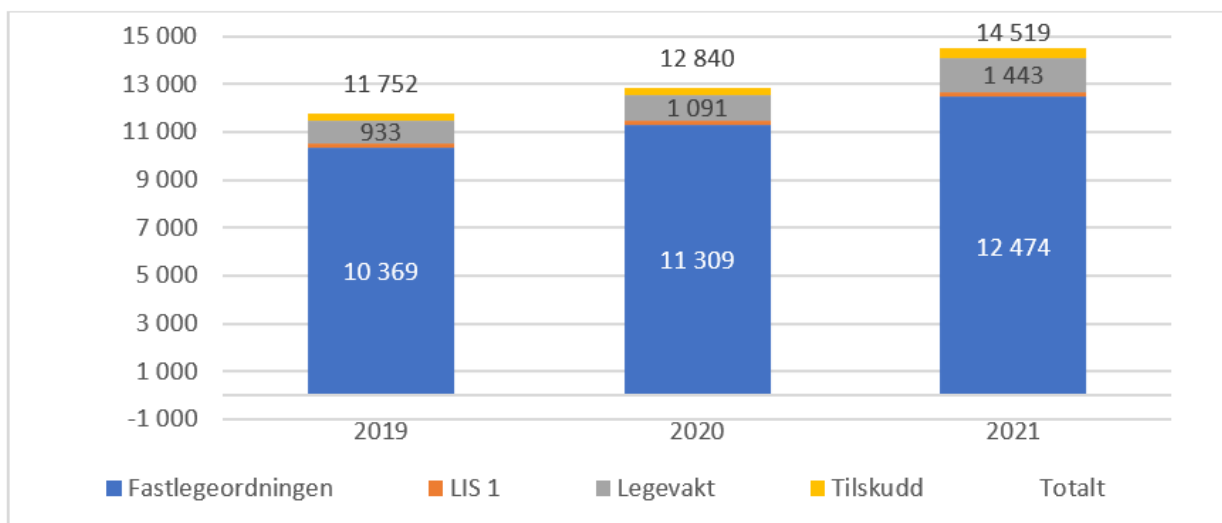
Totale kostnader for allmennlegetjenesten

Kostnader til allmennlegetjenesten omfatter kostnader til fastlegeordningen, legevakt og andre allmennlegetjenester i kommunene, inkludert sykehjem, helsestasjoner og skolehelsetjenester. Kostnadene som presenteres i dette kapittelet er basert på tilgjengelige kostnadsdata fra ulike registre, blant annet FLO og KUHR.

Tabellen og figuren nedenfor viser kostnader for allmennlegetjenesten basert på tilgjengelige registerdata. Beregnede kostnader for allmennlegetjenesten utgjorde 14,5 mrd. kroner i 2021. Sammenlignet med 2020 er dette en økning på 13,1 prosent. Hensyntatt lønn- og prisvekst[38] så var det en kostnadsøkning på 7,7 prosent fra 2020 til 2021. For kostnadsutvikling i faste priser, se vedlegg til Del 2.

Tabell 4.1. Kostnader for allmennlegetjenestene. Tall i mill. kroner, løpende priser

	Utgifter i løpende priser. Mill. kroner			Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2020-2021	2019-2021
Fastlegeordningen	10 369	11 309	12 474	10,3	20,3
LIS 1	189	175	202	16,0	7,2
Legevakt	933	1 091	1 443	32,3	54,6
Tilskudd	261	266	400	50,1	53,0
Totalt	11 752	12 840	14 519	13,1	23,5



Figur 4.1 Kostnader allmennlegetjenesten 2019 -2021. I løpende priser. Mill. kroner

Per i dag finnes det ikke tilgjengelig registerdata som viser alle kostnader for hele allmennlegetjenesten. Kostnader som det mangler sammenstilt informasjon om er blant annet:

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

Fotnoter

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

4.2

Kostnader til fastlegeordningen

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

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

- Kommunal drift med fastlege på fastlønn
- Næringsdrift med tilleggsfinansiering fra kommunen
- Kommunal drift med fastlege på fastlønn med aktivitetsavhengig bonusavtale

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

På oppdrag fra KS har Ipsos i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse kartlagt kommunenes egenfinansiering av fastlegeordningen utover hovedmodellen. Kommunenenes samlede merkostnader utover hovedmodellen er estimert til 591 mill. kroner i 2020[39].

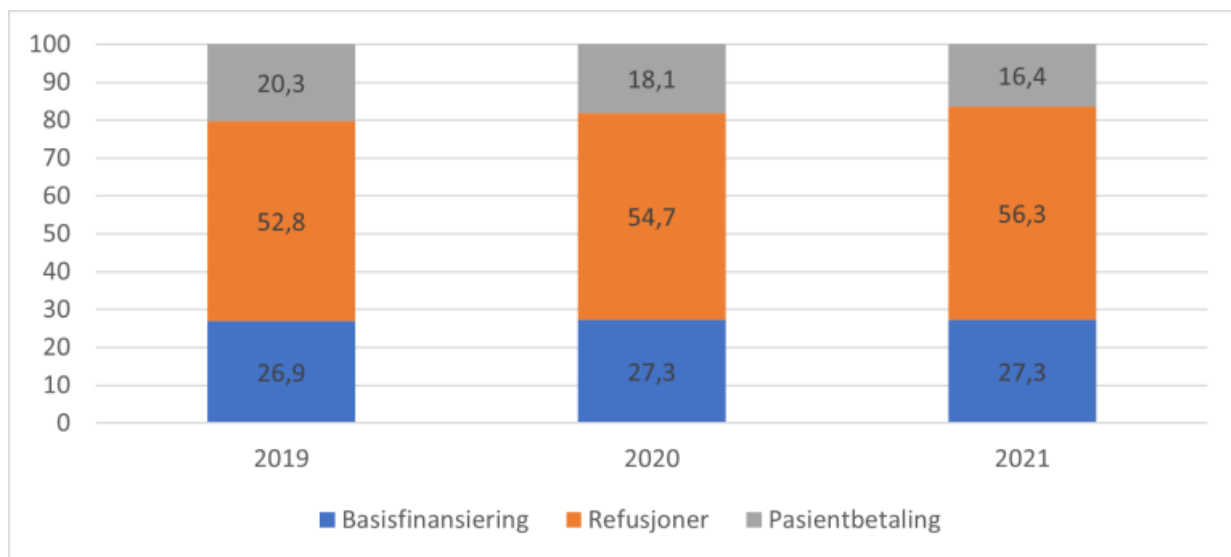
Kostnadstall for fastlegeordningen er basert på data tilgjengelig fra FLO og KUHR-databasen (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner). Tall fra FLO for kommunenes tilskudd til fastlegene og takstrefusjoner og pasientbetaling fra KUHR, gir uttrykk for minimum samlede kostnader for fastlegeordningen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

Kostnader for fastlegeordningen utgjorde 12,5 mrd. kroner i 2021, noe som er en økning på 10,3 prosent fra 2020. Prisjustert så var kostnadsøkningen på 5,0 prosent. Fra tabell 4.2 ser vi at basisfinansieringen økte med 10,3 prosent og at refusjoner fra folketrygden økt med 13,6 prosent. Egenandeler og egenbetaling fra pasienter var stort sett uendret sammenlignet med 2020.

Tabell 4.2. Kostnader for fastlegeordningen. Tall i mill. kroner, løpende priser

	Utgifter i løpende priser. Mill. kroner			Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2020-2021	2019-2021
Basisfinansiering					
Grunntilskudd og basistilskudd	2 633	2 930	3 227	10,1	22,6
Utjamningstilskudd	159	155	175	12,6	9,9
Sum basisfinansiering	2 792	3 085	3 402	10,3	21,8
Refusjoner					
Takstrefusjoner	3 947	4 334	4 804	10,9	21,7
Refusjon frikortegenandeler	817	939	1 215	29,4	48,7
Refusjon øvrige egenandeler	412	624	696	11,5	68,7
Refusjon L-takster NAV	299	284	307	8,1	2,9
Sum refusjoner	5 475	6 181	7 022	13,6	28,2
Pasientbetaling					
Egenandeler	1 947	1 906	1 914	0,4	-1,7
Egenbetaling	154	137	136	-0,9	-12,0
Sum pasientbetaling	2 101	2 043	2 050	0,3	-2,4
Sum totalt	10 369	11 309	12 474	10,3	20,3

Det framgår av figuren nedenfor at basisfinansieringens andel av totale kostnader for fastlegeordningen har vært stabil på omtrent 27 prosent i perioden 2019 til 2021. Vi ser videre at kostnadsandelen til pasientbetaling har gått ned og at kostnadsandelen for folketrygerefusjoner har økt i perioden.



Figur 4.2. Basisfinansiering, refusjoner og pasientbetaling som prosentvis andel av totale kostnader for fastlegeordningen. 2019 -2021.

Fotnoter

4.3

Nærmere om basistilskudd, grunntilskudd og utjamningstilskudd

Hovedmodellen for drift i fastlegeordningen er basert på privat næringsdrift finansiert gjennom listeinnbyggertilskudd fra kommunene, refusjoner fra folketrygden og pasientbetaling. Listeinnbyggertilskuddene utbetales månedlig på grunnlag av antall listeinnbyggere på den enkelte fastleges liste.

Basistilskudd utbetales med en høyere årlig sats per listeinnbygger for de 1000 første listeinnbyggerne på listen (knekkpunkt). I 2021 ble basistilskuddet under knekkpunktet økt fra 577 kroner per listeinnbygger til 642 kroner med virkning fra 1. juli. Tilskudd over knekkpunktet ble økt fra 499 kroner til 526 kroner. Fra 1. juli utgjør "knekkpunkttillegget" 116 kroner per listeinnbygger årlig.

Utjamningstilskudd og grunntilskudd skal være en økonomisk kompensasjon til næringsdrivende med ufrivillig korte pasientlister.

Utjamningstilskudd gis til fastleger i kommuner med under 5000 innbyggere og hvor gjennomsnittlig listelengde er mindre enn 1200 pasienter. Utjamningstilskuddet beregnes som basistilskudd for differansen mellom referanselisten på 1200 innbyggere og gjennomsnittlig listelengde i kommunen. Alle fastlegene i kommunen mottar samme beløp. Bare næringsdrivende fastleger vil få utbetalt tilskuddet, og for 2021 utgjør beregnet utjamningstilskudd 55,1 mill. kroner for lister med fast lege. Av totalt beregnet utjamningstilskudd på 175 mill. kroner, utgjør dette 31 prosent. I desember 2021 var det 211 næringsdrivende fastleger som kunne motta utjamningstilskudd.

Grunntilskudd gis til næringsdrivende fastleger med under 500 listeinnbyggere, hvor listetaket er over 500 og fastlegeavtalen er inngått i løpet av siste to år. Grunntilskuddet beregnes da som basistilskudd for 500 listeinnbyggere. Ordningen med grunntilskudd ble innført med virkning fra mai 2020. I 2021 utgjorde grunntilskudd til næringsdrivende fastleger 10,7 mill. kroner. For fastlegene som mottok grunntilskudd i 2021 utgjorde grunntilskuddet en økning i basisfinansieringen på 4,7 mill. kroner sammenlignet med basistilskudd etter faktisk listelengde. Gjennomsnittlige månedlige utbetalinger utgjorde 11 307 kroner for fastlegene som mottok grunntilskudd. Etter at grunntilskuddet ble innført i mai 2020 er det stadig færre fastleger som mottar grunntilskudd. I desember 2021 var det 27 fastleger som mottok grunntilskudd og i mars 2022 var antallet ytterligere redusert til 22.

Tabellen nedenfor viser de ulike elementene i basisfinansieringen fordelt på næringsdrivende og fastlønnede fastleger, og om listen var med eller uten fast lege den måneden tilskuddet ble beregnet.

Tabell 4.3 Basisfinansiering 2021 fordelt på næringsdrivende og fast ansatte fastleger, og lister med og uten fast lege. Tall i 1000 kroner.

	Lister med fast lege	Lister uten fast lege	Sum
<i>Lister med fastlønnede leger</i>			
Grunntilskudd	12 585	6 119	18 705
Basistilskudd <= 1000	291 894	24 265	316 159

Basistilskudd > 1000	4 329	280	4 609
Utjamningstilskudd	97 228	15 787	113 015
Sum fastlønnede	406 035	46 453	452 488
<i>Lister med næringsdrivende leger</i>			
Grunntilskudd	10 653	3 823	14 475
Basistilskudd <= 1000	2 399 469	41 271	2 440 741
Basistilskudd > 1000	431 582	949	432 531
Utjamningstilskudd	55 076	6 962	62 039
Sum næringsdrivende	2 896 780	53 006	2 949 786
<i>Alle lister</i>			
Grunntilskudd	23 238	9 942	33 180
Basistilskudd <= 1000	2 691 363	65 537	2 756 900
Basistilskudd > 1000	435 910	1 230	437 140
Utjamningstilskudd	152 304	22 750	175 054
Sum alle	3 302 815	99 458	3 402 273

4.4

Utgifter til kommunalt ansatte LIS1-leger

For leger i spesialisering del 1 (LIS1) inngår seks måneders tjeneste i den kommunale helse og omsorgstjenesten. Lønn til LIS1 fastsettes gjennom forhandlinger med partene, og utbetales av kommunen. Takstrefusjoner og pasientbetaling tilfaller kommunen som legen er ansatt i. Kommunens eventuelle merkostnader knyttet til LIS1 stillinger vil avhenge av flere faktorer, blant annet den enkeltes LIS1-leges inntekter knyttet til takstrefusjoner og egenandeler, øremerkede tilskudd til kommunene, fravær fra praksis relatert til deltakelse på obligatoriske kurs, utgifter til kontor med mer. Tall for kommunenes faktiske utgifter, har Helsedirektoratet ikke innhentet data for. Tall for refusjoner og pasientbetaling er hentet fra KUHR og framgår av Tabell 4.4. Refusjoner og pasientbetaling for LIS1-leger utgjorde 202 mill. kroner i 2021, noe som er en økning med 16,0 prosent fra 2020.

Tabell 4.4. Refusjoner og pasientbetaling for LIS1-leger. Tall i mill. kroner, løpende priser.

	Utgifter i løpende priser. Mill. kroner			Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2020-2021	2019-2021
<i>Refusjoner</i>					
Takstrefusjoner	81	76	90	17,8	10,9
Refusjon frikortegenandeler	18	16	23	42	30,2
Refusjon øvrige egenandeler	17	19	23	23,5	32,4
Refusjon L-takster NAV	3	3	3	19,5	9,8
Sum refusjoner	119	114	139	22,3	16,9
<i>Pasientbetaling</i>					
Egenandeler	65	56	59	4,3	-9,6
Egenbetaling	5	4	4	2,4	-5,4

Sum pasientbetaling	70	61	63	4,2	-9,4
Sum totalt	189	175	202	16	7,2

4.5

Utgifter til legevakt

Kommunene har ansvar for å tilby legevaktordning som sikrer behov for øyeblikkelig hjelp. Kommunene skal dekke kostnader til driften av legevaktene. Det finnes i dag ingen samlet oversikt over kommunenes samlede kostnader til drift av legevaktstjenesten. Tall for refusjoner og pasientbetaling for legevakt er hentet fra KUHR-databasen og framgår av tabell nedenfor. Refusjoner fra folketrygden for legevakt har økt med nærmere 40 prosent fra 2020 til 2021. Samlet for refusjoner og pasientbetaling har det vært en kostnadsvekst på 32,3 prosent.

Tabell 4.5 Refusjoner og pasientbetaling for legevakt. Tall i mill. kroner, løpende priser.

	Utgifter i løpende priser. Mill. kroner			Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2020-2021	2019-2021
<i>Refusjoner</i>					
Takstrefusjoner	501	541	667	23,2	33,2
Refusjon frikortegenandeler	76	71	91	27,8	19,8
Refusjon øvrige egenandeler	115	270	477	76,4	316,3
Refusjon L-takster NAV	2	1	2	4,9	-16,5
Sum refusjoner	693	885	1237	39,8	78,4
<i>Pasientbetaling</i>					
Egenandeler	224	191	191	0,1	-14,7
Egenbetaling	16	15	15	-0,3	-6,6
Sum pasientbetaling	240	206	206	0,1	-14,1
Sum totalt	933	1091	1443	32,3	54,6

Dersom legen er fastlønnet vil refusjoner og pasientbetaling tilfalle kommunen, og for næringsdrivende leger som har legevaktstjeneste vil refusjoner og pasientbetaling tilfalle legen med mindre annet er avtalt. I 2021 ble 65 prosent av refusjoner og pasientbetaling utbetalt til kommunene og 35 prosent til næringsdrivende leger. I 2020 utgjorde næringsdrivendes andel 47 prosent.

Tabell 4.6. Utgifter legevakt fordelt mellom fastlønnede og næringsdrivende leger. Tall i mill. kroner.

	Utgifter 2021			Andel i prosent	
	Fastlønnet	Næringsdrivende	Totalt	Fastlønnet	Næringsdrivende
Refusjoner	835	402	1 237	68	32
Pasientbetaling	100	106	206	49	51
Sum	935	508	1 443	65	35

4.6

Andre kostnader tilknyttet allmennlegetjenesten

Det finnes flere tilskuddsordninger som understøtter kommunenes ansvar for allmennlegetjenesten. Tabellen nedenfor viser utbetalt beløp til kommunene for 2019 til 2021. Tilskuddsordningene forvaltes av Helsedirektoratet og data er hentet fra direktoratets saksbehandlingssystem for tilskudd, TIFO.

I 2021 ble det utbetalt 400 mill. kroner i tilskudd som gjelder allmennlegetjenesten til kommunene. Dette er en økning på omtrent 50 prosent fra 2020. Økningen skyldes i hovedsak en økning i tilskudd til ALIS-kontor og ALIS-avtaler, samt økning i LIS1-tilskudd til nye LIS1-stillinger i kommunene.

Tabell 4.7. Andre tilskuddsordninger rettet mot kommunale allmennlegetjenester. Tall i mill. kroner.

Tilskuddsordning	Utgifter i løpende priser. mill. kroner		
	2019	2020	2021
Veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon	6	1	
Reise- og flytteutgifter for leger i del 1 av spesialistutdanningen og fysioterapeuter i turnus	1	1	2
Kommuner som mottar lege i spesialisering del 1 (LIS1)	126	126	160
Rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsvansker	64	38	
Primærhelseteam	45	55	55
Pilotprosjekt på legevaktfeltet	7	11	9
Allmennmedisin - veiledning av LIS3 i ny ordning	2	7	21
ALIS-avtaler for fastleger i næringsdrift og fastlegevikarer i næringsdrift utover et års varighet	10	16	88
ALIS-kontor		10	22
ALIS-avtaler for fast ansatte fastleger og fastlegevikarer ansatt i kommunen utover et års varighet			42
Pilot for utprøving av digitalt triageringsverktøy			1
Sum tilskudd	261	266	400

Leger i kommunale helse- og omsorgstjenester

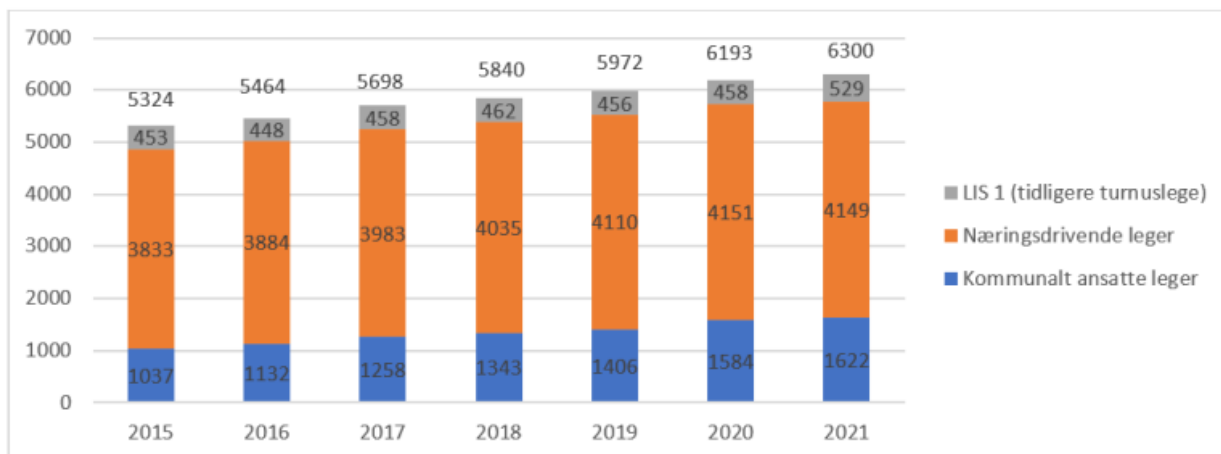
Dette kapittelet beskriver utviklingen i årsverk, både for leger og andre yrkesgrupper, i allmennlegetjenesten. Tallene er basert på KOSTRA-tall og annen statistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB).

Det innledes med å gi en overordnet oversikt over utviklingen i avtalte legeårsverk i de kommunale helse- og omsorgstjenestene som er basert på telling en bestemt uke i slutten av hvert år. Legevakt og fengsels-helsetjenesten er dessverre ikke inkludert i dataene som danner grunnlaget for figurene som følger. Helsedirektoratet og SSB har samarbeidet for å framskaffe mer informasjon om kommunenes ressursinnsats knyttet til legevakt gjennom KOSTRA-rapporteringen for 2021 (se kapittel 1.7.2). Resultatene skal gi grunnlag for å vurdere inkludering i den faste rapporteringen.

5.1

Avtalte legeårsverk i kommunene fordelt på avtaleform og KOSTRA-funksjon

Figur 5.1 nedenfor viser avtalte legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester fordelt på avtaleform. Tallene for kommunalt ansatte leger inkluderer både fastlønnede fastleger og andre kommunalt ansatte leger. I 2021 var det 6 300 avtalte legeårsverk i kommunene. Dette er 107 flere enn året før og utgjør en økning på 1,7 prosent. Både for kommunalt ansatte leger og LIS1-leger har det vært en økning i årsverk, mens det for næringsdrivende fastleger er antall årsverk uendret.



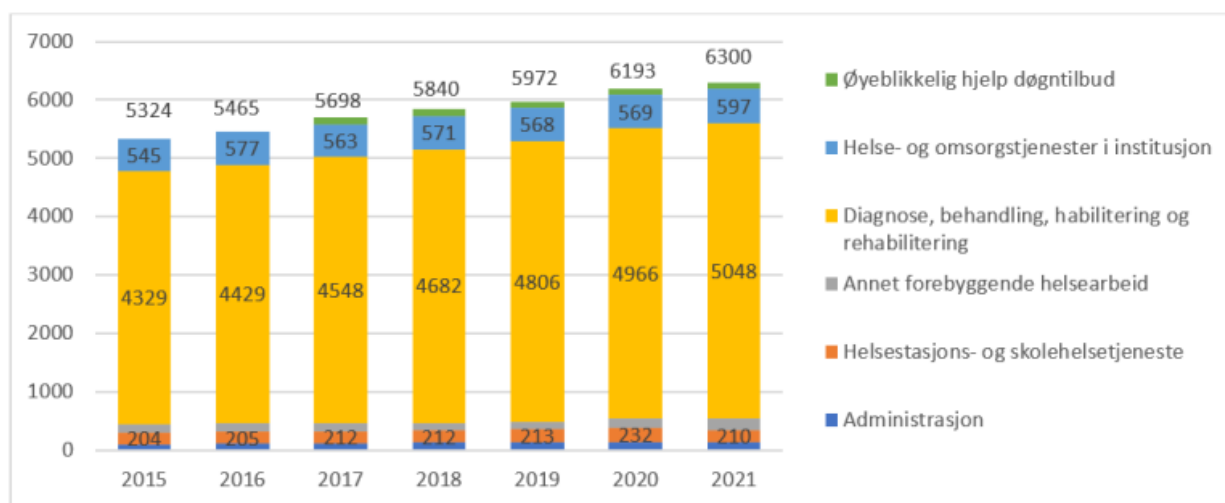
Figur 5.1. Avtalte legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter avtaleform, 2015-2021.

Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996. Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter avtaleform. Beregning av timer per uke for næringsdrivende fastleger tar utgangspunkt i at en full hjemmel regnes som 37.5 timer per uke.

Næringsdrivende leger utenfor fastlegeordningen er holdt utenfor, da denne kategorien ble fjernet i

2020-rapporteringen. Merk at noen få kommuner i 2020 kan ha rapportert noen næringsdrivende leger som er finansiert av kommunene, men som ikke er en del av fastlegeordningen, som kommunalt ansatte leger, men antallet vil være svært lavt.

Kommunene rapporterer legeårsverkene fordelt på KOSTRA-funksjoner. Figuren under viser at funksjonen "diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering", som inkluderer vanlig fastlegearbeid, utgjør 80 prosent av legeårsverkene i kommunene.

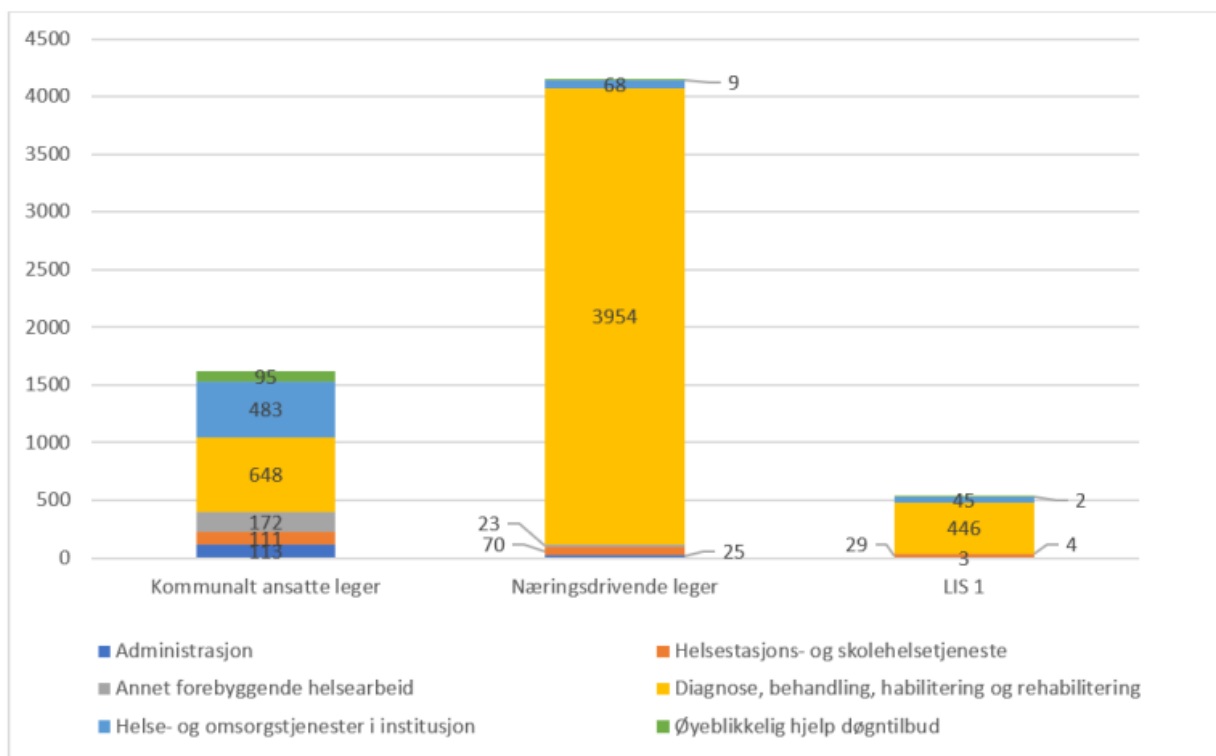


Figur 5.2. Avtalte legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter funksjon, 2015-2021.

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

Størst økning i antall årsverk siste år var for funksjonen "Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering", med 80 årsverk (1,6 prosent). Etter en økning av legeårsverk i helsestasjons- og skolehelsetjenesten i 2020, var det i 2021 en nedgang på 21 årsverk (9,2 prosent). Annet forebyggende helsearbeid økte med 26 årsverk (15,3 prosent), og det var også en økning på 27 årsverk innen helse- og omsorgstjenester i institusjoner (4,8 prosent). Annet forebyggende helsearbeid inkluderer smittevernberedskap og tiltak som smittesporing og testing, og økning i årsverk her skyldes trolig behovet for flere årsverk i bekjempelsen av covid-19-pandemien.

Figur 5.3 viser avtalte legeårsverk i 2021, fordelt på avtaleform og funksjon. Som det framgår av figuren er diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering den klart største funksjonen, men figuren under viser hvordan kommunalt ansatte leger i langt større grad enn næringsdrivende fastleger har andre kommunale legeoppgaver. Merk at kommunalt ansatte leger også omfatter andre kommunalt ansatte leger enn bare fastlønnede fastleger.



Figur 5.3. Avtalte legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, fordelt på avtaleform og funksjon, 2021.

Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996. Legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter avtaleform og funksjon

5.2

Avtalte legeårsverk i kommunene per innbygger

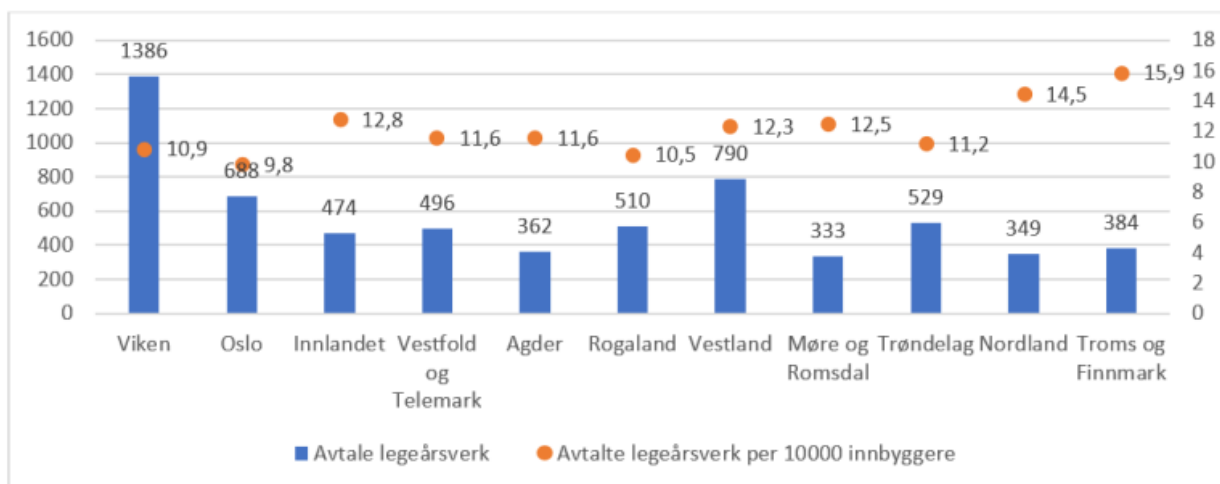
Tabell 5.1 viser at avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere har økt fra 10,2 til 11,6 årsverk i perioden 2015 til 2021. Veksten i legeårsverk har altså vært større enn befolkningsveksten disse årene. Men det er viktig å samtidig huske på at andelen eldre øker, som benytter fastlegen i større grad enn yngre.

Tabell 5.1. Avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere, 2015-2021.

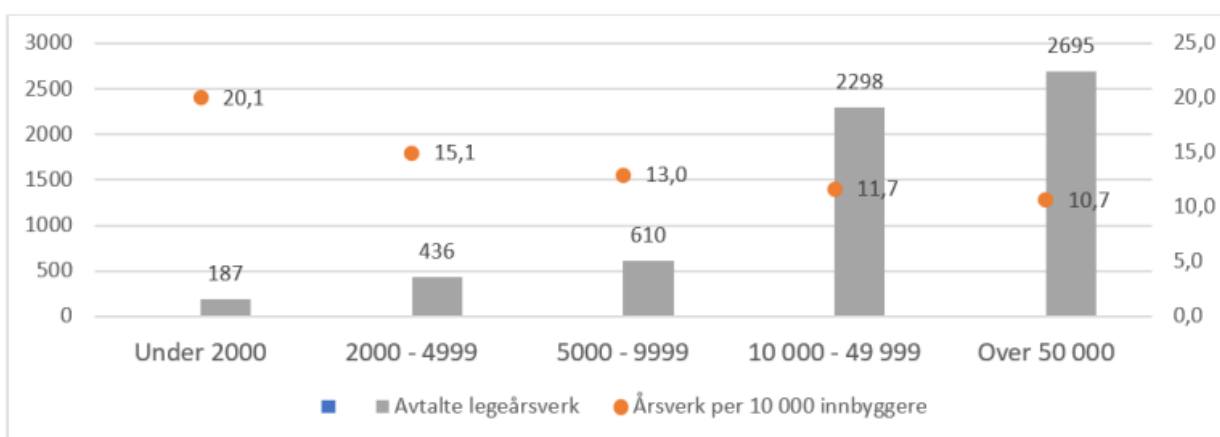
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Avtalte legeårsverk i kommunene per 10 000 innbyggere	10,2	10,4	10,8	11,0	11,2	11,5	11,6

Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996. [40]

Figur 5.4 viser avtalte legeårsverk (søylene) og avtalte årsverk per 10 000 innbyggere (punktene), fordelt på fylker. Antallet varierer fra 9,8 per 10 000 innbyggere i Oslo til 15,9 i Troms og Finnmark. Forhold som kan bidra til forskjeller mellom fylkene er blant annet innslaget av små kommuner, befolkningssammensetning med flere eldre, generell helsetilstand og geografiske forhold. Figur 5.5 viser at små kommuner samlet sett har flere legeårsverk per innbygger enn befolkningsmessig store kommuner. Små kommuner må ofte ha flere årsverk for å få legevakt og deltakelse i annet allmennt medisinsk arbeid til å gå opp samtidig med å drive fastlegeordningen.



Figur 5.4. Avtalte legeårsværk og avtalte legeårsværk per 10 000 innbyggere, fordelt på fylker. 2021. Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996. Sortert etter avtalte legeårsværk per 10 000 innbyggere.



Figur 5.5. Avtalte legeårsværk og årsverk per 10 000 innbyggere etter kommunestørrelse. 2021.

Fotnoter

[40] For å få sammenlignbare data, er private leger utenfor fastlegeordningen fjernet for årene 2015 til 2019 og 2021 (i 2020 var ikke disse inkludert i KOSTRA-rapporteringen). Dermed avviker tallene for 2015-2019 og 2021 noe fra SSBs statistikkbank.

5.3

Helprivate allmennleger

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

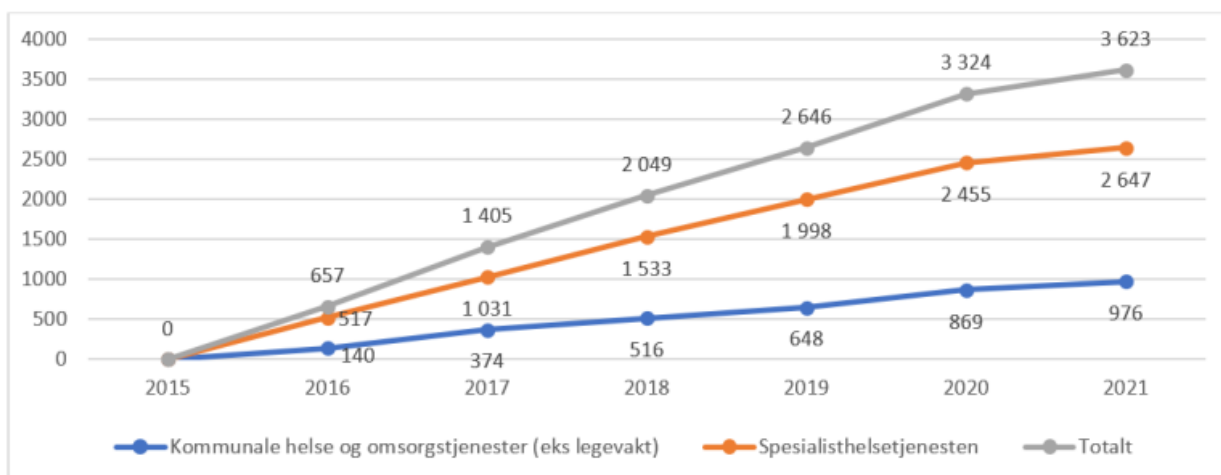
Det vil i det videre være nyttig å følge med på hvordan den kommunale og den helprivate allmennlegetjenesten påvirker hverandre, og hvilke likheter og ulikheter disse tjenestene har som får

betydning for innbyggerne. Hvor og hvordan data kan innhentes for å følge med på denne delen av tjenesten har det hittil ikke vært gjort noen vurdering av. Det vil kunne være et fremtidig utrednings- og utviklingsområde.

5.4

Legeårsverk i spesialisthelsetjenesten og i kommunene

I overkant av 70 prosent av rapporterte legeårsverk til SSB samlet for spesialisthelsetjenesten og kommunale helse og omsorgstjenester er tilknyttet spesialisthelsetjenesten. Dette har vært ganske stabilt de siste sju årene. Siden 2015 har det vært en vekst på ca. 18 prosent både i kommunene i spesialisthelsetjenesten. Av en anslått vekst på 3 623 legeårsverk kom 2 647 i spesialisthelsetjenesten og 976 i kommunenes helse og omsorgstjeneste. Veksttakten i antall avtalte legeårsverk i helsetjenesten samlet avtok noe fra 2020 til 2021. Det kan hende pandemien på ulike måter har påvirket utviklingen de siste to årene. Som i kommunene har antall årsverk målt per 1000 innbyggere også økt litt hvert år i spesialisthelsetjenesten. Rateberegningen tar ikke hensyn til endringer i befolkningssammensetning.



Figur 5.6. Endring i antall avtalte legeårsverk i spesialisthelsetjenesten sammenholdt med avtalte legeårsverk i kommunale helse og omsorgstjenester. 2015 til 2021.

Kilde: SSB tabell 09547 og tabell 11996 i statistikkbanken

Tabell 5.2. Utvikling i avtalte legeårsverk i spesialisthelsetjenesten sammenholdt med avtalte legeårsverk i kommunale helse og omsorgstjenester*.

		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2015-2021
Komm. helse-og omsorgstjeneste	Avtalte årsverk*	5 324	5 464	5 698	5 840	5 972	6 193	6 300	
	Endring		141	234	142	132	220	107	976
	Prosentvis endring		2,6	4,3	2,5	2,3	3,7	1,7	18,3
	Årsverk per 1000	1,02	1,04	1,08	1,1	1,12	1,15	1,16	0,14
Spesialisthelse-tjenesten	Avtalte årsverk***	14 823	15 340	15 854	16 356	16 821	17 278	17 470	

	Endring		517	514	502	465	457	192	2 647
	Prosentvis endring		3,4	3,2	3,1	2,8	2,6	1,1	17,9
	Årsverk per 1000	2,9	3,0	3,0	3,1	3,2	3,3	3,3	0,37
Totalt	Årsverk	20 147	20 804	21 552	22 196	22 793	23 471	23 770	
	Endring		657	748	644	597	678	299	3 623
	Prosentvis endring		3,3	3,6	3,0	2,7	3,0	1,3	18,0

*Kilde: SSB Tabell 09547 og tabell 11996 i statistikkbanken. ** Ekskl. næringsdrivende utenfor fastlegeordningen ***Eksklusive lange fravær

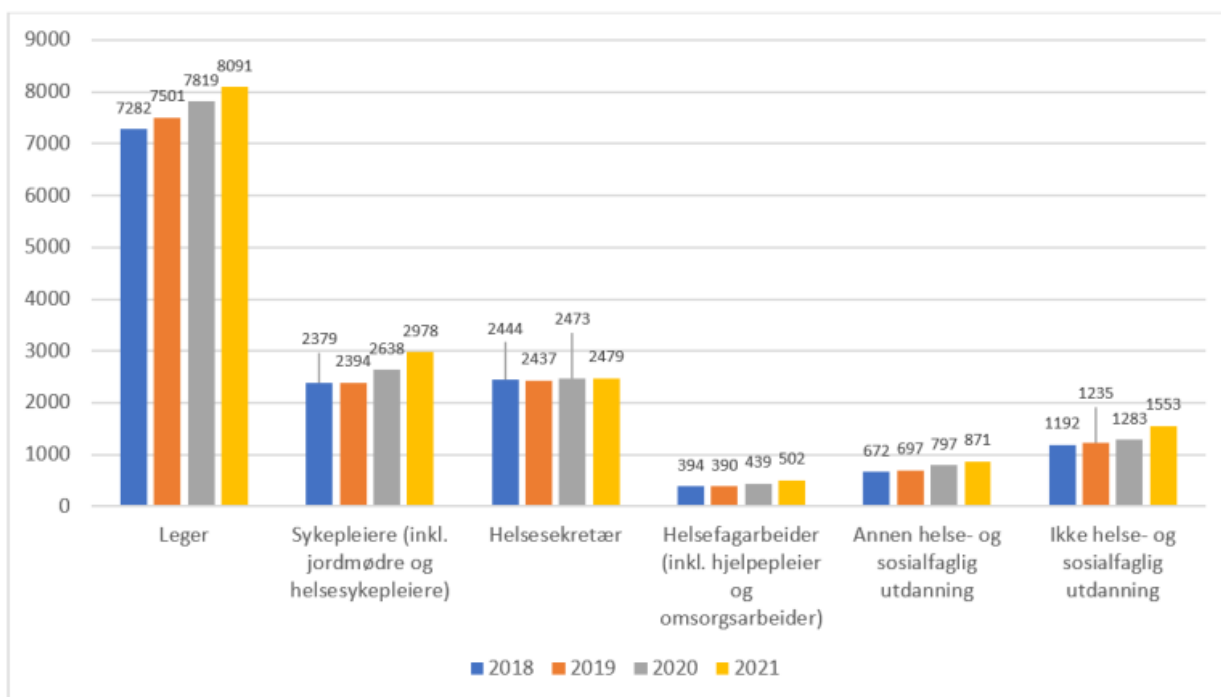
5.5

Annet helsepersonell enn leger i allmennlegetjenesten

5.5.1 Avtalte årsverk for leger og annet helsepersonell i allmennlegetjenesten

SSB fører registerbasert statistikk for ansatte i næringen allmenn legetjeneste. Næringen dekker mer enn fastlegeordningen, og omfatter også kommunal legevakt, medisinske sentre og private aktører innen allmennlegetjenester som ikke er en del av fastlegeordningen (eksempelvis Dr. Dropin og allmennpraksis hos Volvat og Aleris). Denne statistikken omfatter altså mer enn KOSTRA-statistikken.

Figur 5.7 viser avtalte årsverk i allmennlegetjenesten fordelt etter utdanning. Det har vært en økning i antall årsverk for alle utdanningsgrupper i perioden 2018 til 2021. I perioden har det vært størst absolutt vekst for leger, mens den prosentvise veksten har vært betydelig større for sykepleiere, helsefagarbeidere og gruppen med annen helse- og sosialfaglig utdanning. De største enkeltgruppene i samlekategorien annen helse- og sosialfaglig utdanning, er bioingeniører med 122 årsverk og fysioterapeuter 133 årsverk i 2021. Datagrunnlaget gir ikke mulighet for å skille ut avanserte kliniske allmennsykepleiere.



Figur 5.7. Avtale årsverk i næringen "allmenn legetjeneste". 2018-2021.

Kilde: SSB. Basert på avtalte årsverk i allmennlegetjenesten (næringskode 86.211, registerdata, A-ordningen).

Fastleger utgjør majoriteten av legene, men næringen omfatter mer enn fastlegeordningen, eksempelvis kommunal legevakt, medisinske sentre og private aktører innen allmennlegetjenester som ikke er en del av fastlegeordningen.

Statistikken er basert på den ansattes utdanning. SSB har oppdatert tallene tilbake til 2018.

5.5.2 Yrkesgruppenes andel av årsverkene i allmennlegetjenesten

Legers andel av avtalte årsverk i allmennlegetjenesten utgjorde i underkant av halvparten av årsverkene i 2021. Avtalte årsverk for sykepleiere utgjorde omtrent 18 prosent og helsesekretærer utgjorde 15 prosent. Fra 2020 til 2021 har andelen gått ned både for leger og helsesekretærer, mens andelen har økt for sykepleiere.

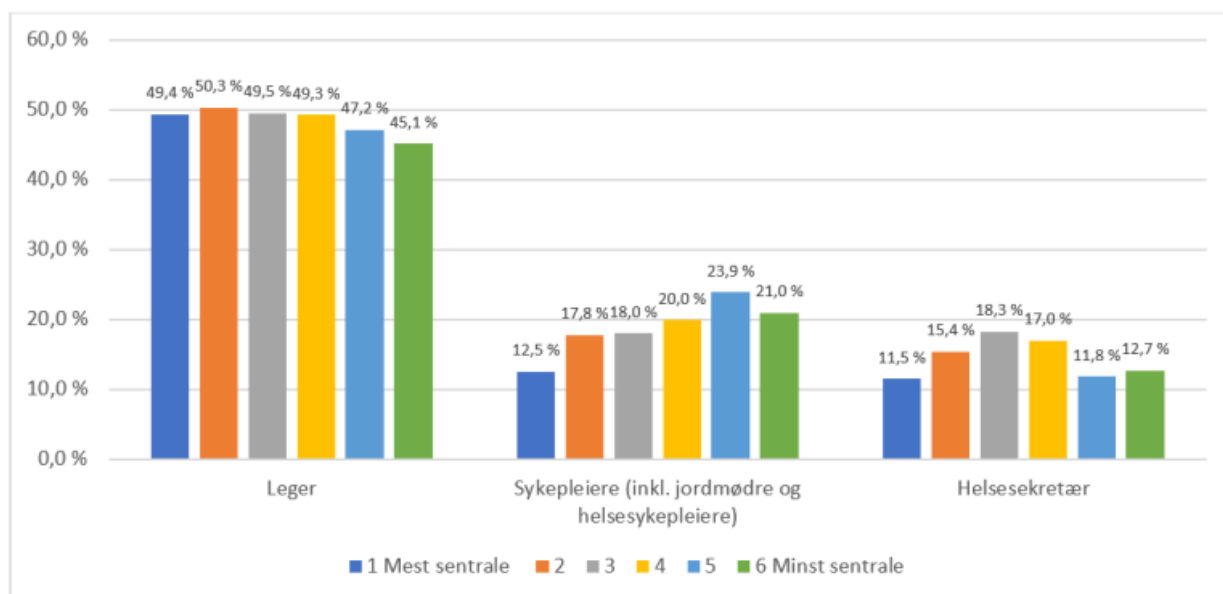
Pilotprosjektet for primærhelseteam kan ha bidratt til en liten del av økningen i sykepleierårsverk de siste årene. Ved utgangen av 2021 var det 29 sykepleierårsverk i primærhelseteam, fordelt på 17 fastlegekontor.

Tabell 5.3. Legers, sykepleieres og helsesekretærers andel av årsverkene i "allmenn legetjeneste". 2018--2021.

	2018	2019	2020	2021
Leger	50,7 %	51,2 %	50,6 %	49,1 %
Sykepleiere (inkl. jordmødre og helsesykepleiere)	16,6 %	16,3 %	17,1 %	18,1 %
Helsesekretær	17,0 %	16,6 %	16,0 %	15,0 %

Kilde: SSB. For mer informasjon om datagrunnlaget, se tekst under figur 5.7.

Figur 5.8 viser at legenes andel av årsverkene er lavest i de minst sentrale kommunene. For sykepleiere og helsesekretærer er andelen lavest i de mest sentrale kommunene. Helsesekretærer utgjør en relativt liten andel av årsverkene i de to minst sentrale kommunekategoriene.



Figur 5.8. Legers, helsesekretærers og sykepleieres andel av årsverkene i næringen "allmenn legetjeneste", fordelt på kommunens sentralitet. 2021.

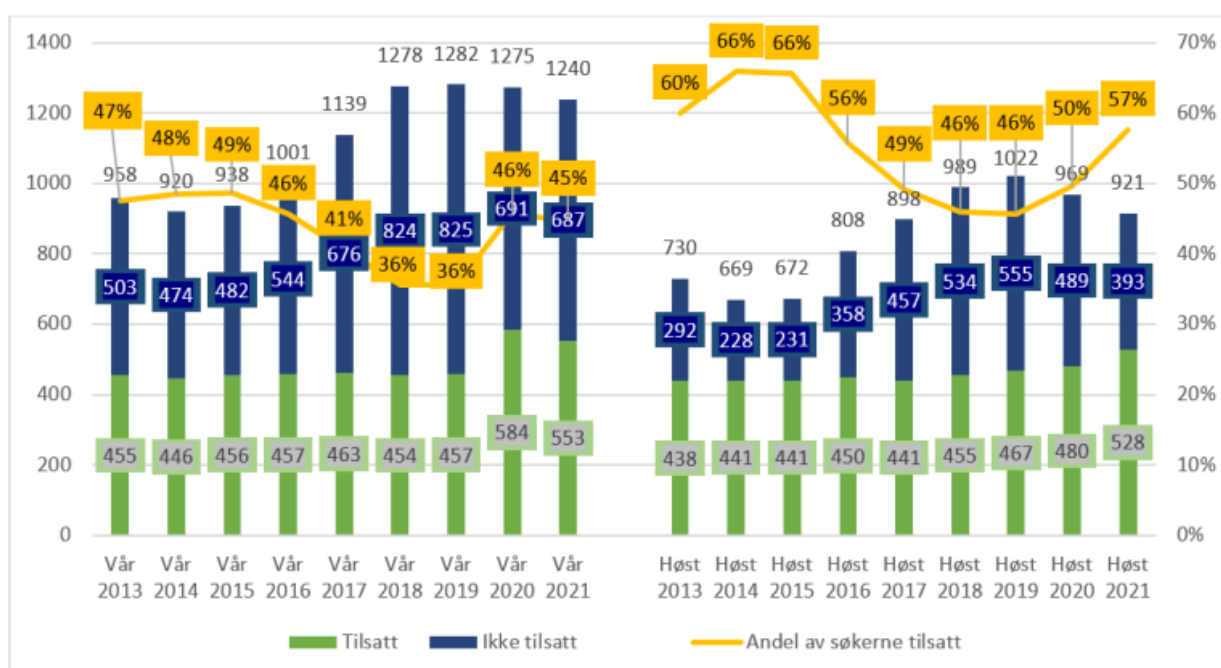
Leger i spesialisering

6.1

LIS1-søknader og tilsatte

Som følge av at det uteksamineres flere studenter i juni enn i januar, vil det alltid være flere søkere i søknadsrunden til LIS1 stillinger om våren enn om høsten, og vi har derfor valgt å vise søknadsrundene for henholdsvis vår og høst hver for seg.

Figuren under viser en liten nedgang i antall søkere til LIS1 stillinger de siste årene, etter flere år med tydelig økning. Det er en svært positiv utvikling at tilbud og etterspørsel i større grad samsvarer med hverandre. Samtidig viser figuren at det fortsatt er en betydelig andel søkere som ikke får tilbud om LIS1-stilling. For høsten 2021 er andelen tilsatt 57 %. Leger med norsk utdanning blir i større grad tilsatt enn leger med utdanning fra EØS-området, som igjen i større grad blir tilsatt enn leger utdannet utenfor EØS-området. Mange av søkerne har utdanning fra utlandet.



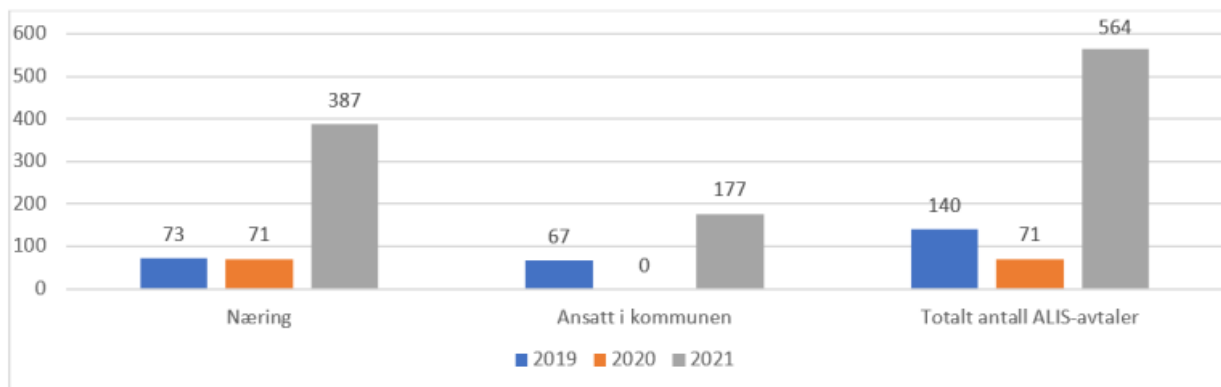
Figur 6.1. Utvikling i søkere og tilsatte i LIS1-stillinger. Tilsettingsrunder fra våren 2013 til høsten 2021.

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

6.2

Kraftig vekst i tilskudd til ALIS-avtaler

Tilskudd til ALIS-avtale har som formål få flere leger til å starte og fullføre spesialisering i allmennmedisin. Antall utbetalte tilskudd til ALIS-avtaler økte kraftig fra 71 tilskudd i 2020 til 564 tilskudd i 2021. Dette kommer i tillegg til tilskudd gitt via ALIS-Vest og ALIS-Nord prosjektene.



Figur 6.2 Utvikling antall ALIS-avtaler med tilskudd

*I tallene for 2019 inngår rekrutteringstilskuddet. I 2020 omfattet tilskuddsordningen ikke ALIS ansatt i kommunen.

Tabellene nedenfor viser fordelingen av tilskuddene i forhold til driftsform etter kommunestørrelse og fylke. 18,1 prosent av tilskuddene gikk i 2021 til kommuner med mindre enn 10 000 innbyggere. 21 prosent av alle fastlegelister ligger i disse kommunene.

Tabell 6.1 Antall tilskudd og beløp innvilget til ALIS i 2021 per 31.12.21 (eksklusive ALIS-Nord og ALIS-Vest). Etter driftsform og kommunestørrelse.

Kommuner/Størrelse	Antall næring	Antall Fastlønn	Herav antall vikarer	Antall tilskudd	Innvilget beløp næring	Innvilget beløp fastlønn	Sum innvilget beløp
Over 100 000 innbyggere	105	11	27	116	26 044 068	2 640 000	28 684 068
50 000-99 999 innbyggere	67	12	12	79	15 967 878	2 880 000	18 847 878
20 000-49 999 innbyggere	114	68	6	182	23 714 843	16 020 000	39 734 843
10 000-19 999 innbyggere	51	34	7	85	10 748 677	8 160 000	18 908 677
5 000-9 999 innbyggere	41	35	3	76	9 592 800	8 400 000	17 992 800
2 000-4 999 innbyggere	9	13	1	22	1 713 095	2 740 000	4 453 095
Under 2 000 innbyggere		4		4		900 000	900 000
Totalsum	387	177	56	564	87 781 361	41 740 000	129 521 361

Kilde: TIFO

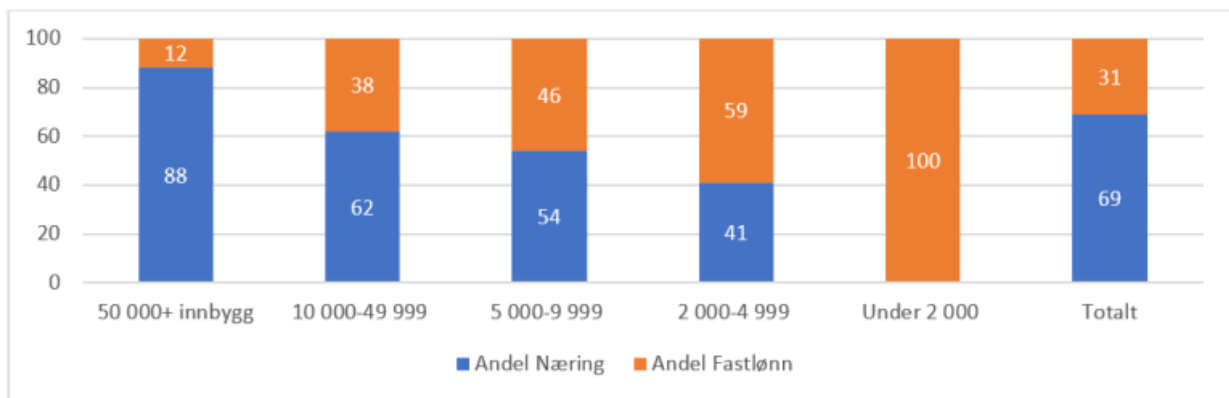
Tabell 6.2. Antall tilskudd og beløp innvilget til ALIS i 2021 per 31.12.21 (eksklusive ALIS-Nord og ALIS-Vest). Etter driftsform og fylke.

Kommuner/Størrelse	Antall næring	Antall Fastlønn	Herav antall vikarer	Antall tilskudd	Innvilget beløp næring	Innvilget beløp fastlønn	Sum innvilget beløp
Agder	53	20	13	73	12 000 000	4 800 000	16 800 000
Innlandet	40	6	0	46	8 467 979	1 440 000	9 907 979
Møre og Romsdal	17	2	2	19	3 952 800	480 000	4 432 800
Nordland	13	35	2	48	3 120 000	8 340 000	11 460 000
Rogaland	31	7		38	7 000 000	1 680 000	8 680 000
Troms og Finnmark	22	30	9	52	5 115 630	7 000 000	12 115 630
Trøndelag	45	16	3	61	11 437 465	3 540 000	14 977 465
Vestfold/Telemark	54	18	4	72	12 353 200	4 320 000	16 673 200
Vestland	38	33	14	71	8 205 000	7 740 000	15 945 000
Viken	71	10	9	81	15 409 287	2 400 000	17 809 287
Oslo	3			3	720 000		720 000
Totalsum	387	177	56*	564	87 781 361	41 740 000	129 521 361

Kilde: TIFO. * Antall vikarer i næring var 44 og antall vikarer i fastlønn var 12.

Figur 6.3 viser andel tilskudd til henholdsvis næringsdrift og fastlønn gruppert etter kommunestørrelse. Fordelingen samsvarer godt med at andel lister med næringsdrift er økende med kommunestørrelse og høyest i de største kommunene.

Andel tilskudd til ALIS avtaler med fastlønn i 2021 ligger på landsbasis på ca. 31 prosent. Dette samsvarer bra med andel ikke-spesialister i kommunal ansettelse, som lå på ca. 27 prosent ved utgangen av 2021.



Figur 6.3. Prosentvis fordeling av tilskudd til ALIS avtaler mellom næring og fastlønn etter kommunestørrelse. Tall for 2021.

Kilde: TIFO

6.3

Økning i antall tilskudd til veiledning av allmennleger i spesialisering

Tilskuddsordningen skal bidra til å kompensere for kommunenes kostnader til veiledning av leger som er under spesialistutdanning i spesialisering i allmennmedisin i ny ordning, i henhold til Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger §2. Det er utbetalt tilskudd til veiledning av LIS 3 til 84 kommuner i 2021, en betydelig økning fra 2020. Dette tyder på at antallet leger i spesialisering på ny ordning har økt. Mens utnyttelsen av budsjettet lå på i underkant av 12% i 2019 og 2020, viser tallene for 2021 at utnyttelsesgraden er oppe i 33,3%.

Tabell 6.3. Veiledningstilskudd. Innvilget per 31.12.21. Etter kommunestørrelse

Kommunestørrelse	Sum innvilget beløp
Over 100 000	6 291 725
50 000-99 999	2 614 425
20 000-49 999	3 287 146
10 000-19 999	2 182 285
5 000-9 999	5 041 427
2 000-4 999	1 521 080
Under 2 000	244 750
Totalsum	21 182 838

Kilde: Tifo

Tabell 6.4. Veiledningstilskudd. Innvilget per 31.12.21. Etter fylke.

Kommuner/Størrelse	Sum innvilget beløp
Agder	615 670
Innlandet	1 337 710

Møre og Romsdal	1 800 920
Nordland	821 150
Rogaland	1 848 495
Troms og Finnmark	2 137 905
Trøndelag	1 751 645
Vestfold/Telemark	1 468 297
Vestland	1 734 590
Viken	3 903 796
Oslo	3 762 660
Totalsum	21 182 838

Kilde: Tifo

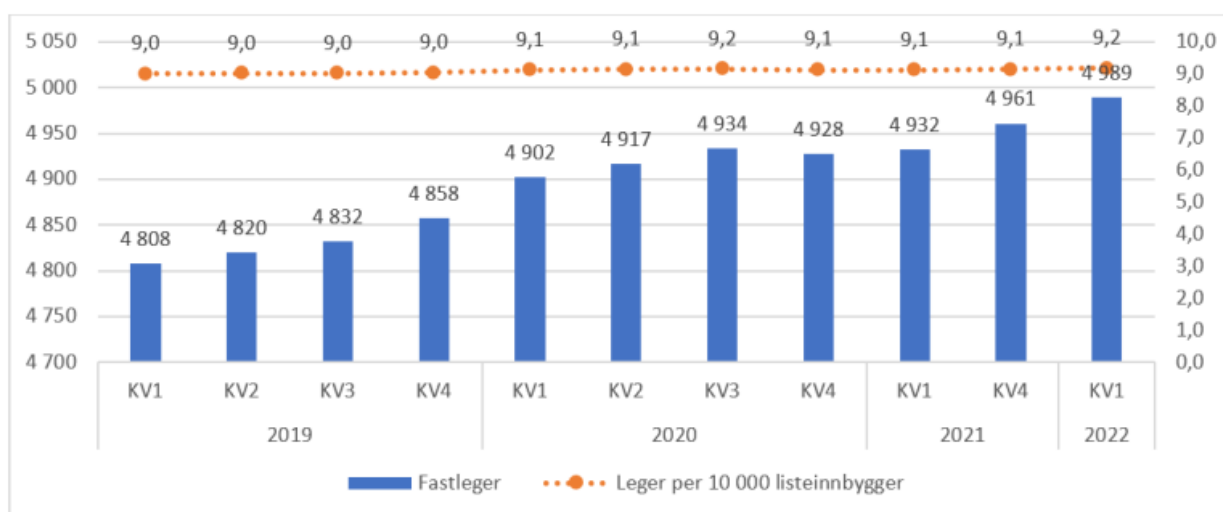
Utvikling fastlegeordningen

I dette kapitlet vektlegges utviklingen i fastlegeordningen på nasjonalt nivå og etter kommunestørrelse. Se vedlegg til Årsrapportens Del 2 for mer tallgrunnlag og tall på fylkesnivå.

7.1

Veksten i fastleger har avtatt de siste årene, men økte i 1. kvartal 2022

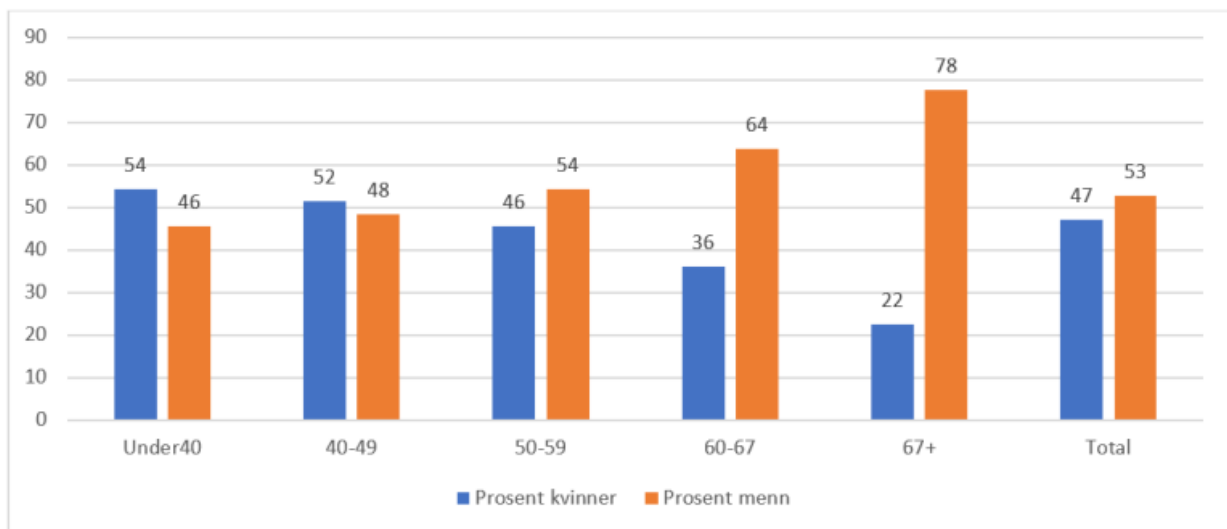
Tilveksten av fastleger var lavere enn tidligere år gjennom 2021. I mars 2022 var det 4 989 unike faste leger med listeansvar registrert i fastlegeordningen. Dette var en netto økning på 29 leger siste kvartal, og er den største kvartalsvise veksten siden 1. kvartal 2020 (4 nye fastleger samme kvartal i 2021). Siden kvartalet før Handlingsplan for allmennlegetjenesten ble iverksatt har det vært en tilvekst på 87 fastleger. Antall faste leger per 10 000 listeinnbyggere har ligget ganske stabilt de siste årene når vi ser landet samlet. Veksten i leger synes dermed å ha fulgt befolkningsveksten. Siden dette ikke er målt som årsverk kan eventuelle endringer i sammensetning av stillingsprosjenter blant fastlegene påvirke, og det tas forbehold om dette.



Figur 7.1. Utvikling i antall leger med listeansvar i fastlegeordningen per kvartal 2019 til 1. kvartal 2021.

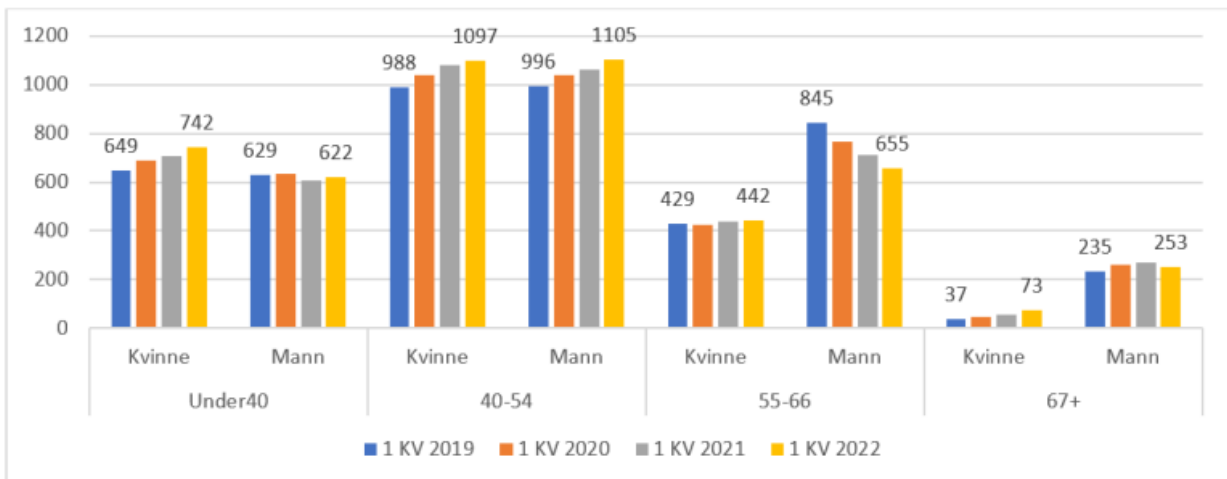
Kilde: FLO

Alderssammensetningen blant fastlegene har vært relativt stabil de siste årene, og per 1. kvartal 2022 var 6,5 prosent av fastlegene 67 år eller mer. Kvinneandelen øker jevnt over tid og er per i dag 47 prosent. Blant fastleger under 40 år er kvinner i flertall.



Figur 7.2. Kjønnssfordeling for leger innen ulike aldersgrupper og samlet. 1.kvartal 2021.

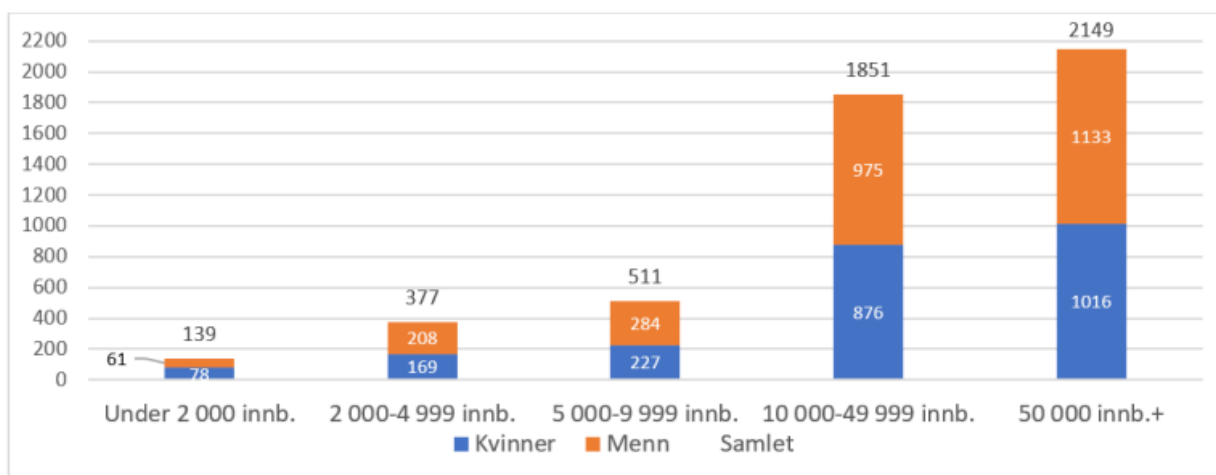
Kilde: FLO



Figur 7.3. Utvikling i antall leger etter aldersgruppe[41] og kjønn. 1.kvartal 2019- 2021.

Kilde: FLO

Over 40 prosent av legene har sitt virke i større bykommuner med over 50 000 innbyggere. Disse kommunen har til sammen hatt en vekst i antall leger på 3,1 prosent de siste to årene (+ 55 leger) (se Tabell 7.1). 11 prosent av legene arbeider i kommuner med under 5 000 innbyggere, men samtidig utgjør disse nesten halvparten av kommunene i landet. I kommunene med under 2000 innbyggere har det totalt blitt 7 færre leger de siste to årene, en reduksjon på 5,3 prosent. Samtidig var det 4,8 prosent vekst i den nest minste kommunegruppen (+17 leger). Nye måter å organisere fastlegetjenesten på i mindre kommuner kan bidra til at flere leger inngår i fastlegetjenesten uten å arbeide fullt som fastlege i kommunen, for eksempel ved bruk av såkalt "Nordsjø-turnus".



Figur 7.4. Antall leger med listeansvar fordelt etter kommunestørrelse* og kjønn.

Kilde: FLO. *Kommuner er definert etter kommunestruktur per 01.01.2022.

Tabell 7.1. Utvikling i antall leger med listeansvar og listeinnbyggere i fastlegeordningen fordelt etter kommunestørrelse. Endring i antall 1. kvartal 2022 (siste kvartal) og antall og prosent fra 1. kvartal 2020 til 1. kvartal 2021.

Kommune størrelse /innbyggere	Leger endring			Leger per 10 000 listeinnbyggere			
	4.kv 2021-1.kv 2022	1.kv 2020-1.kv 2022	Prosentvis endring (2020-22)	1.kv 2020	4.kv 2021	1.kv 2022	Endring 1.kv 2020-1.kv 2022
Under 2 000	2	-7	-4,8	16,6	16,7	16,6	-0,39
2 000-4 999	8	17	4,7	12,7	12,6	12,7	0,61
5 000-9 999	2	-4	-0,8	10,8	10,9	10,8	-0,11
10 000-49 999	7	28	1,5	9,4	9,4	9,4	0,04
50 000+	9	53	2,6	8,0	8,1	8,1	0,13
Under 10 000	12	6	0,6	12,1	11,9	12,1	0,01
Over 10 000	16	81	2,1	8,6	8,7	8,7	0,14
Hele landet	28	87	1,8	9,1	9,1	9,2	0,05

Kilde: FLO

Fotnoter

[41] Alder er basert på fødselsår (endres ikke løpende gjennom året basert på fødselsdato).

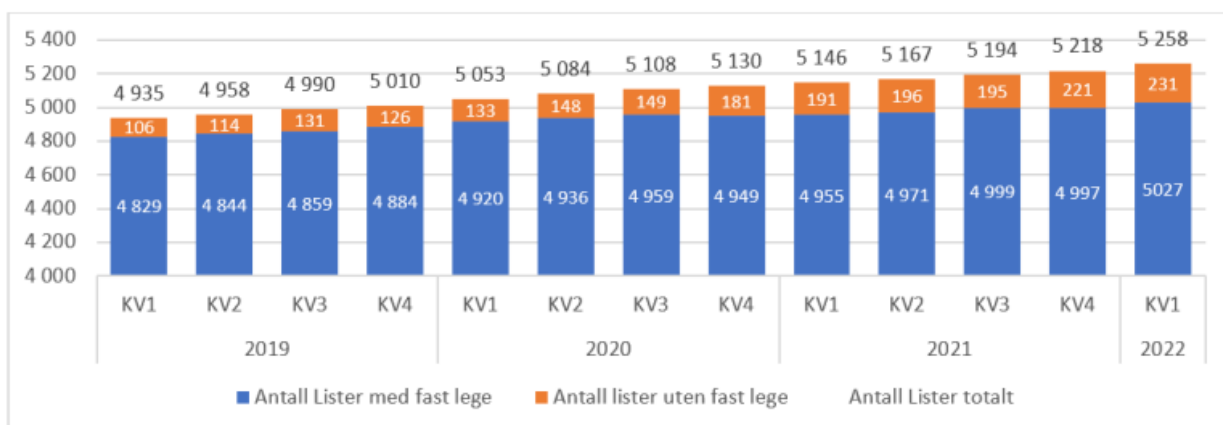
7.2

Økning i lister med og uten fast lege

Antall lister i fastlegeordningen har økt hvert kvartal de siste årene, men samtidig har det også blitt flere ubesatte lister. Antall lister med fast lege vil i stor grad følge endringer i antall leger, men noen tilfeller har legen mer enn en liste registrert i FLO samtidig. For eksempel har noen av de aller minste kommunene lege som også har liste i annen kommune.

I 1. kvartal 2022 var det en samlet vekst på 40 lister og antall lister med fast lege økte med 30. Dette er den største kvartalsvise veksten man har hatt de siste tre årene, med unntak av 1. kvartal 2020 hvor veksten var 36.

På telletidspunktet for 1. kvartal 2022 (mars) var det 231 lister uten fast lege, 10 flere ubesatte lister enn i 4. kvartal 2021. Ubesatte lister skyldes som oftest at en lege som avslutter praksis/slutter i gjeldende stilling ikke er erstattet av ny lege ved avslutning. Listeinnbyggerne må da følges opp av vikar eller andre fastleger til vikar er på plass. Hvor fort man får ny fast lege på listen varierer.

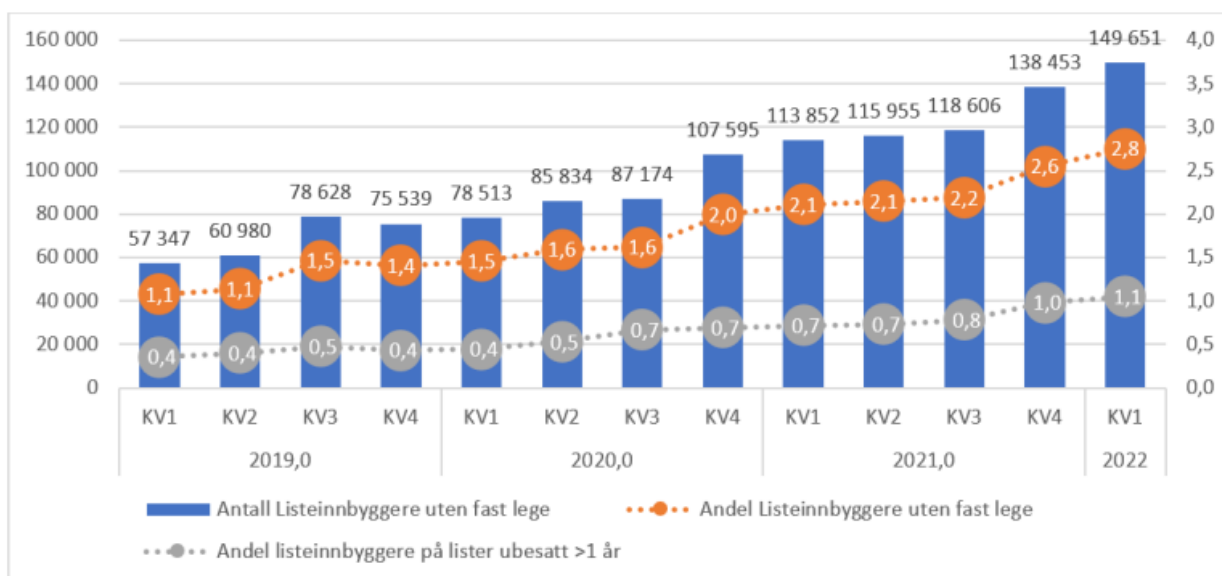


Figur 7.5. Utvikling i antall lister i fastlegeordningen fra 1. kvartal 2019 til 1. kvartal 2022. Fordelt på lister med og uten fast lege på telletidspunktet.

Kilde: FLO

På linje med at det ble 10 flere lister uten fast lege, økte antall listeinnbyggere uten fast lege med ca. 11 000 første kvartal 2022 (mars). Av alle listeinnbyggere sto 2,8 prosent uten fast lege (149 651) på dette tidspunktet. Antall og andel har økt hvert kvartal i årene 2019 til 2022. Andelen listeinnbyggere som står på en liste som har stått ubesatt over ett år har samme utvikling med gradvis vekst selv om antallet er langt lavere. 1,1 prosent av listeinnbyggerne sto per 1. kvartal på en liste som har vært ubesatt over ett år (57 209).

Oppdaterte tall per 1.mai 2022 viser i overkant av 153 000 listeinnbyggere på liste uten fast lege.

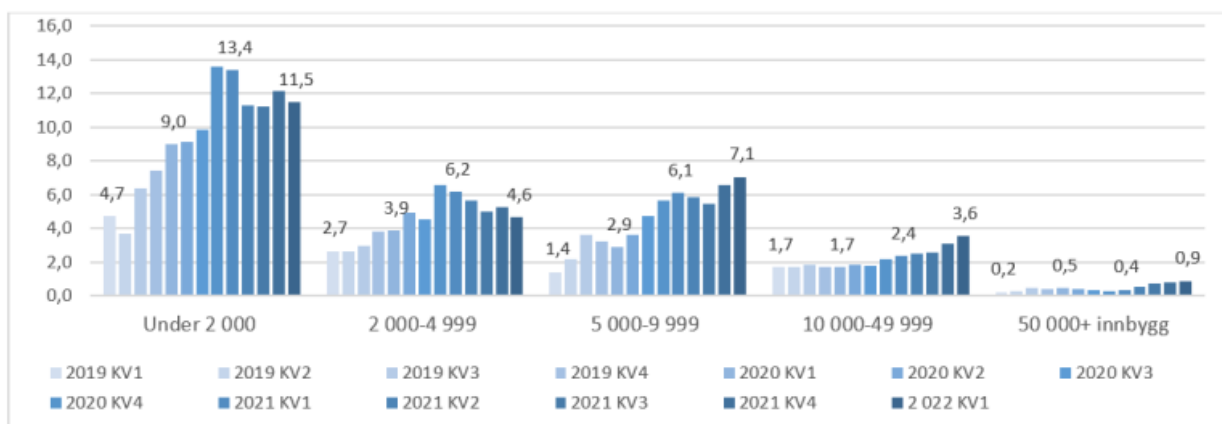


Figur 7.6. Antall og andel listeinnbyggere uten fast lege. Fra 1. kvartal 2019 til 1. kvartal 2022.

Kilde: FLO

Selv om faktisk antall ubesatte lister er større for store kommuner som gruppe, er andel ubesatte lister høyest i befolkningsmessig små kommuner. En sammenligning av førstekvartalstall fra 2019 til 2022 viser at både små og store kommuner har hatt en vekst i andel listeinnbyggere som ikke har en fast lege. Vi ser antydning til stabilisering i andel listeinnbyggere uten fast lege samlet for kommunene under 5000 innbyggere, mens det ikke gjelder for større kommuner. Det er likevel en langt lavere andel uten fast lege i de største kommunene.

Per 1.mai 2022 var det i overkant av 153 000 listeinnbyggere som sto på en ubesatt liste, som er litt høyere enn i mars.



Figur 7.7. Andel listeinnbyggere uten fast lege. Alle kvartaler i årene 2019 til 2021, samt 1. kvartal 2022. Fordelt etter kommunestørrelse*.

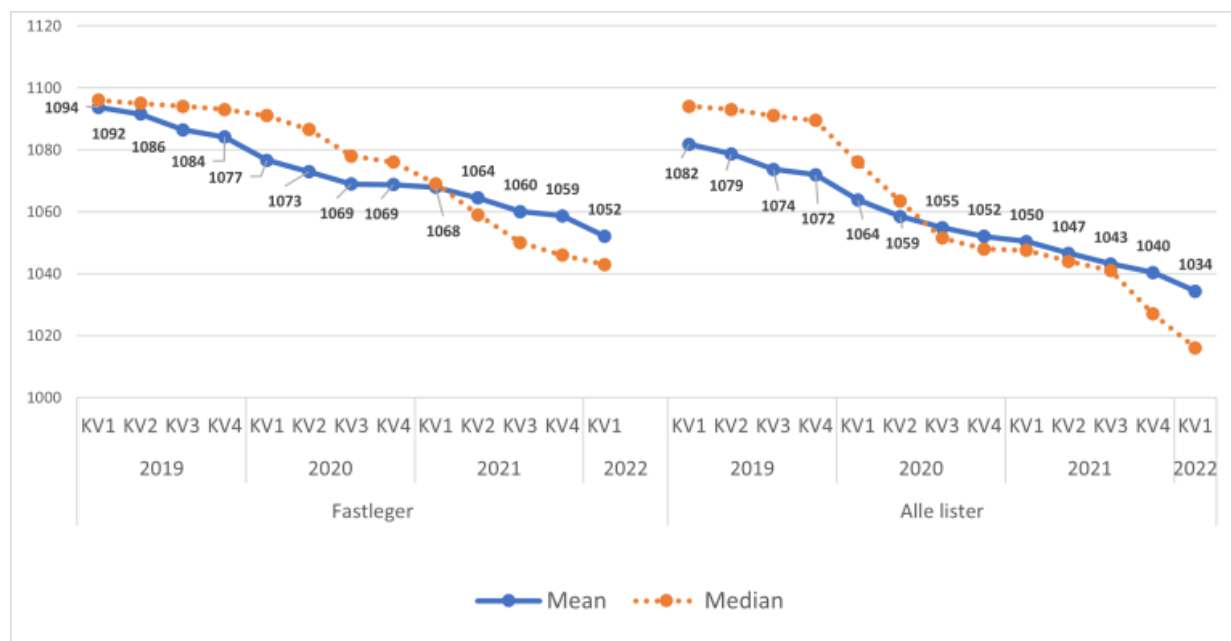
Kilde FLO: *Kommuner er definert etter kommunestruktur per 01.01.2022

7.3

Gjennomsnittlig listelengde og listetak reduseres

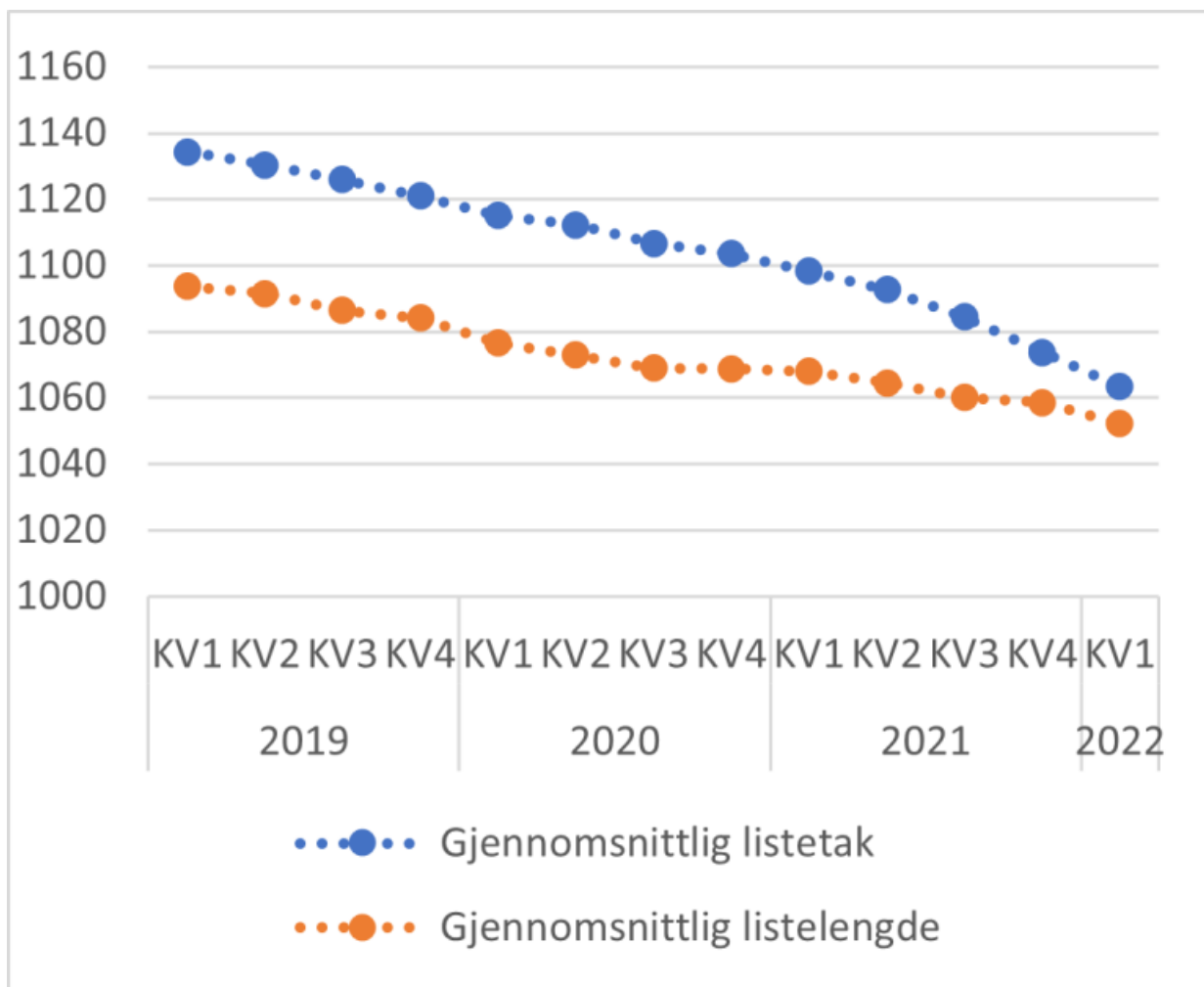
Gjennomsnittlig og median listelengde fortsetter å gå ned i første kvartal 2022 (figur 7.8)[42], slik den har gjort over lang tid. Yngre fastleger har kortere liste enn eldre fastleger og kvinner har i gjennomsnitt noe kortere lister enn mannlige fastleger[43]

Samtidig med reduksjon i gjennomsnittlig listelengde er det en enda brattere reduksjon i gjennomsnittlig listetak (avtalte plasser) for lister med fast lege (figur 7.9). Forskjellen mellom tilgjengelige plasser hos en fast lege og totalt antall listeinnbyggere (befolkningen i FLO) har blitt stadig mindre (figur 7.10). De siste to kvartalene er det færre avtalte listeplasser hos fast lege enn listeinnbyggere totalt sett. Dette bildet kan tilskrives økning av ubesatte lister, reduksjon i listetak og listelengde, og økning i listeinnbyggere.

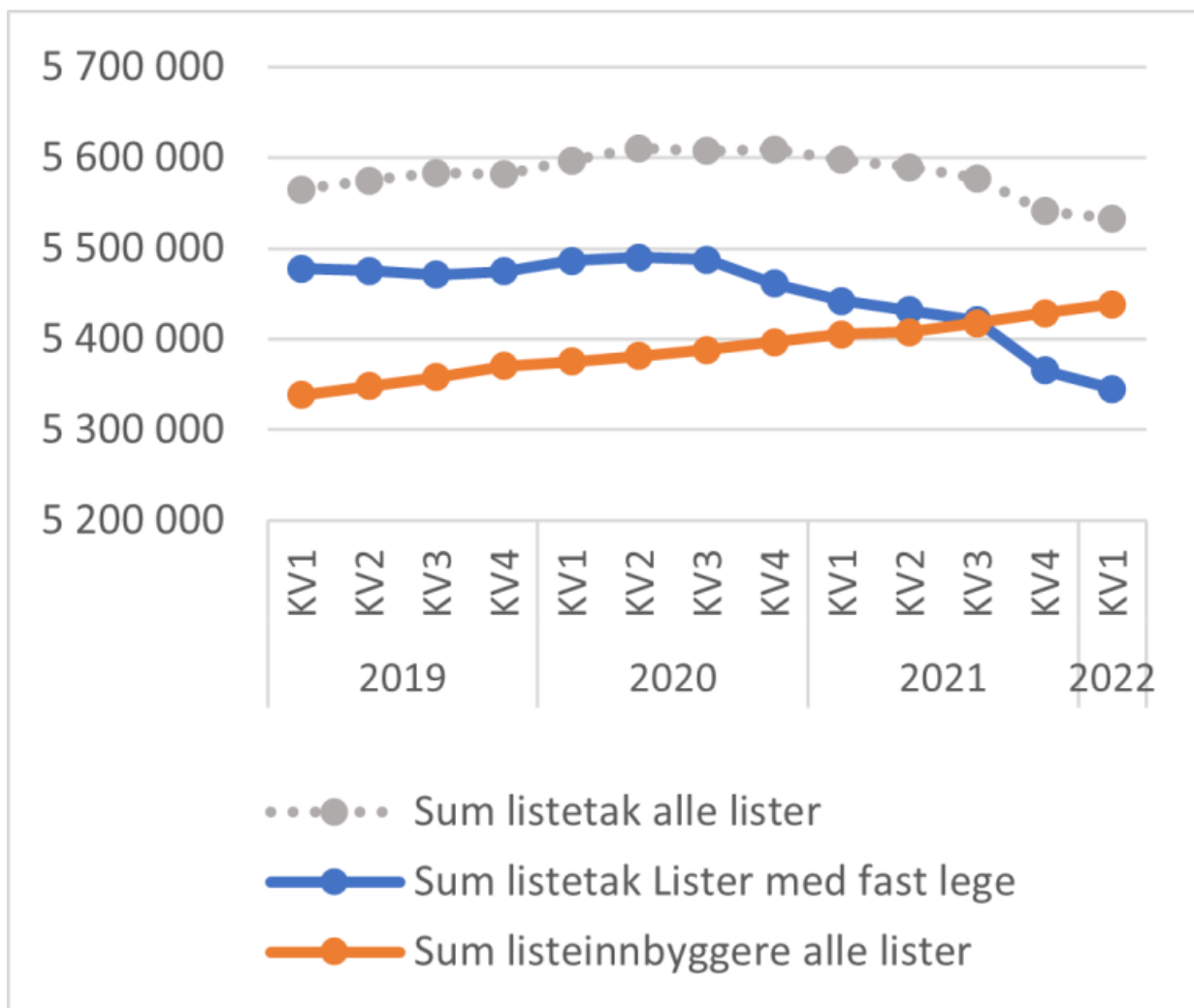


Figur 7.8. Gjennomsnittlig og median listelengde alle kvartaler i årene 2019 til 2021, samt 1. kvartal 2022. Lister med fast lege og inklusive lister uten fast lege.

Kilde: FLO

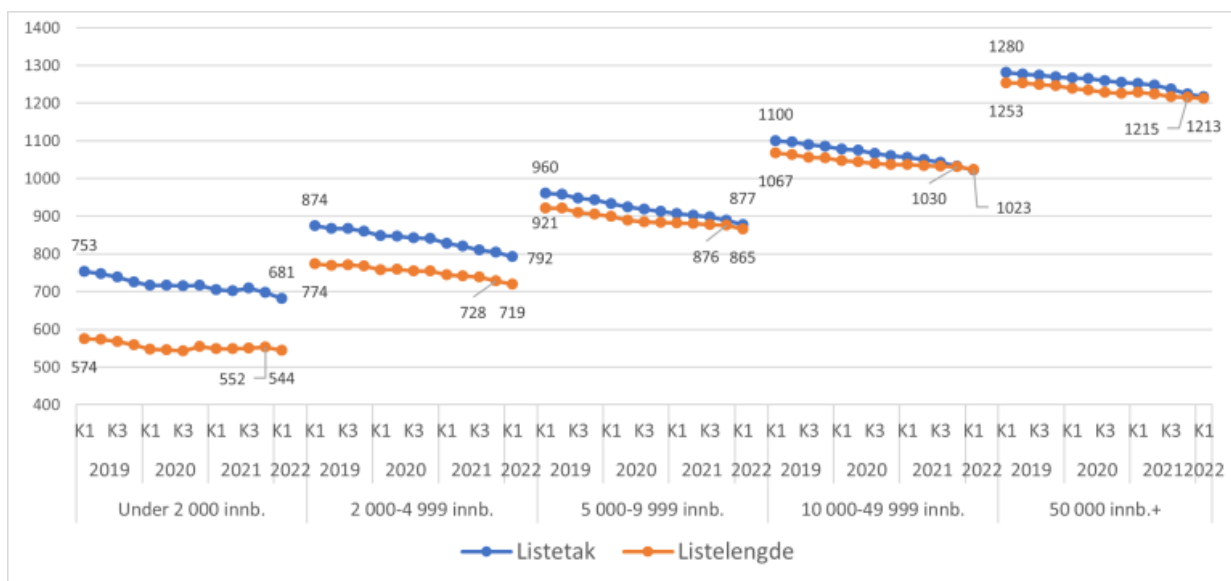


Figur 7.9. Utvikling gjennomsnittlig listelengde og gjennomsnittlig listetak per kvartal 2019-2022. Lister med fast lege.



Figur 7.10. Utvikling listeinnbyggere, listeplasser hos fast lege (sum listetak) og listeplasser alle lister (inkl. ubesatte). Per kvartal 2019-2022.

Figur 7.11 viser at både gjennomsnittlig listelengde og listetak for lister med fast lege gradvis har blitt kortere både i store og små kommuner[44]. Listebelegget er svært høyt i befolkningsrike kommuner. Dette har konsekvenser for antall ledige plasser og er nærmere beskrevet i neste avsnitt.



Figur 7.11. Gjennomsnittlig listelengde og listetak fordelt etter kommunestørrelse for alle kvartaler i

årene 2019 til 2021, samt 1. kvartal 2022. Lister med fast lege.

Kilde: FLO

Fotnoter

[42] Ubesatte lister er i stor grad besatt av vikar eller ved kollegial fraværssdekning i påvente av ny fastlege.

[43] se Oslo Economics og Universitetet i Oslo: Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, Evalueringsrapport 1, 2022 og Helsedirektoratet: Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024.Kvartalsrapport 4.kvartal 2021.

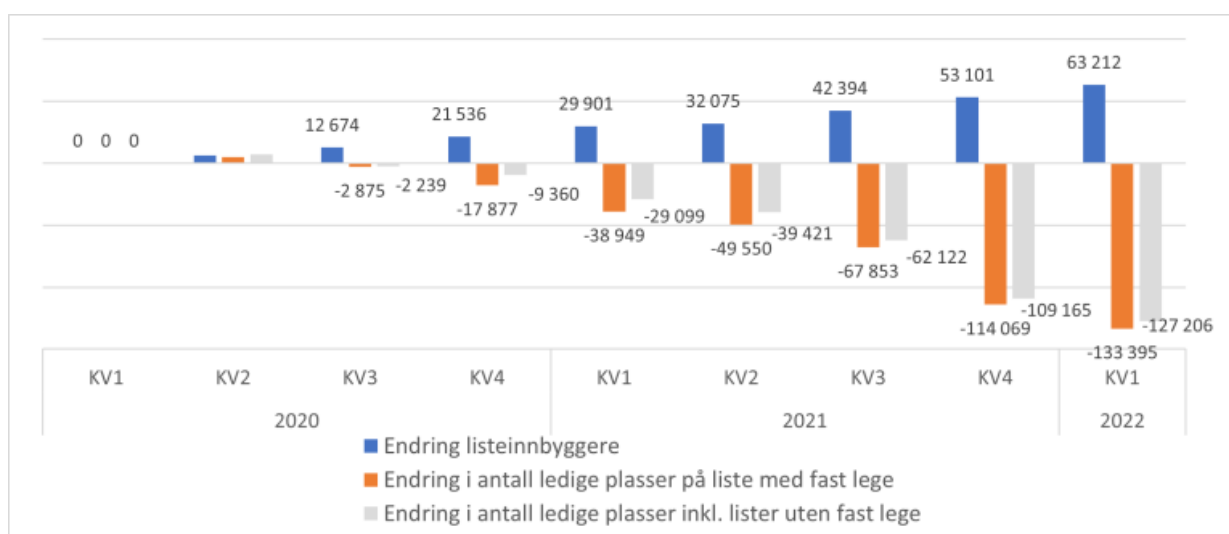
[44] Listelengde og listetak er kortest i de minste kommunene. Dette henger i stor grad sammen at de fleste fastlegene i mindre kommuner har tid avsatt til annet allmennmedisinsk arbeid, som ofte er en forutsetning for god drift av den samlede allmennmedisinske tjenesten i kommunen. I noen små kommuner er registrert listetak samlet for fastlegene mye høyere enn befolkningen i kommunen og gjenspeiler antakelig ikke den reelle kapasiteten.

7.4

Stadig færre ledige plasser hos fast lege

For at fastlegeordningen skal fungere godt må det være nok ledige plasser til at alle kan ha fastlege i den kommunen de er bosatt, men samtidig også kunne velge å bytte lege eller ha fastlege i en annen kommune. Listetaket settes gjennom en avtale med kommunen og angir hvor mange som maksimalt skal kunne stå på listen til den enkelte fastlege. Summen angir omtrent hvor mange listeplasser som er tilgjengelig i fastlegeordningen. Antall ledige plasser er gitt av differansen mellom sum listeplasser (listetak) og listeinnbyggere (listelengde) på et gitt tidspunkt.

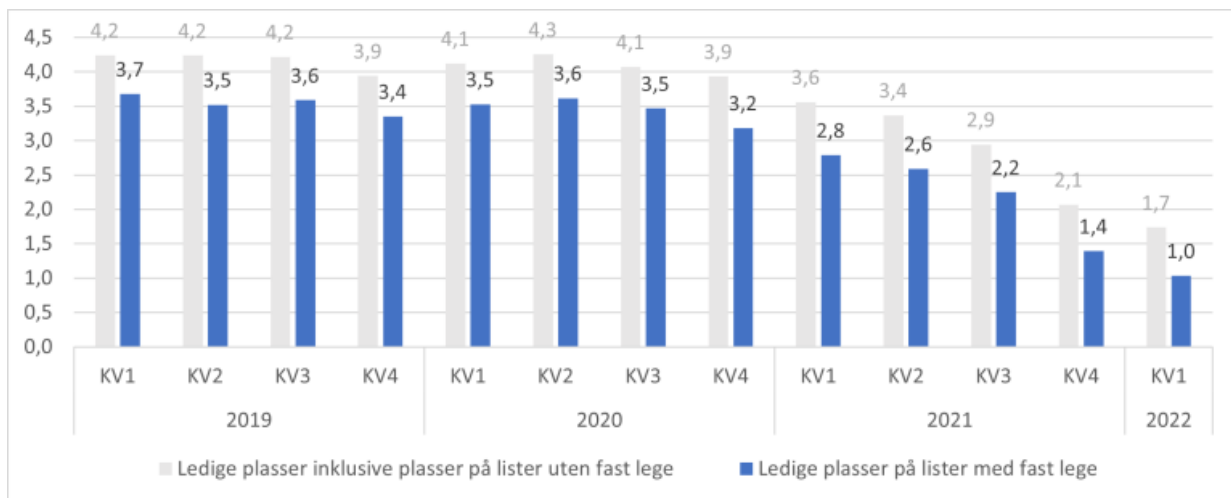
Figur 7.12 viser at forskjellen i antall listeinnbyggere og ledige plasser har blitt større for hvert kvartal siden første kvartal 2020 til og med første kvartal 2022. Antall listeinnbyggere i fastlegeordningen har i denne perioden økt med omtrent 63 000[45]. Samtidig har det samlet for landet blitt over 130 000 færre ledige listeplasser på liste med fast lege. Mens det var 3,5 plasser ledig hos fast lege per 100 listeinnbyggere 1. kvartal 2020 var det redusert til 1 plass to år senere (fig 7.13).



Figur 7.12. Endring i antall listeinnbyggere, antall listeplasser (sum listetak) og ledige listeplasser

(sum listetak- sum listelengde). Kumulativ endring fra 1. kvartal 2020 til 1. kvartal 2022.

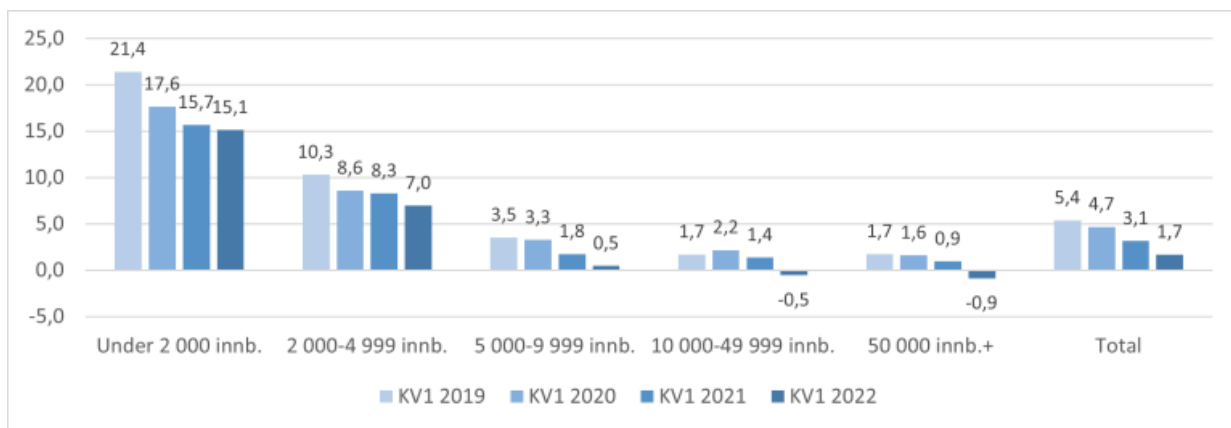
Kilde: FLO



Figur 7.13. Utvikling i antall ledige plasser på lister med fast lege per 100 listeinnbygger nasjonalt. Per kvartal 2019-2022.

Kilde: FLO

De siste to årene er antall ledige plasser på liste med fast lege blitt redusert både i små og store kommuner. Vi har tidligere sett at det er en høyere andel ubesatte lister i mindre kommuner. Basert på tallene registret i FLO ser vi samtidig en svært negativ utvikling i ledige plasser hos fast lege i større kommuner (se Figur 7.14). Over halvparten av kommunene i gruppen med 10-49 000 innbyggere og kommuner over 50 000 innbyggere har samlet for kommunen ingen ledige plasser med fast lege (median under 0). Resultatet kan tolkes i retning av at mange store kommuner har lite rom for å bytte fastlege eller ta inn nye innbyggere, mens manglende fastlegekapasitet i små kommuner i langt større grad er relatert til ubesatte lister heller enn at lista er full.



Figur 7.14. Utvikling i median* antall ledige plasser på lister med fast lege i kommunene målt per 100 listeinnbygger. Fordelt etter kommunestørrelse 1. kvartal 2019-2022.

**Medianen viser at halvparten av kommunen i kommunegruppen har en høyere antall ledige plasser per innbygger og den andre halvparten har lavere.*

Kilde FLO

Fotnoter

[45] Listeinnbyggerne i fastlegeordningen omfatter nesten alle bosatt i Norge. Noen få tusen innbyggere har meldt seg ut av fastlegeordningen. I tillegg har asylsøkere, NATO-personell, diplomater mv. og deres familier rett til fastlege og inngår som listeinnbyggere.

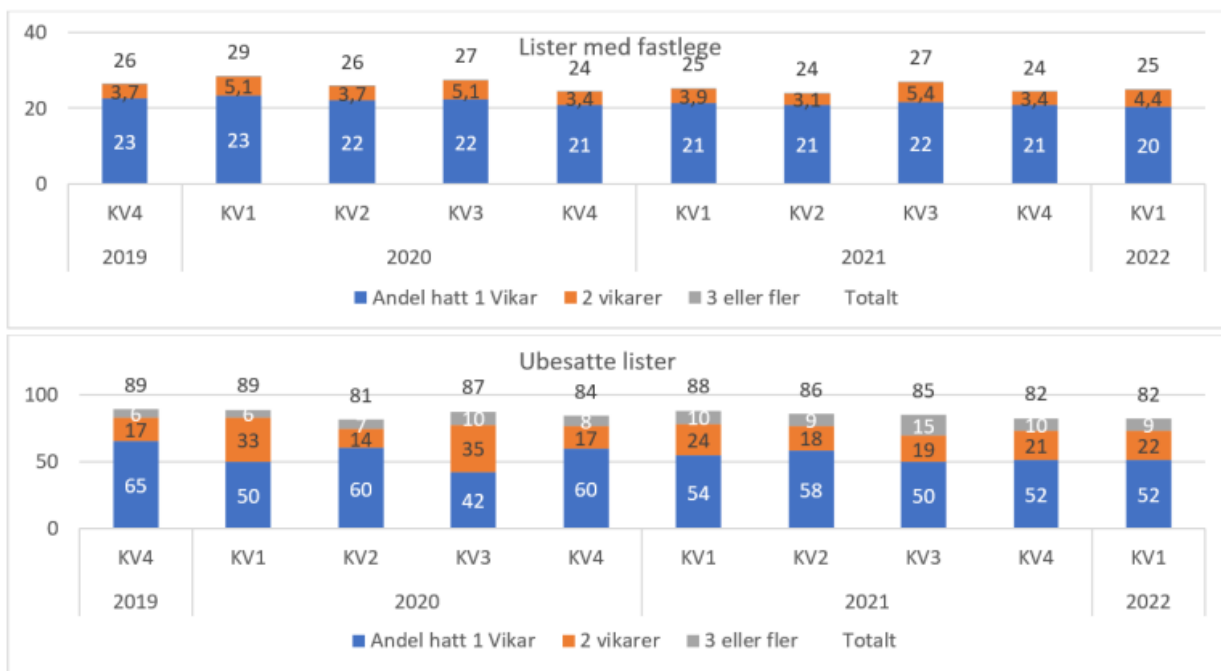
7.5

Stabil andel fastleger bruker vikar, men flere vikardager på ubesatte lister

Vikarer brukes både til å dekke opp for fastlegers fravær og betjene ubesatte fastlegelister. I en situasjon med flere ubesatte lister og høyt press, er fastlegetjenesten helt avhengig av god tilgjengelighet til vikarer. Det er ønskelig at alle lister uten fast lege skal ha en vikar, likevel kan innbyggere på lister uten fast lege dekkes av kollegial fraværsordning i inntil 8 uker per år. Dette registreres da ikke som bruk av vikar. Når en liste blir stående ubesatt lengre enn dette, er det helt avgjørende at vikar er tilgjengelig. Det beste er å unngå skifte av vikar(er) fram til ny fastlege er på plass. Omfattende vikarbruk og hyppig skifte av vikarer gir lav kontinuitet i tjenesten. Spesielt for pasienter med store og sammensatte behov, og med et sykdomsbilde som det kan være komplekst å sette seg inn i, kan hyppig skifte av vikar være uheldig og belastende.

Vikarbruk måles her på to måter. Det første er andel fastleger og ubesatte lister som har hatt vikar i en gitt periode (hvor mange) [46] og det andre er sum vikardager korrigert for stillingsprosent[47] basert på rapporterte vikaravtaler (hvor mye).

25 prosent av fastlegene var registrert å ha hatt vikar i løpet av første kvartal 2022, og avviker ikke spesielt fra tidligere kvartaler. 82 prosent av lister som sto ubesatt ved utgangen av kvartalet var registrert å ha hatt vikar. Noen av disse listene kan ha stått ubesatt i kort tid.



Figur 7.15. Andel lister registrert med 1, 2 og 3 eller flere vikarer siste kvartal og andel med vikar totalt. Fordelt på lister med fast lege og lister uten fast lege på telletidspunktet.

På de ubesatte listene er det mer vanlig at mer enn 1 vikar har betjent listen i løpet av et kvartal. I første kvartal 2022 hadde omtrent 30 prosent av de ubesatte listene hatt mer enn 1 vikar.

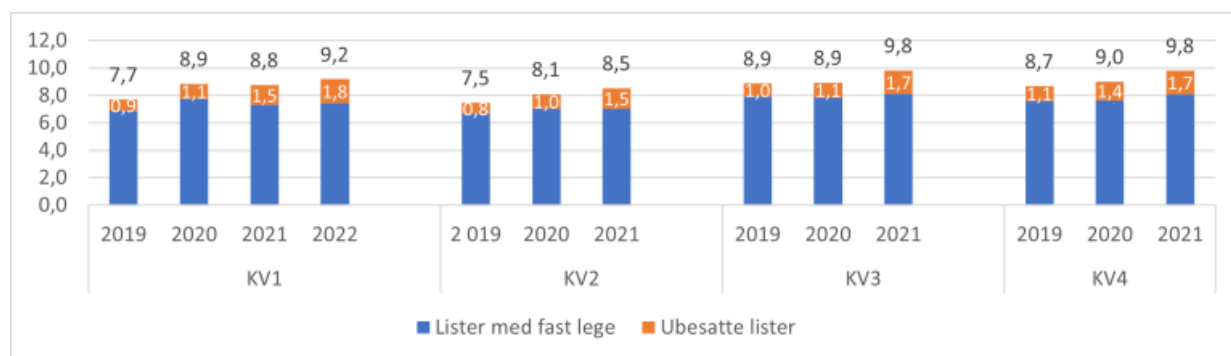
Det ble tidligere vist til en stadig økning i antall ubesatte lister. Dette har naturlig nok medført økt vikarbruk. Vikarbruken målt som estimerte vikardager økte med omtrent 14 prosent fra 2019 til 2021 og antall vikardager knyttet til ubesatte lister økte med 75 prosent i samme periode[48]. Nesten to tredjedeler av økningen i samlet vikarbruk fra 2019-2021 kan knyttes til dekning av ubesatte lister.

Tabell 7.2. Utvikling beregnet antall hele vikardager per år 2019-2021. Korrigert for stillingsprosent og virkedager.

	Vikardager			Prosent endring		
	2019	2020	2021	2019-20	2020-21	2019-2021
Fastleger	155 284	162 855	165 184	4,9	1,4	6,4
Lister uten fast lege	19 924	25 018	34 797	25,6	39,1	74,6
Totalt	175 208	187 873	199 981	7,2	6,4	14,1

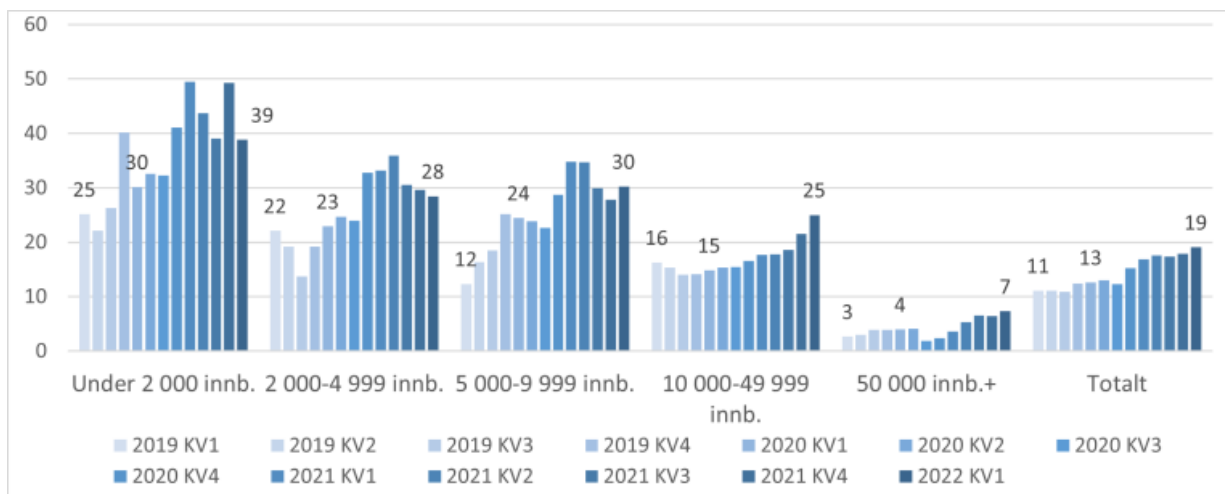
Kilde: FLO

I figur 7.16 framstilles antall vikardager per 1000 listeinnbygger per kvartal fra 2019 til 2022. Sammenlignes første kvartal i 2022 med samme kvartal i årene før var det en vekst, og mest for ubesatte lister. Det må påregnes at økningen er noe større enn det som framkommer her på grunn av etterslep i innregistrering av vikaravtaler for første kvartal 2022.



Figur 7.16. Estimerte vikardager per 1000 listeinnbygger. Per kvartal 2019-2022.

I første kvartal 2022 var 19 prosent av den estimerte vikarbruken knyttet til ubesatte lister. Andelen er ikke uventet høyere i små enn store kommuner på grunn av rekrutteringsutfordringer, men økningen er jevn også i større kommuner. Dette er i samsvar med vekst i antall ubesatte lister også i disse kommunegruppene.



Figur 7.17. Andel vikardager knyttet til ubesatte lister. Fordelt etter kommunestørrelse alle kvartaler 2019-2022.

Fotnoter

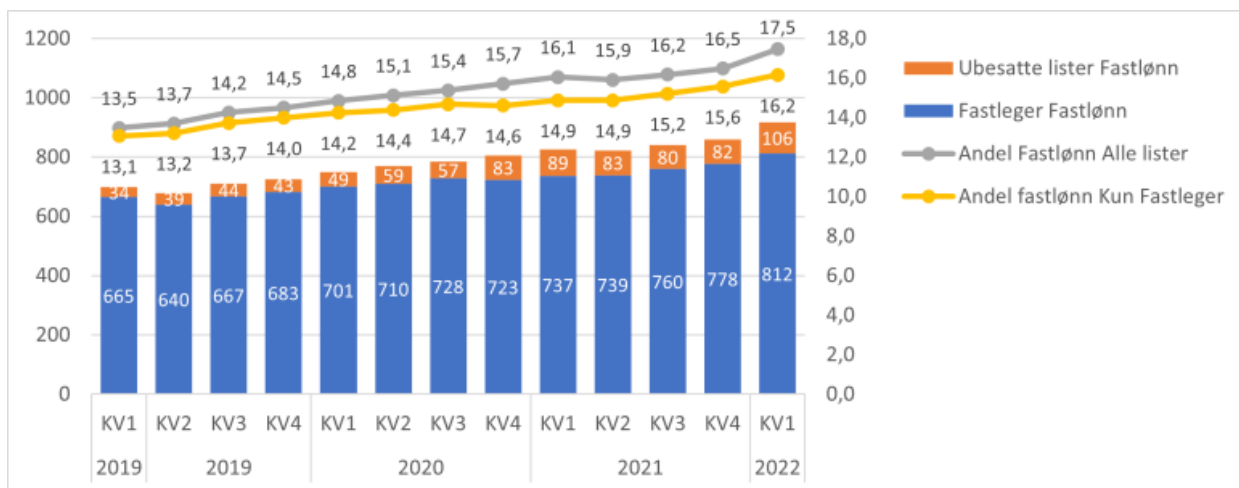
[46] Dette gjelder registrerte vikariater av både kort og lang varighet.

[47] En vikaravtale på 100% setter lik 5 vikardager i uka og 50% 2,5 dager. Dette forutsetter at vikarprosenten i stor grad angis i henhold til arbeidsdager i uka og ikke settes 100 prosent når fastlegen arbeider lavere stillingsandel. Vi har ikke kunnskap om eventuelle systematiske skjevheter i registrering av stillingsprosent på vikarer, men det kan likevel være slike. Gitt at disse er stabile vil vi likevel kunne gi et relativt godt bilde av utviklingen.

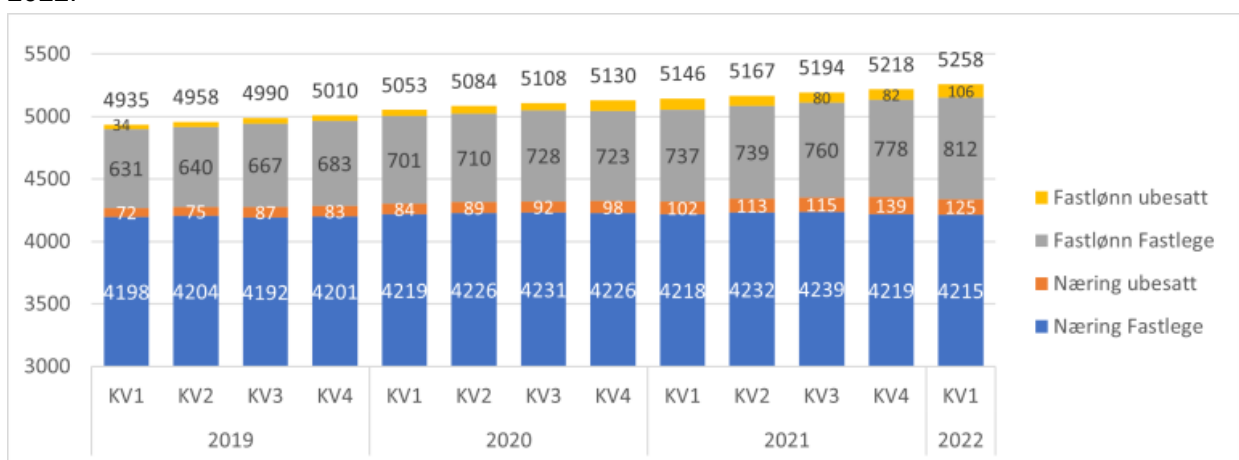
7.6

Antall avtaler registrert som fastlønn øker

De fleste fastleger er selvstendig næringsdrivende. Omtrent 84 prosent av fastlegene har næringsdrift som driftsform, mens ca. 16 prosent er leger ansatt på fastlønn i kommunen per mars 2022. Inkluderes de ubesatte listene, hvor driftsform kan endres ved ansettelse av ny lege, blir andelen fastlønn 17,5 prosent. Antallet fastleger med fastlønnsavtaler økte med 34 i første kvartal 2022 og er den største kvartalsveksten i fastlønnsavtaler de siste tre årene. Legger vi til de ubesatte listene var økningen på 58 lister. Det kan være ulike varianter av fast lønn både med og uten insentivordninger. Dette er beskrevet i kapittel 4 og nærmere analysert i Evalueringsrapport I av handlingsplanen[49].



Figur 7.18. Utvikling Antall og andel avtaler registrert i FLO som fastlønn. Alle kvartaler 2019 til 2022.



Figur 7.19. Antall fastlegeavtaler og ubesatte lister fordelt på registrert driftsform. Per kvartal 2019 til 2022.

Fotnoter

[49] Oslo Economics og Universitetet i Oslo. Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, Evalueringsrapport 1, 2022.

Befolkningens bruk av fastlege og legevakt

Dette kapitlet beskriver aktiviteten i fastlege- og legevaktstjenesten. Det presenteres absolutte tall, men hovedvekt legges på utvikling i bruk av fastlege og legevakt målt per innbygger. Utviklingen beskrives for totalbefolkningen, i ulike aldersgrupper og fordelt etter kommunestørrelse.

Utvikling i bruk av alternative kontaktformer med tjenesten og fysisk tilstedeværelse vektlegges i framstillingen. Fleksibilitet i hvordan man kan konsultere fastlegen og legevakten kan bidra til en mer tilgjengelig tjeneste tilpasset den enkeltes behov. Muligheten for sykebesøk eller digital kontakt vil øke tilgjengeligheten for alle, men spesielt for de som av fysiske eller psykiske årsaker har utfordringer med å komme seg til eller å ta kontakt med legen. Samtidig kan økt tilgjengelighet bidra til økt arbeidsbelastning for legene hvis antall henvendelser øker. Muligheten for alternative kontaktformer har vært spesielt viktig gjennom pandemien.

God samhandling og kontinuitet er viktig for alle pasienter, og spesielt for de med omfattende behov. Det kan være vanskelig å måle dette med tall, men vi har noen tall som berører sider ved dette. Fastlegen har ofte kontakt med andre instanser om pasienten, med eller uten pasient involvert i selve kontakten. Kapitlet presenterer tall for omfanget av kontakt mellom fastlegen og andre helse- og omsorgstjenester og andre instanser basert på registrerte fastlegetakster. Det er viktig å ha med seg at tallene ikke sier noe om innhold og effekt av samhandlingen.

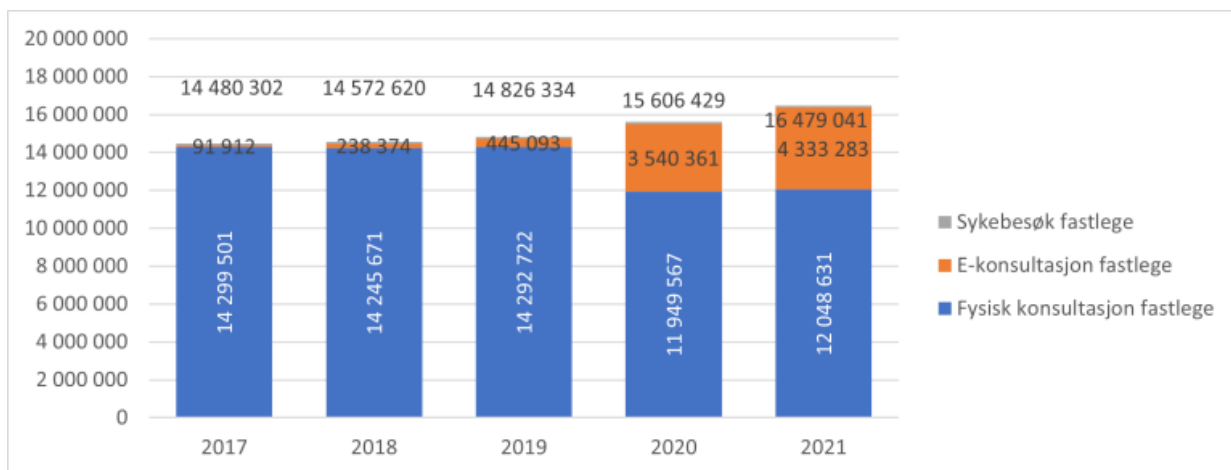
Se vedlegg Tabell V27 for oversikt over hvilke takster som inngår i de ulike kontaktypene. I vedlegget gis det også en samlet oversikt over utvikling i aktiviteten i tjenesten i absolutte tall for perioden 2017 til 2021 (Tabell V23 og Tabell V24) og for 1.kvartal 2022 (Tabell V28 og V29).

8.1

Konsultasjoner med fastlege øker

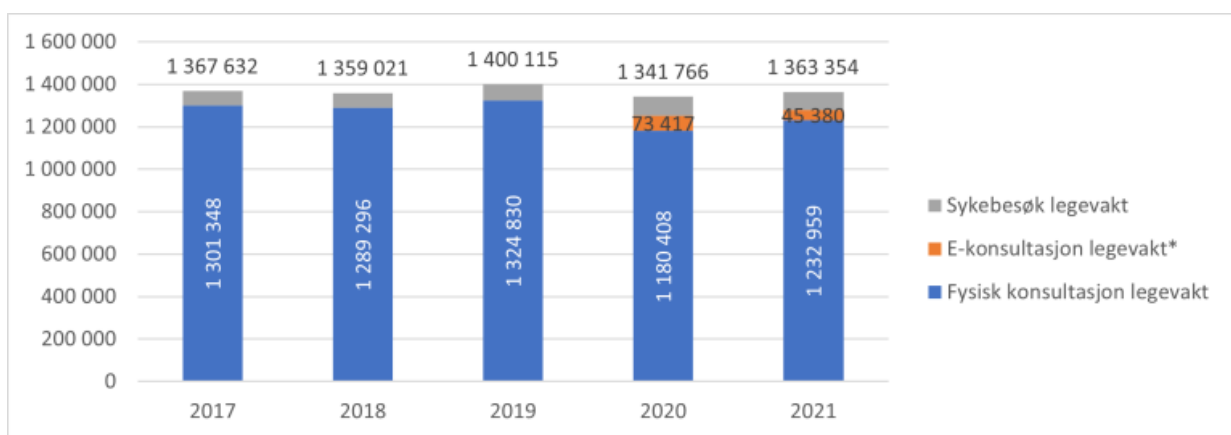
Antall konsultasjoner med fastlege og legevakt har samlet sett økt fra 2017 til 2021 (inkludert sykebesøk. Det blir utført 1,9 millioner flere konsultasjoner med fastlege og legevakt i 2021 sammenlignet med 2017. Økningen skyldes flere konsultasjoner med fastlege. Konsultasjoner hos legevakt var i absolutte tall omtrent uendret konsultasjoner fra 2017 til 2021 (-4 200).

For både fastlege og legevakt var det nedgang i antall fysiske konsultasjoner fra 2017 til 2021 på henholdsvis 16 og 5 prosent (Figur 8.1 og Figur 8.2). For tilsvarende periode har antall e-konsultasjoner hos fastlege vokst enormt (4 600 prosent). Den kraftige økningen kan delvis forklares av pandemien, men det er også en videre dreining til mer elektronisk kontakt med fastlegen som startet tidligere, men ble forsert av pandemien[50]. Det er også viktig å merke seg at fra mars 2020 inkluderer e-konsultasjonstaksten telefonkonsultasjoner i tillegg til tekstlig e-konsultasjon og videokonsultasjoner.



Figur 8.1. Antall konsultasjoner hos fastlege, 2017 til 2021.

Kilde: KPR. Tall over søyler viser verdi for total.



Figur 8.2. Antall konsultasjoner hos legevakt, 2017 til 2021.

Kilde: KPR. * E-konsultasjon ved legevakt ble tatt i bruk 8.april 2020 som en følge av pandemien.

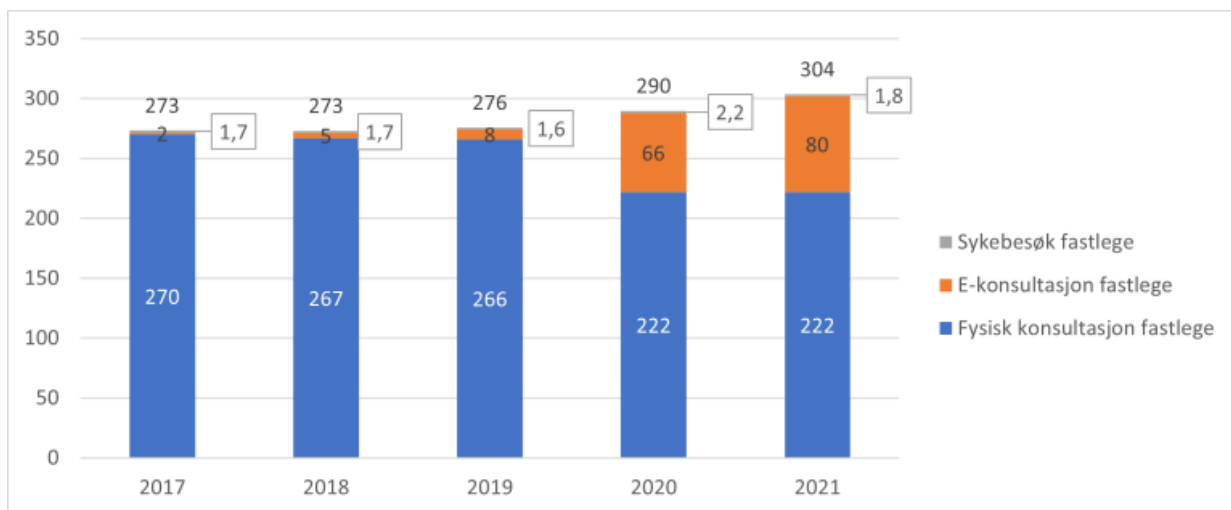
Fra 1.juli 2021 ble det ikke tillatt med e-konsultasjon ved legevakt. Deretter ble det tillatt igjen fra 1.desember 2021. Tall over søyler viser verdi for total.

Aktiviteten kan være et resultat av en stadig voksende befolkning. For å kunne si noe om hver og en av oss i gjennomsnitt bruker tjenesten mer eller mindre må antall konsultasjoner ses opp mot innbyggertall. Vi bruker begrepet konsultasjonsrater som viser antall registrerte konsultasjoner/kontakter per 100 innbyggere hos fastlege eller legevakt i løpet av et gitt kalenderår.

For fastleger har den totale konsultasjonsraten økt fra 273 konsultasjoner per 100 innbyggere til 304 konsultasjoner per 100 innbyggere fra 2017 til 2021 (Figur 8.3). Konsultasjonsraten for fysiske konsultasjoner har gått ned, mens raten for e-konsultasjoner har økt for samme periode. Innbyggerne har flere konsultasjoner hos fastlegen i 2021 enn i 2017, men da gjennom økt bruk av e-konsultasjoner og mindre bruk av fysiske konsultasjoner.

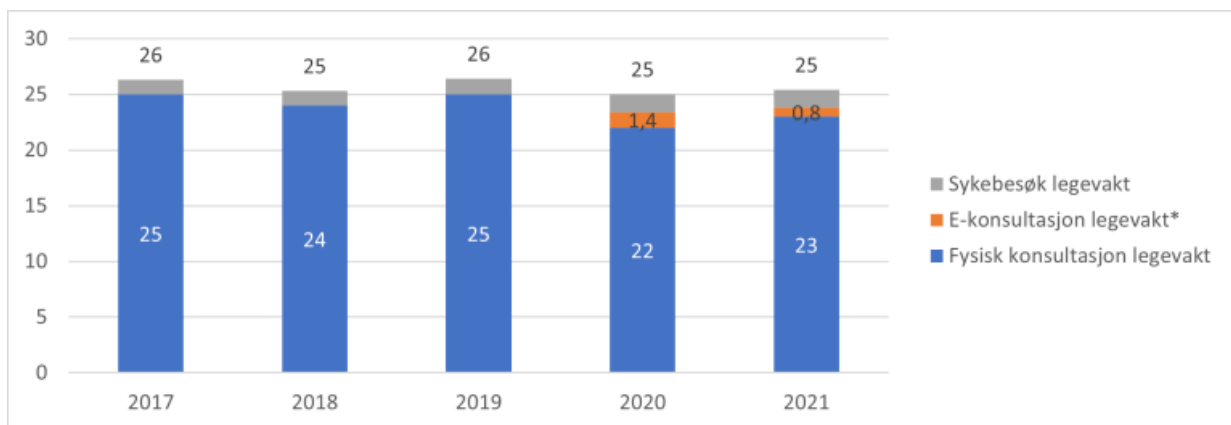
Den totale konsultasjonsraten hos legevakt har gått litt ned fra 2017 til 2021, fra 25 konsultasjoner per 100 innbyggere til 23. Takst for e-konsultasjon ved legevakt ble innført i mars 2020, avviklet fra juli 2021 og deretter gjeninnført i desember 2021. Ulikt antall måneder taksten har vært tillatt brukt vil påvirke tallene og gjøre det vanskelig å sammenligne aktivitet i 2020 og 2021.

Bruken av sykebesøk av fastleger og legevakt er relativt stabil fra 2017 til 2019.



Figur 8.3. Antall konsultasjoner hos fastlege per 100 innbygger, 2017 til 2021.

Kilde: KPR. Tall over søyler viser verdi for total.

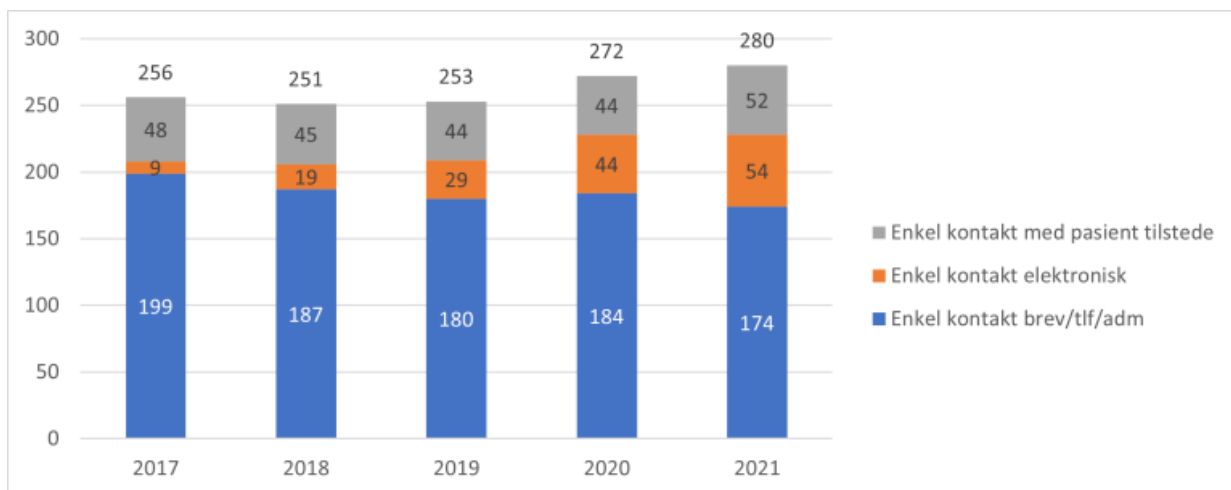


Figur 8.4. Antall konsultasjoner hos legevakt per 100 innbygger, 2017 til 2021.

Kilde: KPR.

Tall over søyler viser verdi for total. *E-konsultasjon ved legevakt ble tatt i bruk 8.april 2020 som en følge av pandemien. Fra 1.juli 2021 ble det ikke tillatt med e-konsultasjon ved legevakt. Deretter ble det tillatt igjen fra 1.desember 2021.

I tillegg til konsultasjoner har listeinnbyggerne mange såkalte enkle kontakter med fastlegen eller legekantoret. Det blir utført 6 830 000 flere enkle kontakter med fastlege og legevakt i 2021 sammenlignet med 2017 (se vedlegg Tabell V23 og V24). Antall enkle elektroniske kontakter med fastlegen og enkle kontakter med pasient til stede hos fastlege øker i samme periode, mens enkle kontakter i form av brev/telefon er redusert. Vi ser de samme utviklingstrekkene ved å måle enkle kontakter per 100 innbyggere med fastlegen (se vedlegg Tabell V23).

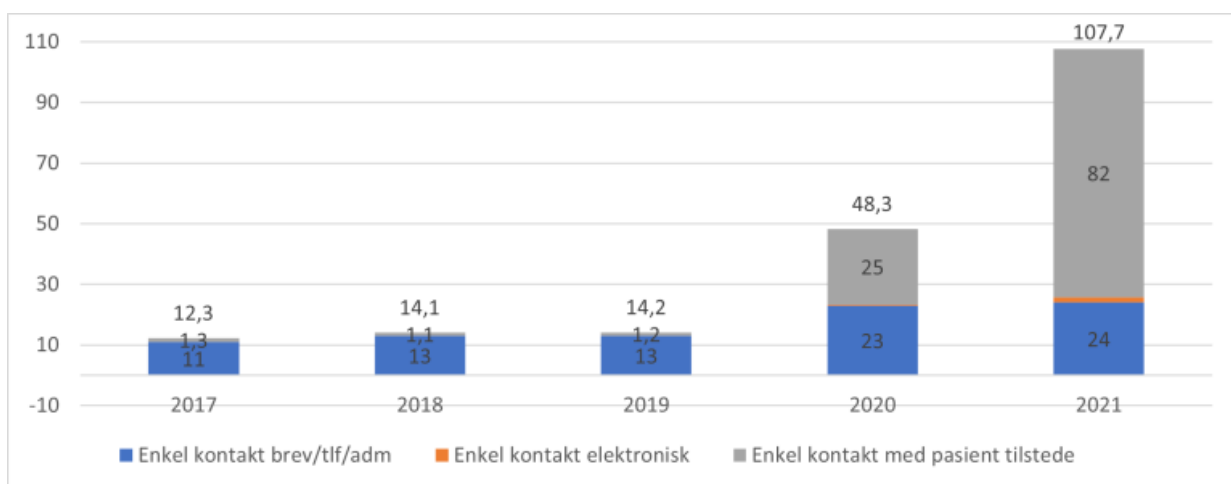


Figur 8.5. Antall enkle kontakter hos fastlege per 100 innbygger, 2017 til 2021.

Kilde: KPR.

Tall over søyler viser verdi for total.

Antall enkle kontakter og bruk av enkle kontakter (per 100 innbyggere) med legevakten øker voldsomt i 2020 og 2021 (se vedlegg Tabell V24). Dette skyldes i stor grad covid-19 testing som går som enkle kontakter med pasient til stede.



Figur 8.6. Antall enkle kontakter hos legevakt per 100 innbygger, 2017 til 2021.

Fotnoter

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

8.2

De eldste har flest, men minst vekst i konsultasjoner

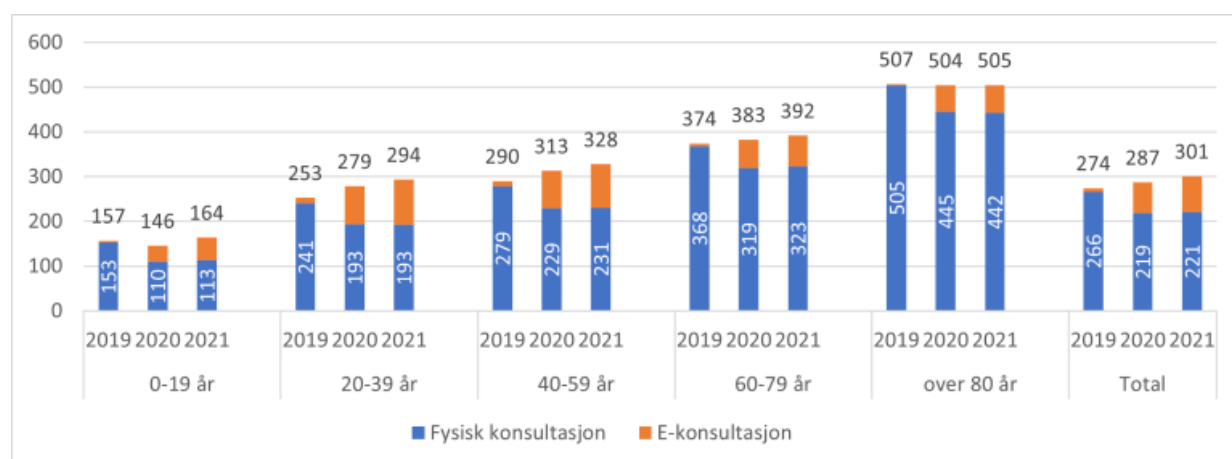
Innledningsvis er det viktig å vise til at det i april 2020 ble innført en ny takst for tverrfaglig e-konsultasjon (2af)[51]. Taksten gjelder tverrfaglig konsultasjon via video og/eller telefon. Både pasient, lege og helsepersonell i kommunal helse- og omsorgstjeneste og/eller ambulansepersonell må være til stede ved konsultasjonen. Dette er et av tiltakene for å sikre at fastlegeordningen forblir en stabil og tilgjengelig

tjeneste gjennom pandemien. Taksten ble generelt avvirket 1. juli 2021, men deretter gjeninnført fra 1. desember 2021. Taksten inngår i e-konsultasjoner i videre beskrivelse. Tverrfaglige e-konsultasjoner utgjør en liten del av e-konsultasjoner og brukes mest i oppfølging av eldre.

Befolkningens samlede konsultasjonsrate hos fastlegen var høyere i 2021 sammenlignet med både 2019 og 2020. Raten var høyere for alle aldersgrupper, unntatt for de aller eldste. Her går raten noe ned, fra 507 til 505 konsultasjoner per 100 innbyggere.

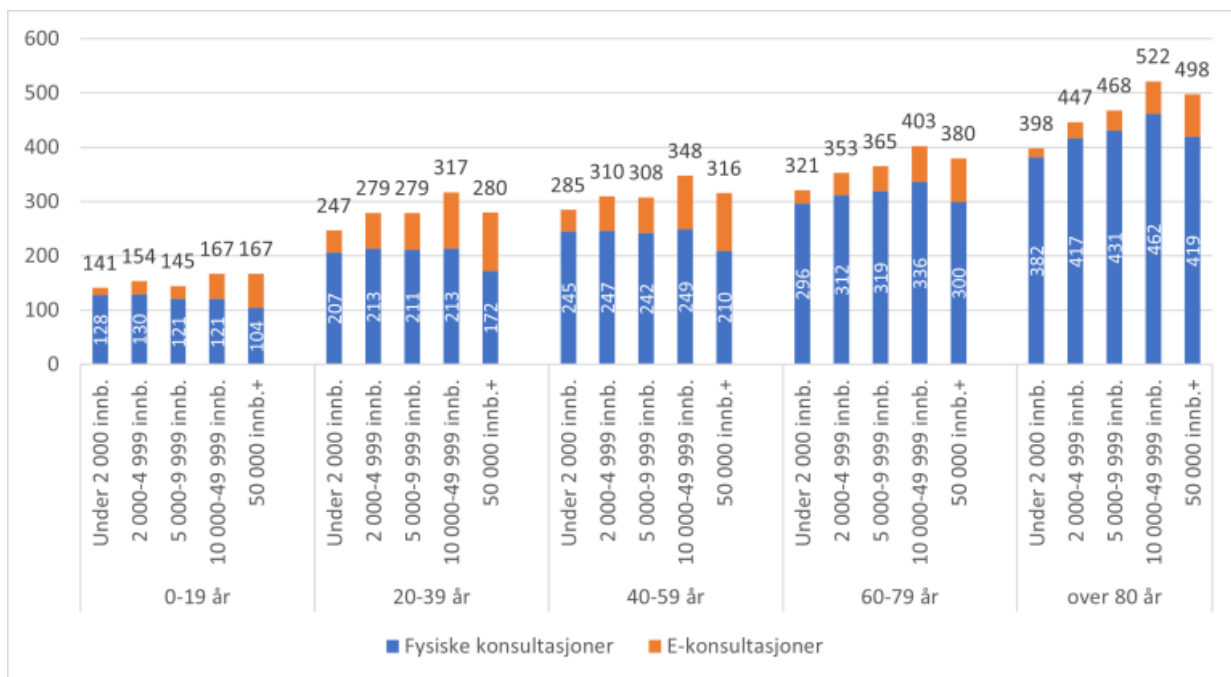
Fra 2019 til 2021 gikk antall fysiske konsultasjoner hos fastlege ned fra 266 til 221 konsultasjoner per 100 innbygger (Figur 8.7). Antall e-konsultasjoner (inklusive telefonkonsultasjoner) økte i samme periode fra 8,3 til 80,3 konsultasjoner per 100 innbyggere. Totalt økte konsultasjonsraten fra 274 til 301. Hvorvidt mer bruk av e-konsultasjoner vil medføre flere kontakter for samme behov for helsehjelp er ikke dokumentert, men antall konsultasjoner per innbygger har økt de siste årene. Til sammenligning økte konsultasjonsraten fra 2017 til 2019 fra 273 til 276.

Antall konsultasjoner øker med alderen. De eldste (over 80 år) har flest antall fysiske konsultasjoner per innbygger (Figur 8.7). I absolutte tall utgjør konsultasjoner med personer over 80 år likevel kun 9 prosent av totalt antall konsultasjoner.



Figur 8.7. Antall fysiske konsultasjoner og e-konsultasjoner (inklusive telefonkonsultasjon) hos fastlege per 100 innbyggere for aldersgrupper og nasjonalt, 2019-2021
Kilde: KPR.

Figur 8.8. Antall fysiske konsultasjoner, e-konsultasjoner (inklusive telefonkonsultasjon) og totalt antall konsultasjoner* hos fastlege per 100 innbyggere for kommunestørrelse og aldersgrupper, 2021. Konsultasjonsraten øker noe med kommunestørrelse i alle aldersgrupper, og mest for de eldste. Befolkningen i kommuner med 10 000- 49 999 innbyggere hadde samlet sett høyest konsultasjonsrate i 2021. Bruken av e-konsultasjoner er også økende med kommunestørrelse.



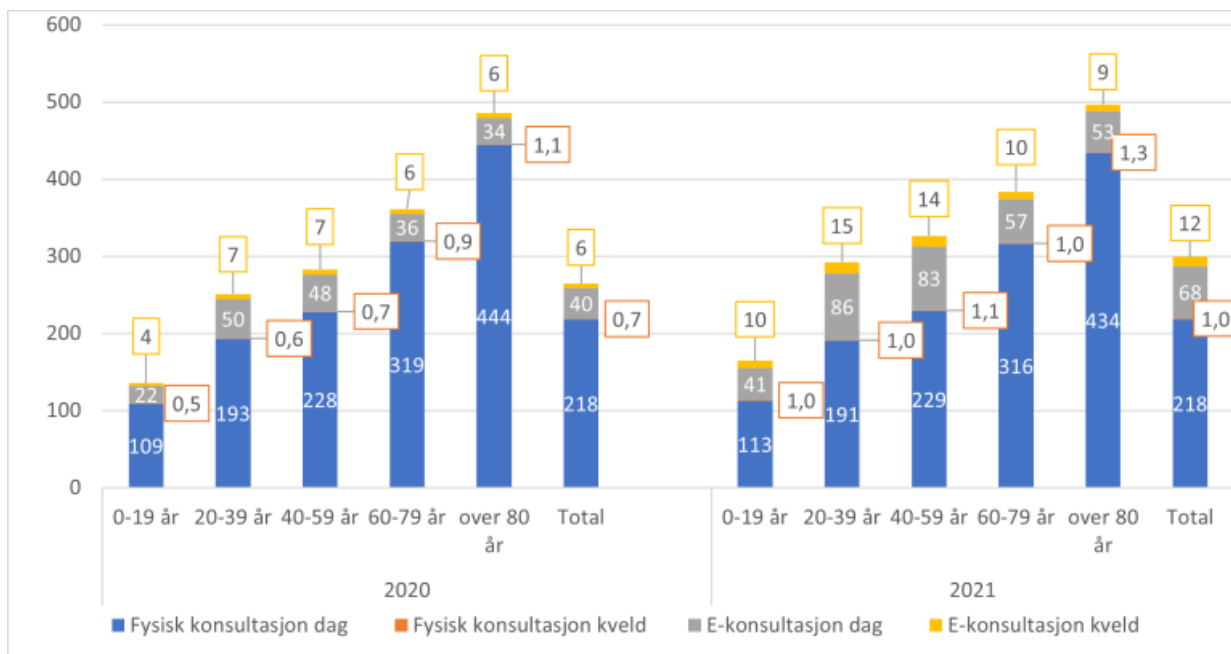
Figur 8.8. Antall fysiske konsultasjoner, e-konsultasjoner (inklusive telefonkonsultasjon) og totalt antall konsultasjoner* hos fastlege per 100 innbyggere for kommunestørrelse og aldersgrupper, 2021.

Kilde: KPR.

*Tall over søyler viser verdi for total.

For alle aldersgrupper er det høyest bruk av konsultasjoner på dagtid i 2021 (antall konsultasjoner per 100 innbygger) (Figur 8.9). Sammenligner man antall fysiske konsultasjoner kveld og e-konsultasjoner kveld med antall dagskonsultasjoner er de lave for alle aldersgrupper (Figur 8.9). Bruken av konsultasjoner på kveldstid (fysiske konsultasjoner på kveld og e-konsultasjoner på kveld per 100 innbygger) har økt mer enn konsultasjoner på dagtid (fysiske konsultasjoner og e-konsultasjoner) fra 2020 til 2021 (Figur 8.9). Av totalt antall konsultasjoner har andelen e-konsultasjoner på kveld økt fra 2 til 4 prosent fra 2020 til 2021 (656 253 konsultasjoner i 2021). Andelen konsultasjoner på dag har tilsvarende gått ned med 2 prosentpoeng.

Pandemien kan ha redusert behovet for legekontakt for noen tilstander på grunn av mindre sosial kontakt. Samtidig vil kontakten knyttet til luftveisplager ha økt på av grunn pandemien.



Figur 8.9. Antall fysiske konsultasjoner og e-konsultasjoner hos fastlege per 100 innbyggere for aldersgrupper fordelt på dag og kveld, 2020 og 2021.

Kilde: KPR.

*Totalrate her inkluderer ikke samtaleterapi. Ratene skiller seg derfor noe fra totalrate vist innledningsvis.

Fotnoter

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

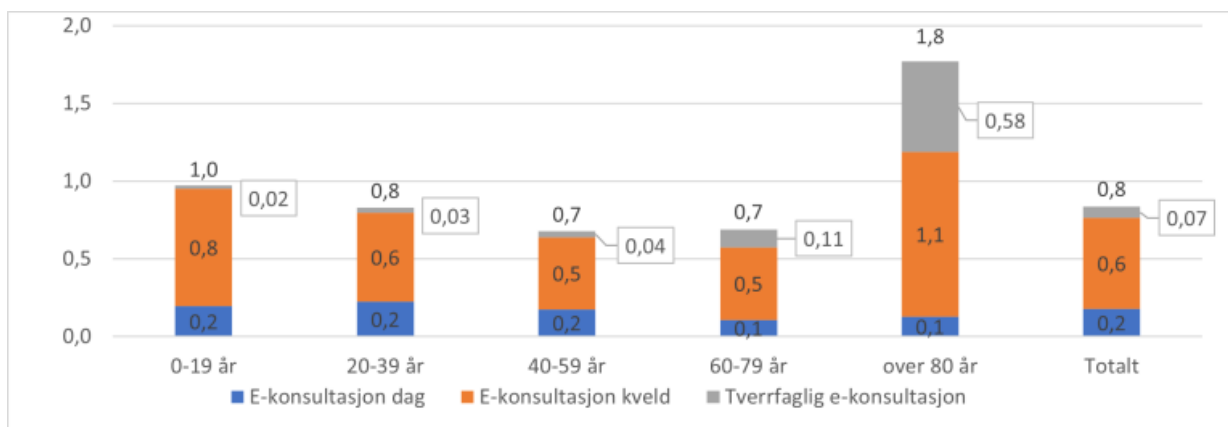
8.3

Høyest bruk av e-konsultasjon med legevakt for de eldste

Totalt antall konsultasjoner (inkludert e-konsultasjoner) ved legevaktene har gått ned med 3 prosent fra 2019 til 2021 (se vedlegg Tabell V24). Målt per innbygger har antall konsultasjoner (inkludert e-konsultasjoner) vært uforandret for samme periode, 24 konsultasjoner per 100 innbygger.

For å gjøre det lettere å gjennomføre konsultasjoner uten fysisk kontakt med pasientene under pandemien ble det fra 16. mars 2020 tillatt å bruke takst for e-konsultasjon (2ae) ved legevakt. Dette inkluderer også telefonkonsultasjoner. Fra 21. juli 2021 ble denne taksten ved legevakten avviklet for deretter å bli gjeninnført 1. desember 2021. Sammenligner man bruk av taksten mellom 2020 og 2021 vil ulikt antall måneder taksten har vært tillatt brukt påvirke tallene.

De eldste hadde i 2021 flest e-konsultasjoner (inkludert telefonkonsultasjoner) ved legevakten (høyest antall konsultasjoner per 100 innbygger) (Figur 8.10). Dette skyldes en høy rate for e-konsultasjoner på kveld og mye bruk av tverrfaglige e-konsultasjoner. I absolutte tall utgjør konsultasjoner med personer over 80 år likevel bare 9 prosent av totalt antall konsultasjoner på legevakt.

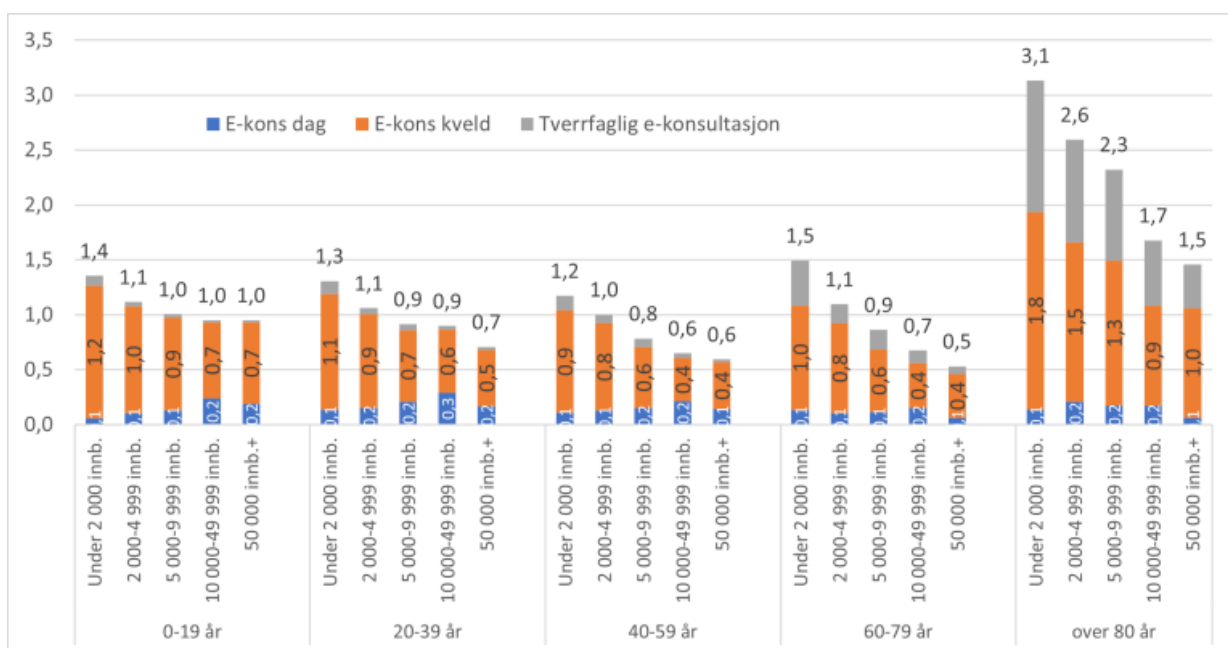


Figur 8.10. Antall e-konsultasjoner dag, e-konsultasjoner kveld, tverrfaglige e-konsultasjoner og totalt antall e-konsultasjoner hos legevakt per 100 innbyggere for aldersgrupper og Norge totalt, 2021.

Kilde: KPR.

*E-konsultasjon ved legevakt ble tatt i bruk 8.april 2020 som en følge av pandemien. Fra 1.juli 2021 ble det ikke tillatt med e-konsultasjon ved legevakt. Deretter ble det tillatt igjen fra 1.desember 2021.

Målt per innbygger er antall e-konsultasjoner (inklusive telefonkonsultasjon) med legevakt på kveld og antall tverrfaglige e-konsultasjoner synkende med kommunestørrelse (Figur 8.10). For e-konsultasjoner på dagtid ser man motsatt mønster, der er bruken mest utbredt i de største kommunene (over 10 000 innbyggere). Raten for e-konsultasjoner med legevakt (dag, kveld og tverrfaglig) minsker med kommunestørrelse for alle aldersgrupper.



Figur 8.11. Antall e-konsultasjoner dag, e-konsultasjoner kveld, tverrfaglige e-konsultasjoner og totalt e-konsultasjoner* hos legevakt per 100 innbyggere fordelt på kommunestørrelse og

aldersgrupper, 2021.

Kilde: KPR.

*Tall over søyler viser verdi for total.

8.4

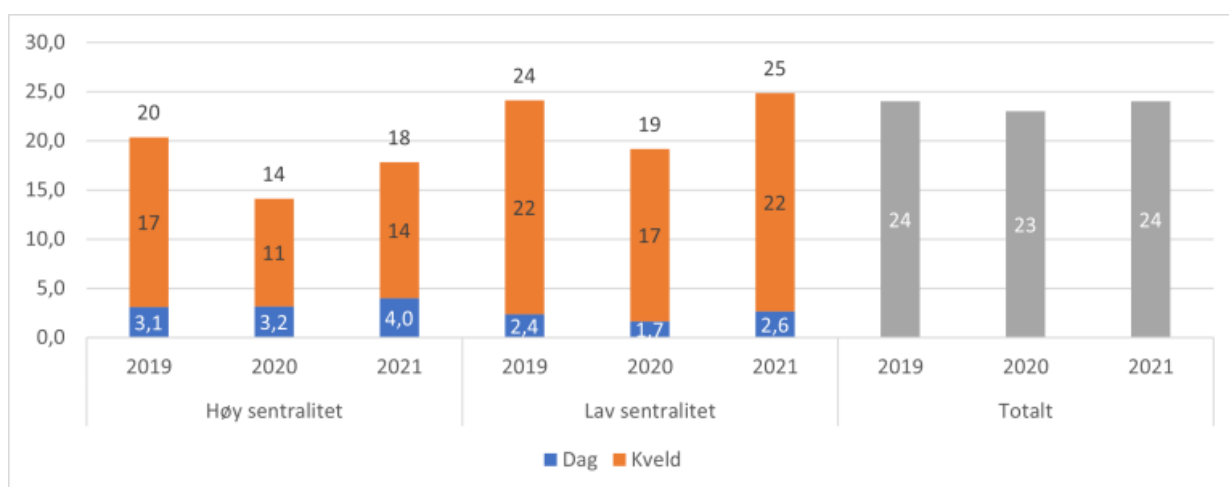
Høy konsultasjonsrate kveld for legevakt ved lav sentralitet

Nedenfor sammenlignes konsultasjonsratene på legevakt i kommuner med høy sentralitet med kommuner med lav sentralitet i henhold til SSB sin sentralitetsindeks. Fordi e-konsultasjoner kun utgjorde 3,7 prosent av alle konsultasjoner ved legevakt i 2021 ser vi på alle konsultasjoner samlet.

Konsultasjonsraten hos legevakt på dagtid er høyest i kommuner med høy sentralitet, mens konsultasjonsraten på kveldstid er høyest i kommuner med lav sentralitet (Figur 8.12).

I 2021 ble det gjennomført 4 konsultasjoner per 100 innbyggere på dagtid i kommuner med høy sentralitet sammenlignet med 2,6 konsultasjoner i kommuner med lav sentralitet.

Raten for kveldskonsultasjoner var den samme i 2019 og 2021 i kommuner med lav sentralitet (lavere i 2020). I kommuner med høy sentralitet var konsultasjonsraten blitt noe redusert i denne perioden.

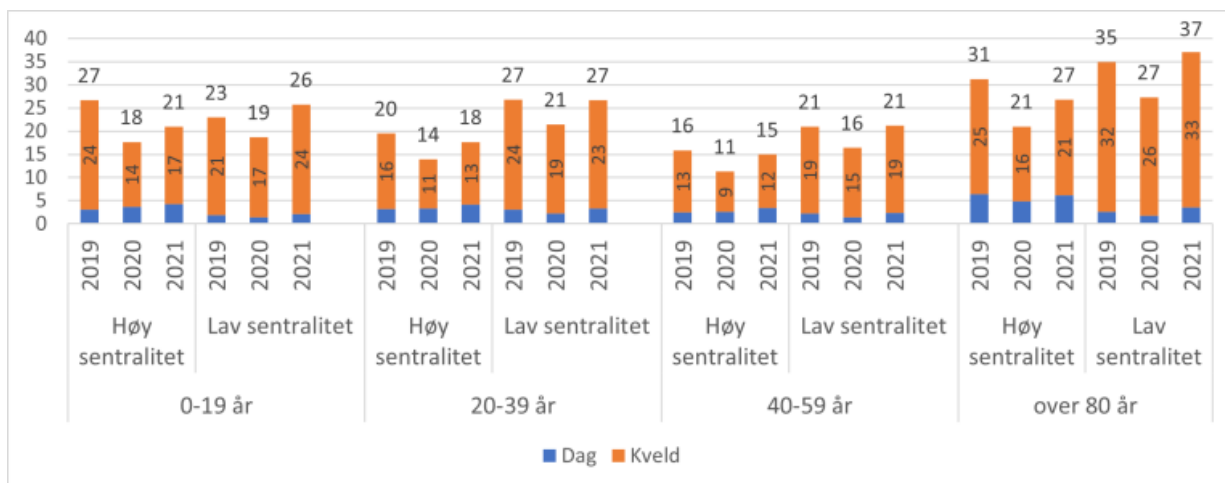


Figur 8.12. Antall konsultasjoner på dagtid, kveldstid og totalt* inkludert e-konsultasjoner hos legevakt per 100 innbyggere. For kommuner med høy og lav sentralitetsindeks totalt for Norge. Kilde: KPR.

*Tall over søyler viser verdi for total.

Konsultasjonsraten hos legevakt på dagtid økte for alle aldersgrupper fra 2019 til 2021. Unntaket er de eldste i kommuner med høy sentralitet (Figur 8.13). De eldste i de mest sentraliserte kommunene hadde flest konsultasjoner på dagtid målt per 100 innbygger.

Bruken av legevakt på kveld er høyest i kommuner med lav sentralitet.



Figur 8.13. Antall konsultasjoner på dagtid, kveldstid og totalt* inkludert e-konsultasjoner hos legevakt per 100 innbyggere. For kommuner med høy og lav sentralitetsindeks og aldersgrupper innenfor hver av gruppene, 2019-2021.

Kilde: KPR.

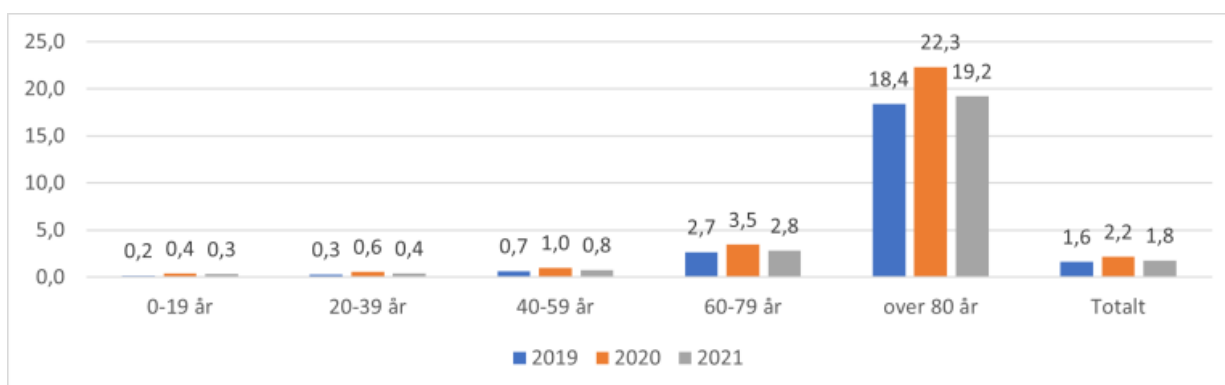
*Tall over søyler viser verdi for total.

8.5

Stabil bruk av sykebesøk

I 2021 var det 10 prosent flere sykebesøk av fastlege sammenlignet med 2019 målt i absolutte tall. Fra forrige år, 2020, har det vært en nedgang på 17 prosent. Det var forhøyet bruk av sykebesøk i 2020, noe som muligens kan forklares av pandemien.

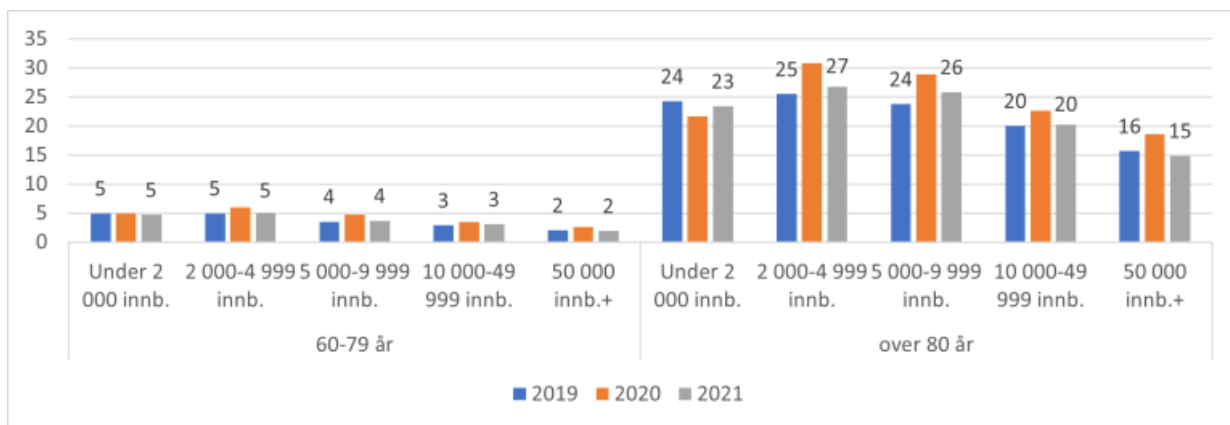
Målt per innbygger har antall sykebesøk av fastlege vært stabil på rundt 2 sykebesøk per 100 innbygger siden 2017. De eldste over 80 år har langt oftere sykebesøk av fastlege enn øvrige aldersgrupper (Figur 8.14). Også i absolutte tall (se vedlegg Tabell V23) var det flest sykebesøk til eldre.



Figur 8.14. Antall sykebesøk av fastlege per 100 innbyggere for aldersgrupper, 2019-2021.

Kilde: KPR.

Sykebesøk til eldre er noe lavere i de største kommunene samlet sett (Figur 8.15). Sammenlignet med 2019 har raten for sykebesøk av fastlege vært ganske stabil.

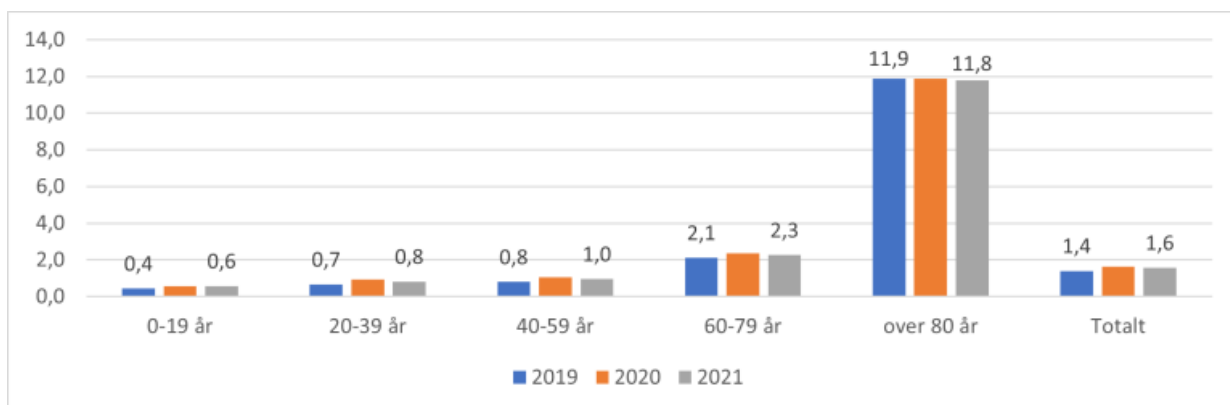


Figur 8.15. Antall sykebesøk av fastlege per 100 innbyggere for aldersgruppene 60-79 år og de over 80 år og kommunestørrelse, 2019-2021.

Kilde: KPR.

I 2021 var det 12 prosent flere sykebesøk av legevakt sammenlignet med 2019. Fra forrige år, 2020, har det vært en nedgang på 3 prosent.

Målt per innbygger var antall sykebesøk utført av legevakt relativt stabil fra 2019 til 2021 (Figur 8.16). Man vet fra tidligere rapporter [52] at sykebesøk er en type kontakt som i hovedsak tilbys eldre. Dette ser man i tallene her også.

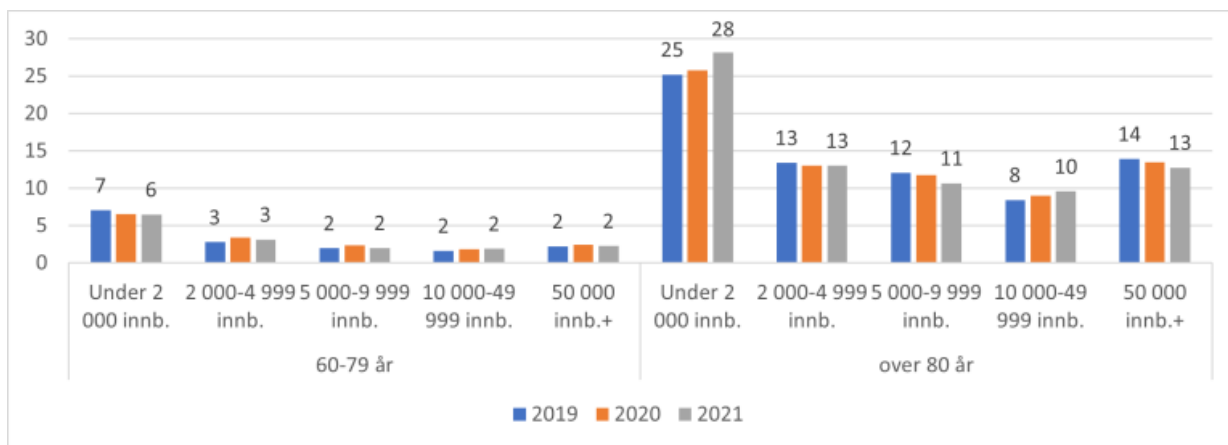


Figur 8.16. Antall sykebesøk av legevakt per 100 innbyggere for aldersgrupper, 2019-2021.

Kilde: KPR.

For innbyggere over 60 år finner man mest bruk av sykebesøk av legevakt i de aller minste kommunene (Figur 8.17). For de mellom 60 og 79 år har de minste kommunene samlet rundt 6 sykebesøk per 100 innbyggere i 2021. For de eldste, de over 80 år, har de minste kommunene 28 sykebesøk per 100 innbyggere.

Kommuner med færre enn 2000 innbyggere har høyere bruk av legevakt blant eldre enn andre kommuner (som gruppe). Dette samsvarer med funn gjort i Ekspertgruppe Legevakt sin rapport til Helse- og omsorgsdepartementet [53].



Figur 8.17. Antall sykebesøk av legevakt per 100 innbyggere for aldersgruppene 60-79 år og de over 80 år og kommunestørrelse, 2019-2021.

Kilde: KPR.

Fotnoter

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

[53] [Kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning \(regjeringen.no\)](https://regjeringen.no).

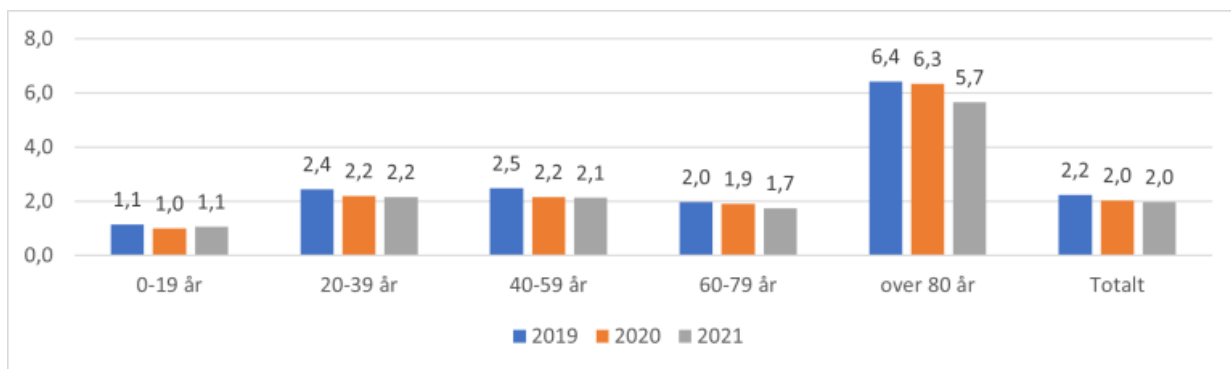
8.6

Deltagelse i tverrfaglige samarbeidsmøter og dialogmøter

Fastlegene har i tillegg til direkte kontakt med pasientene også kommunikasjon med andre instanser, sammen med eller på vegne av pasienter. Dette inkluderer tverrfaglige møter med andre deler av helse- og omsorgstjenesten og dialogmøter med NAV.

Målt per innbygger har gruppen over 80 år vært gjenstand for 6 tverrfaglige møter per 100 innbygger i 2021 (Figur 8.18), som er omtrent tre ganger mer enn i den øvrige befolkningen. Andelen faktiske møter knyttet til eldre over 80 år utgjør likevel bare 13 prosent av alle tverrfaglige møter fastlegene deltar på (hvor denne taksten er brukt).

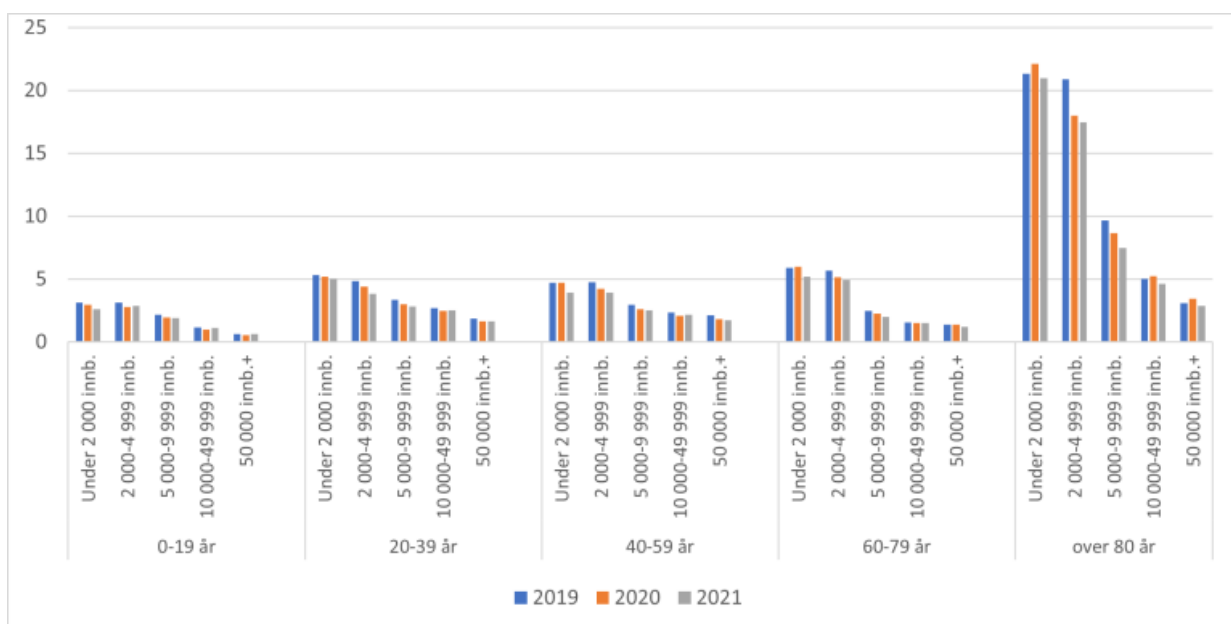
Det ble utført 1 møte per 100 innbyggere for befolkningen under 20 år, mens for de øvrige deltar legen på 2 møter per 100 innbyggere. For den yngre delen av befolkningen vet man at disse møtene som oftest er relatert til rus og psykisk helse [54] Totalt, og for de aller yngste er bruken av tverrfaglige samhandlingsmøter uendret fra 2019 til 2021 (antall møter per 100 innbyggere). For de øvrige aldersgruppene har det vært en liten nedgang.



Figur 8.18. Antall tverrfaglige samarbeidsmøter per 100 innbyggere 2019-2021 for aldersgrupper og Norge totalt.

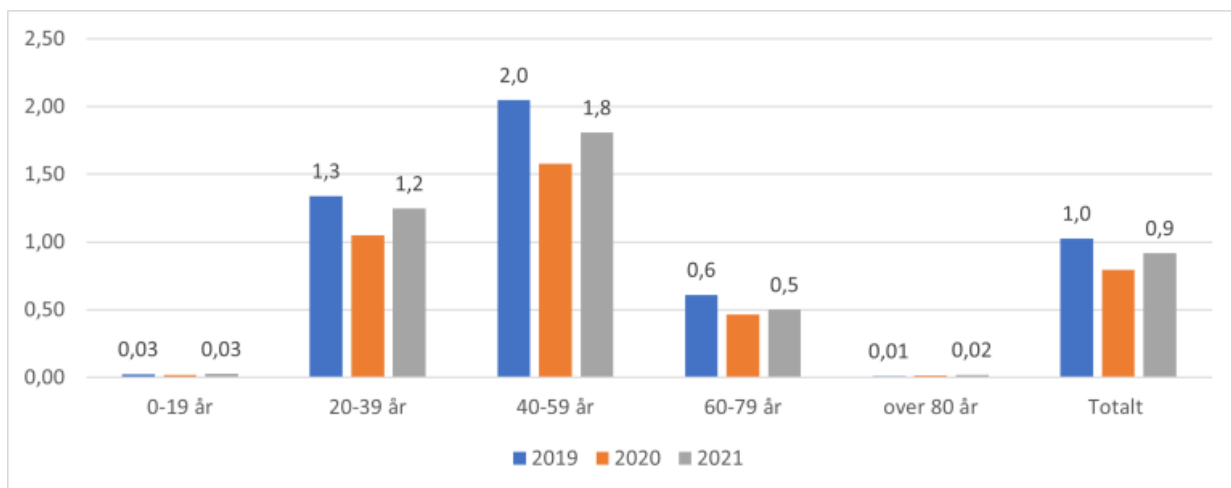
Kilde: KPR.

Det er betydelig forskjell i bruken tverrfaglige samhandlingsmøter i store og små kommuner (Figur 8.19). Forskjellen er av såpass stor betydning at den mest sannsynlig ikke kan forklares av ulikheter i behov.



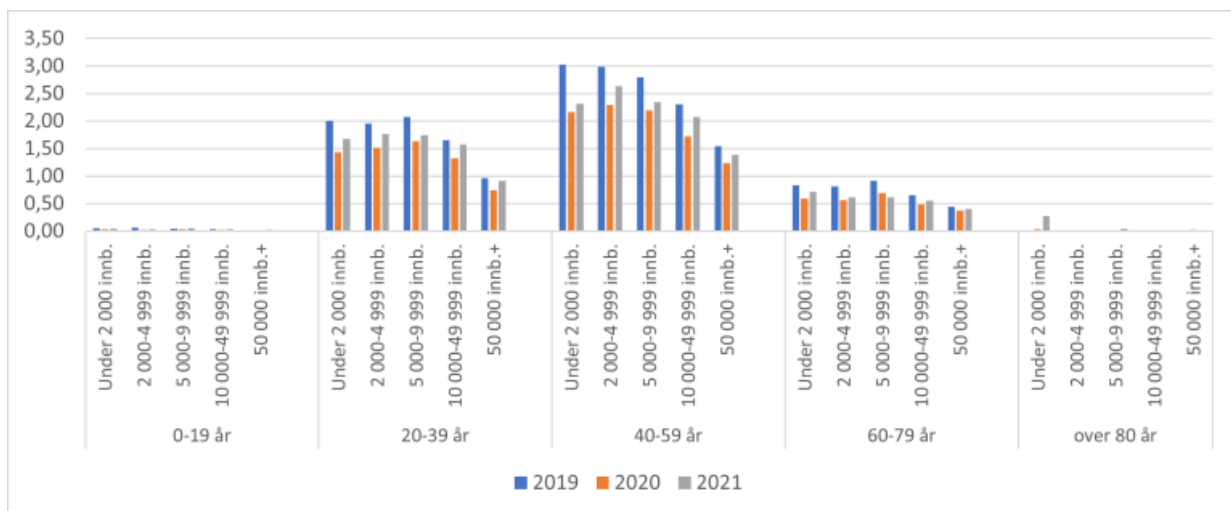
Figur 8.19. Antall tverrfaglige samarbeidsmøter per 100 innbyggere for aldersgrupper og kommunestørrelse, 2019-2021.

Fastlegen har dialogmøter med NAV for å følge opp sykmeldte og innbyggere som står i fare for å falle ut av skole og arbeid. Også for denne typen møter har det vært en liten nedgang fra 2019 til 2021 for alle aldersgrupper, unntatt for de eldste, hvor bruken har vært uendret (Figur 8.20). Høyest bruk blant de mellom 20 og 59 år er som forventet da det er disse som er i yrkesaktiv alder. Raten (per 100 innbyggere) for deltakelse i dialogmøter er lavest i gruppen med de aller største kommunene (figur 8.21). Om dette samvarierer med variasjon i faktisk forekomst av slike møter er ikke undersøkt her.



Figur 8.20. Antall dialogmøter NAV per 100 innbyggere 2019-2021 for aldersgrupper og Norge totalt.

Kilde: KPR.



Figur 8.21. Antall dialogmøter NAV per 100 innbyggere 2019-2021 for aldersgrupper og kommunestørrelse.

Kilde: KPR.

Fotnoter

[54] Listelengde og pasientenes kontakt med allmennlegetjenesten. SAMDATA kommune. Analysenotat 3/2018.

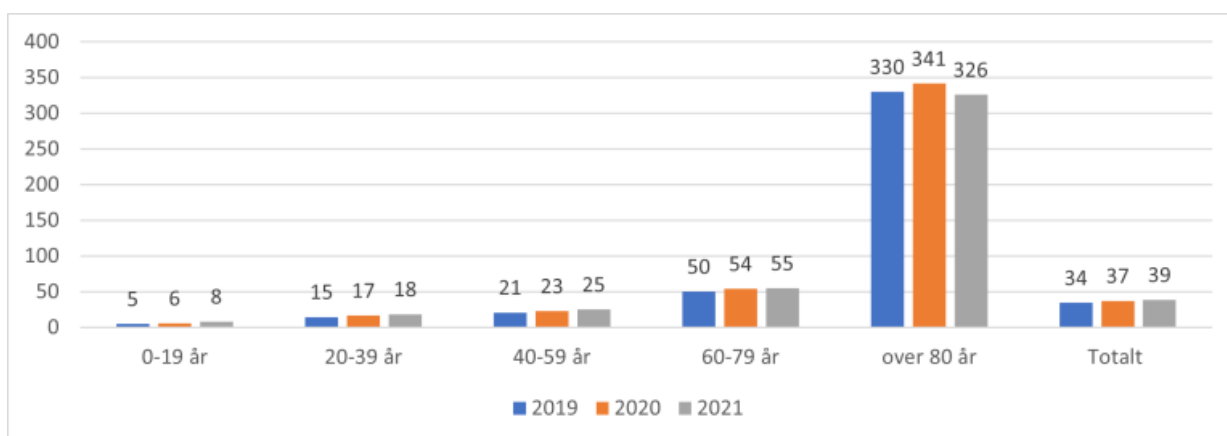
8.7

Enkel kontakt med andre instanser om pasienten

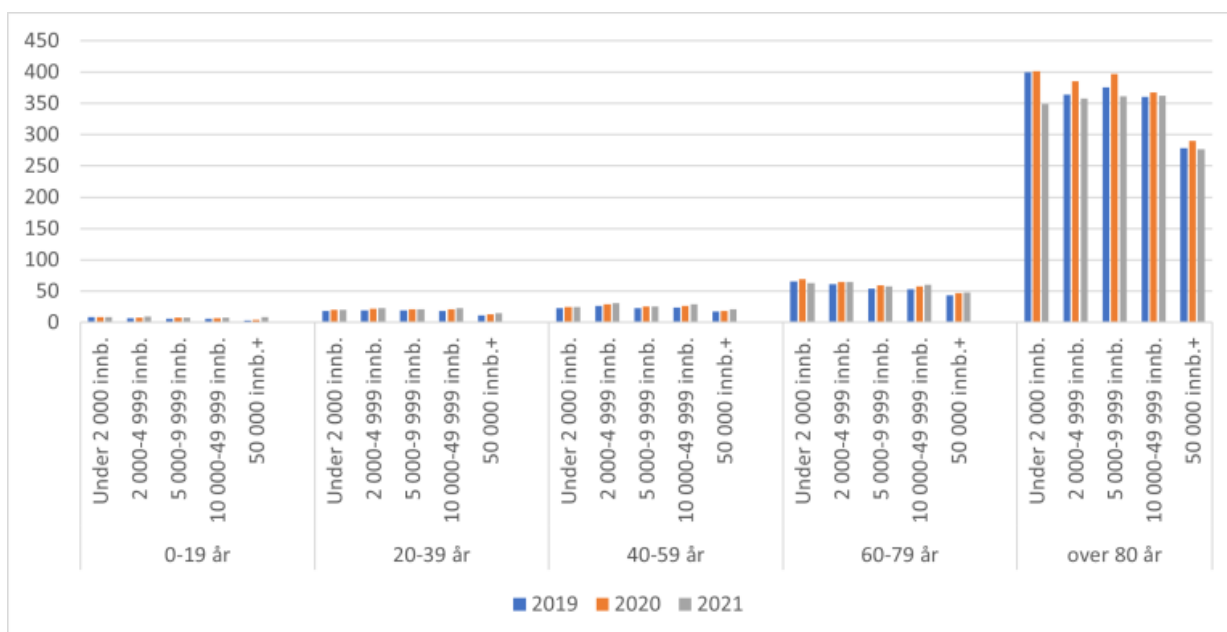
Fastleger har i tillegg til samarbeidsmøter kortere og mer hyppige kontakter med annet helsepersonell og tjenester i kommunene. Også denne typen kontakt er mer vanlig i oppfølging av eldre linsteinnbyggere enn

yngre. Antall enkle kontakter med tjenesten øker totalt fra 2019 til 2021 med 13 prosent i absolutte tall. Totalt er det en svak økning i bruken av denne typen kontakt målt per innbygger fra 2019 til 2021 (Figur 8.22).

Det var litt økning for samtlige aldersgrupper så nær som de eldste, hvor det er en liten nedgang. Også her er raten (antall møter per 100 innbygger) lavest for gruppen med de største kommunene (over 50 000 innbyggere) (Figur 8.23). Det er verdt å merke seg at det kan være store forskjeller innad i kommunegruppene.



Figur 8.22. Antall enkle kontakter med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV per 100 innbyggere for aldersgrupper og totalt Norge, 2019-2021.
Kilde: KPR.



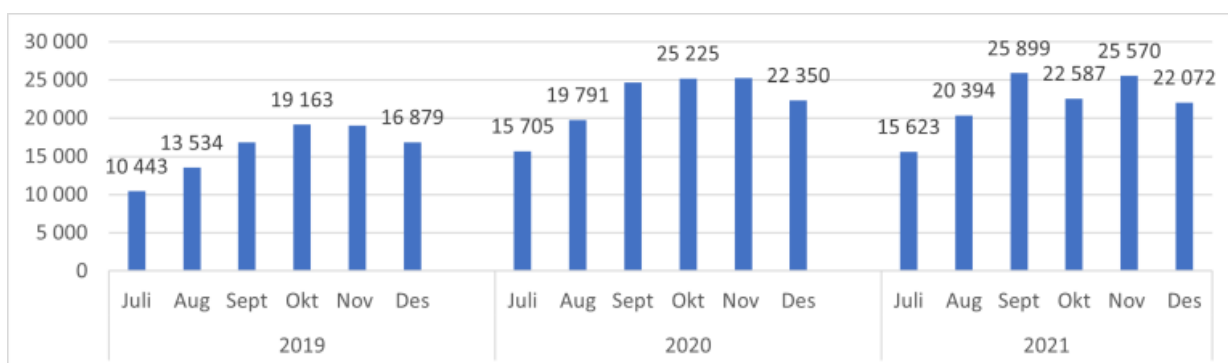
Figur 8.23. Antall enkle kontakter med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV per 100 innbyggere for aldersgrupper og kommunestørrelse, 2019-2021.
Kilde: KPR.

8.8

Samhandling mellom fastlegene og spesialisthelsetjenesten

Fra 1. juli 2019 ble det innført en ny takst (1j) for kontakt mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten. Taksten skal dekke nødvendig dialog mellom fastlegen eller stedfortreder og lege i spesialisthelsetjenesten. Den kan ikke kreves for elektronisk oversendelse av henvisning eller epikrise, og kan heller ikke kombineres med takst for konsultasjon. Tallene sier noe om bruken av denne typen kontakt, ikke noe om innhold eller effekt.

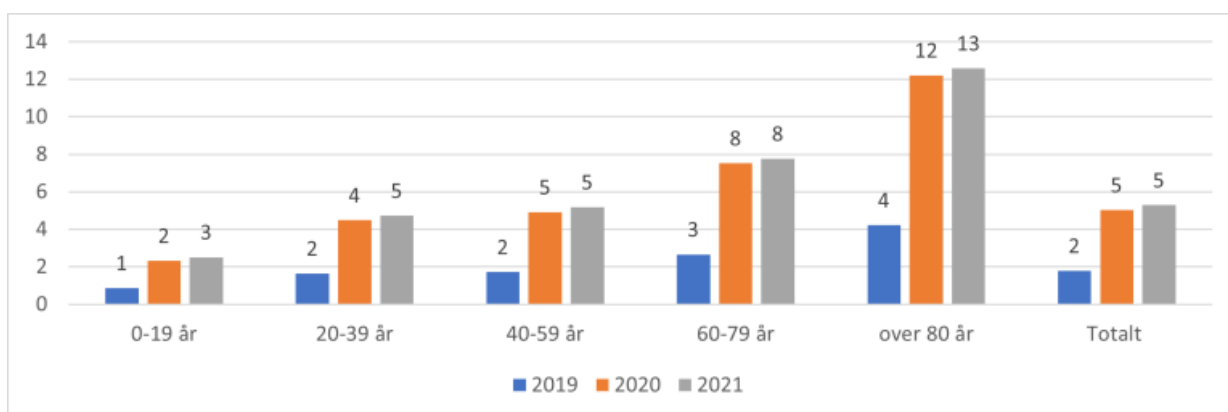
Figur 8.24 viser at bruken av taksten økte fra 2019 til 2020, for deretter å holde seg stabil fra 2020 til 2021. Taksten ble utløst 38 prosent flere ganger i perioden juli til desember 2020 sammenlignet med samme periode i 2019. Sammenligner man juli til desember 2020 med 2021 er nivået det samme.



Figur 8.24. Antall registrerte enkle kontakter mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten juli til desember 2019-2021.

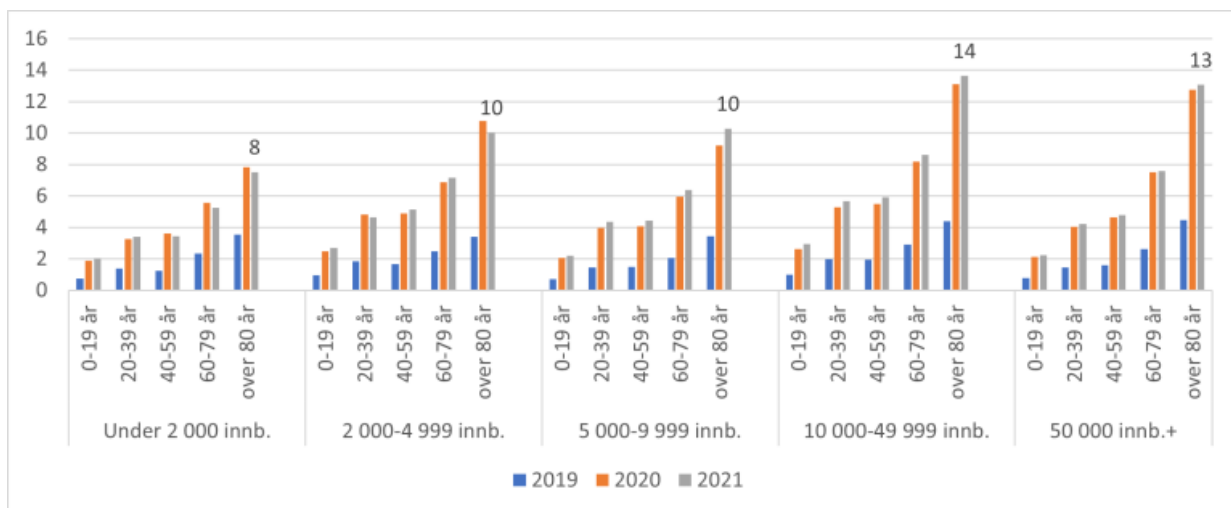
Kilde: KPR.

Antall kontakter per 100 innbygger øker med økende alder, hvilket er å forvente da behovet for helsehjelp øker med alderen (Figur 8.25). I 2021 var antall kontakter per 100 innbygger lavest for gruppen med de minste kommunene og høyere i kommuner med over 10 000 innbyggere (Figur 8.26).



Figur 8.25. Kontakter mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste (antall kontakter per 100 innbyggere) for aldersgrupper og Norge totalt, 2021.

Kilde: KPR.



Figur 8.26. Kontakter mellom fastlege og spesialisthelsetjeneste (per 100 innbyggere) for aldersgrupper og kommunestørrelse, 2021.

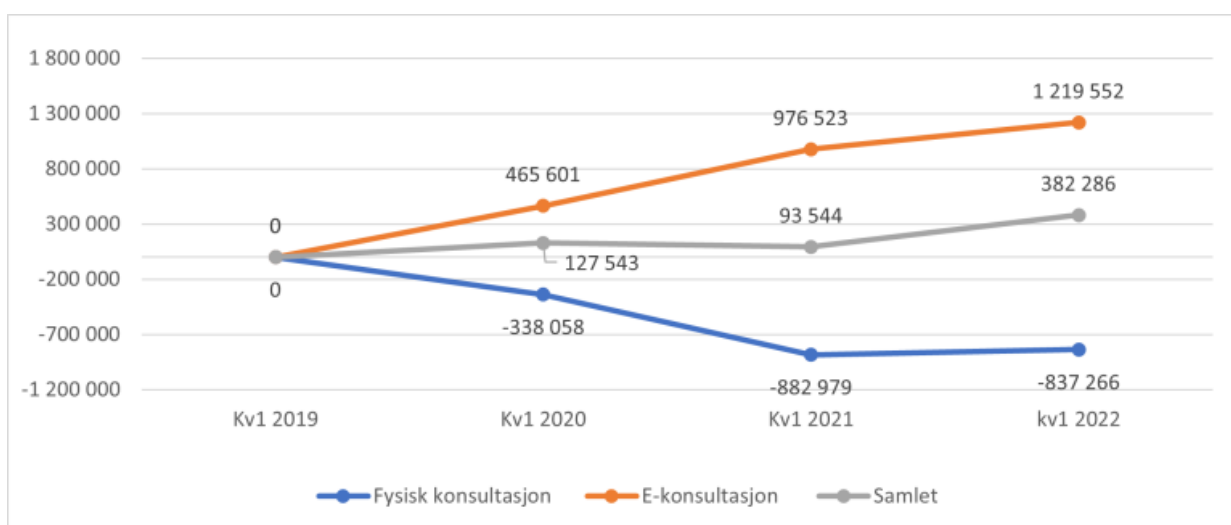
Kilde: KPR.

8.9

Utvikling i kontakter med fastlege og legevakt 1.kvartal 2022

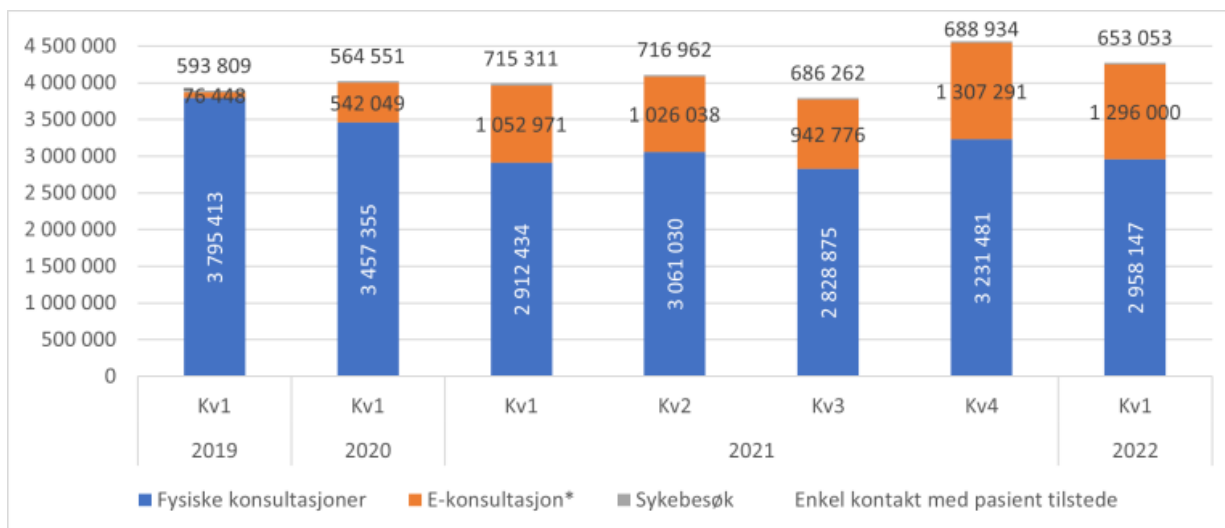
Dette avsnittet beskriver aktiviteten i fastlege- og legevaktstjenesten for siste kvartal, 1. kvartal 2022. Det presenteres kun absolutte tall. På grunn av etterslep i registrering er det noe usikkerhet knyttet til komplettheten i dataene som presenteres. 95 prosent av data antas å være innrapportert tre uker etter månedsskiftet. Uttak av data for 1. kvartal 2022 ble gjort 25. april.

Sammenlignet med første kvartal 2019 har totalt antall konsultasjoner med fastlege økt. Som vist i Figur 8.27 kommer denne økningen på grunn av flere e-konsultasjoner, da antall fysiske konsultasjoner har gått ned for samme periode.



Figur 8.27. Endring i konsultasjoner med fastlege 1. kvartal 2019-2021.

Kilde: KPR.



Figur 8.28. Antall fysiske konsultasjoner, e-konsultasjoner, sykebesøk med fastlege og totalt antall konsultasjoner *. Fra 1.kvartal 2019 til 1.kvartal 2022.

Kilde: KPR.

*Tall over søyler viser verdi for total.

Det har vært en nedgang i antall konsultasjoner 1.kvartal 2022 fra forrige kvartal. Dette er forventet da 4. kvartal ofte har noe høyere aktivitet sammenlignet med de øvrige kvartalene.

Totalt antall konsultasjoner med fastlege er 6 prosent høyere i 1. kvartal 2022 sammenlignet med tilsvarende kvartal 2019. Økning i totalt antall konsultasjoner skyldes økning i antall e-konsultasjoner da antall fysiske konsultasjoner har gått ned med 23 prosent. Antall sykebesøk har gått ned med 9 prosent for samme periode. Se vedlegg Tabell V28 for utvikling i øvrige kontaktktyper for 1.kvartal 2022.

Sammenlignet med første kvartal 2019 har antall konsultasjoner ved legevakt gått ned (se vedlegg Tabell V29). Antall sykebesøk og enkle kontakter har økt for samme periode. Økningen i enkle kontakter med pasient kan i stor grad forklares av covid-19 testing.

Kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten

9.1

Kort om nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)

Per i dag publiseres det seks nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) om allmennlegetjenester[55]. I tillegg er det fem indikatorer om bruk av antibiotika utenfor sykehus, som kan relateres til kvaliteten i allmennlegetjenestene.

Fotnoter

[55] [Allmennlegetjenesten - Helsedirektoratet](#)

9.2

Noe kortere median avtalevarighet for fastleger 2015-2021

Et av hovedelementene i fastlegeordningen er at innbyggerne får en fast allmennlege å forholde seg til for å gi kontinuitet i tjenesten. Evalueringen av fastlegeordningen viste blant annet at kontinuitet er ett av de viktigste elementene for å oppnå tjenester av god kvalitet[56]. Kontinuitet kan måles ved å se på varigheten av fastlegeavtaler. Dette viser hvor lenge den enkelte har vært fastlege i en gitt praksis/stilling i en kommune.

Ved utgangen av 2021 var median varighet på fastlegeavtalene på 8,3 år for hele landet. Det er nokså store variasjoner mellom fylkene, fra median avtalevarighet på 10,6 år i Oslo til 5,3 år i Troms og Finnmark. Det har vært en svak nedgang i median varighet på fastlegeavtalene, fra 9,5 år i 2015 til 8,3 år i 2021. I samme periode har gjennomsnittlig varighet gått opp fra 8,9 år til 10 år. Dette viser en ny nasjonal kvalitetsindikator som ble lansert i 2021.[57]

Median avtalevarighet fordelt etter kommunestørrelse viser at varigheten er økende med antall innbyggere i kommunen. I kommuner med flere enn 50 000 innbyggere er median avtalevarighet på 9,8 år, mens i kommuner med færre enn 2 000 innbyggere er avtalevarigheten på 4 år. Samtidig ser vi at median avtalevarighet har gått ned i hver kategori av kommunestørrelser fra 2015 til 2021.

Tabell 9.1. Median varighet på fastlegeavtaler målt i år for årene 2015 til 2021 fordelt etter kommunestørrelse.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Under 2 000 innb.	4,6	3,8	3,6	3,3	3,9	4,2	4,0
2 000-4 999 innb.	7,8	7,2	6,8	6,2	6,4	5,9	5,9

5 000-9 999 innb.	6,8	6,4	6,7	6,2	6,3	6,7	6,7
10 000-49 999 innb.	9,3	8,9	8,8	8,4	8,0	7,8	7,8
50 000 innb.+	11,6	11,2	10,8	10,5	9,9	9,8	9,8
Hele landet	9,5	9,3	8,9	8,5	8,4	8,3	8,3

Fotnoter

[56] [Evaluering av fastlegeordningen](#) (2019)

[57] [Varighet på kommunenes avtaler med fastleger - Helsedirektoratet](#)

9.3

Store variasjoner i varighet på relasjonen mellom fastlege og innbygger på kommunenivå

God kontinuitet i forholdet mellom allmennlege og pasient (listeinnbygger) har flere fordeler. Det kan gi grunnlag for bedre samarbeid, større opplevd tilfredshet, bedre forebygging, mer omfattende behandling og mindre dobbelt behandling enn ved kortvarige lege-pasientrelasjoner. En ny studie har vist at kontinuitet i lege-pasient-forholdet gir redusert dødelighet, spesielt blant eldre pasienter og redusert bruk av spesialisthelsetjenester.[58] Den personlige kontinuiteten mellom lege og pasient kan måles gjennom å se på tiden en listeinnbygger har den samme fastlegen.

En ny nasjonal kvalitetsindikator som ble lansert i 2021 viser interessante funn.[59] I 2021 var median varighet på fastlege-listeinnbygger relasjonen på 5,2 år (mot 5,1 i 2015). Det er noe variasjon mellom fylkene. Median varighet på fastlege-listeinnbygger-relasjonen strekker seg fra 4,3 år i Troms og Finnmark til 6,2 år i Rogaland. I Oslo var median varighet på 4,5 år, og dette kan skyldes at det er større valgfrihet når innbyggerne skal bytte fastlege (tilgang på fastleger med ledig plass på listen).

Det er store variasjoner i median og gjennomsnittlig varighet på lege-pasient relasjonene på kommunenivå. Gjennomsnittlig varighet på relasjonen strekker seg fra under ett år i kommunene med kortest varighet til litt over 14 år i kommunene med lengst varighet. Gjennomsnittlig varighet for landet som helhet var på 7,3 år i 2021 mot 6,6 år i 2015.

Median varighet på lege-pasient-relasjonen er lenger i større kommuner. I kommuner med flere enn 50 000 innbyggere er median varighet 5,3 år, mens i kommuner med færre enn 2 000 innbyggere er varighet på relasjonen på 3,4 år.

Tabell 9.2. Median varighet på lege-pasient-relasjonen målt i år for årene 2015 til 2021 fordelt etter kommunestørrelse.

Median varighet på lege-innbygger-relasjon (år)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Under 2 000 innb.	2,8	3,0	3,0	3,3	3,3	3,9	3,4
2 000-4 999 innb.	4,8	4,8	4,4	4,2	4,3	4,3	4,2
5 000-9 999 innb.	4,6	4,5	4,6	4,6	4,8	5,1	5,0

10 000-49 999 innb.	5,5	5,3	5,1	5,3	5,3	5,3	5,3
50 000 innb.+	4,9	5,0	5,1	5,4	5,3	5,3	5,3
Hele landet	5,1	5,0	4,9	5,3	5,3	5,3	5,2

Kvalitetsindikatoren viser også andel innbyggere med samme lege over 2, 10 og 15 år. Resultatene for 2021 viser at andelen med samme lege over 2 år strekker seg fra 64 prosent i kommuner med færre enn 2 000 innbyggere til 76 prosent i kommuner med flere enn 50 000 innbyggere. For andel med samme lege over 10 og 15 år ser vi samme mønster. Andelene er høyere i store kommuner sammenlignet med små kommuner.

Tabell 9.3 Andel innbyggere med samme lege over 2 år, 10 år og 15 år i 2021 fordelt etter kommunestørrelse.

Varighet på lege-innbygger-relasjon	Andel med samme lege over 2 år	Andel med samme lege over 10 år	Andel med samme lege over 15 år
Under 2 000 innb.	64 %	19 %	10 %
2 000-4 999 innb.	67 %	25 %	14 %
5 000-9 999 innb.	74 %	27 %	16 %
10 000-49 999 innb.	75 %	29 %	18 %
50 000 innb.+	76 %	29 %	17 %
Hele landet	75 %	28 %	17 %

Andel listeinnbyggere som har hatt samme fastlege i mer enn 10 år har gått fra 30,9 prosent i 2015 til 28,2 prosent i 2021, mens andel som har hatt samme fastlege i mer enn to år har gått fra 75,2 prosent i 2015 til 74,8 prosent i 2021.

Fotnoter

[58] [Hogne Sandvik et al \(2022\) Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. British Journal of General Practice; 72 \(715\): e84-e90.](#)

[59] [Varighet på fastlege-listeinnbygger-relasjon - Helsedirektoratet](#)

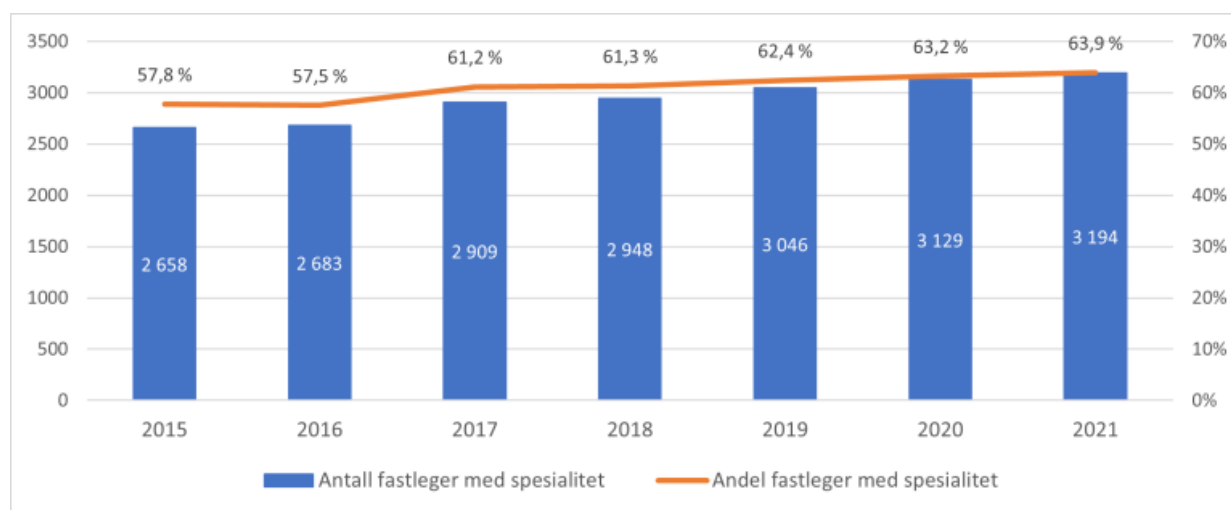
9.4

Fortsatt økning i fastleger med spesialisering

Helsedirektoratet lanserte i 2021 en ny nasjonal kvalitetsindikator som viser hvor stor andel av fastlegene som har gjennomført spesialisering i allmennmedisin[60].

En stadig større andel av landets fastleger har spesialisitet i allmennmedisin. Ved utgangen av 2021 hadde 63,9 prosent av fastlegene spesialisering, opp fra 57,8 prosent i 2015. Også antallet fastleger med spesialisitet fortsetter å øke, fra 2658 fastleger i 2015 til 3194 fastleger i 2021. Deler av økningen etter 2017 kan tilskrives kompetanseforskriften, som krever at alle leger som starter som fastlege, eller i annet pasientrettet arbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten, etter 1. mars 2017 skal være spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin. Økningen fra 2016 til 2017 henger trolig sammen

med endringer i krav om resertifisering som spesialist. Figuren under viser utviklingen over tid i andel og antall fastleger med spesialitet i allmennmedisin.



Figur 9.1. Antall og andel fastleger med spesialitet i allmennmedisin i årene 2015 til 2021

Andelen med spesialitet er høyest blant fastlegene over 60 år, etterfulgt av gruppen 40-60 år. Men det er blant fastleger under 40 år at andelen øker mest, fra 20,4 prosent i 2015 til 26,8 prosent i 2021.

Tabell 9.4. Andel fastleger med spesialisering i allmennmedisin i årene 2015 til 2021

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Under 2 000 innb.	34,8	32,1	40,6	38,5	40,7	44,0	44,1
2 000-4 999 innb.	42,7	42,2	44,9	43,1	45,2	46,7	49,6
5 000-9 999 innb.	48,8	47,6	49,9	49,8	51,9	53,8	56,6
10 000-49 999 innb.	56,2	56,0	58,5	58,7	60,3	60,4	60,7
50 000 innb.+	65,5	65,5	70,4	71,1	71,1	71,7	71,9

Andelen med spesialisering i allmennmedisin varierer etter kommunestørrelse. Som tabellen over viser, har andelen gått opp innenfor alle kategorier av kommunestørrelser fra 2015 til 2021. Gruppen med flest innbyggere har over tid hatt høyest andel. Andelen synker i tråd med innbyggertallet. Resultatene for denne nasjonale kvalitetsindikatoren viser også at andelen varierer geografisk med 73,7 prosent i Oslo til 52,9 prosent i Nordland i 2021. Det har imidlertid vært en økende andel fra 2015 i alle landets fylker.

Fotnoter

[60] [Andel fastleger med spesialitet i allmennmedisin - Helsedirektoratet](#)

9.5

Legetjenesten i sykehjem

Helsedirektoratet publiserer tre nasjonale kvalitetsindikatorer om allmennlegetjenester ved norske sykehjem.[61] Nedenfor vises de nasjonale resultatene for disse indikatorene i perioden 2017-2020.[62]

Tabell 9.5. Tre indikatorer for allmennlegetjenester i sykehjem 2017-2020

	2017	2018	2019	2020
Gjennomsnitt antall avtalte legetimer per uke per beboer	0,55	0,56	0,55	0,56
Andel beboere med legemiddelgjennomgang siste 12 måneder	49,5	54,6	57,7	58,3
Andel beboere vurdert av lege siste 12 måneder	56,7	64,0	67,7	65,6

Gjennomsnittlig antall legetimer per uke for beboere på sykehjem er tilnærmet uendret i perioden.

Andel beboere med gjennomført legemiddelgjennomgang de siste tolv månedene viser en bedring over tid, og i 2020 ble det foretatt legemiddelgjennomgang for rundt tre av fem beboere. Om lag to av tre beboere i sykehjem er blitt vurdert av lege de siste 12 månedene, noe ned fra 2020 etter en periode med økning.

I 2. kvartalsrapport for 2021 brytes resultatene ned på kommunegruppenivå. Resultater kan indikere at sykehjemsbeboerne i store kommuner mottar mer legetjenester enn i små kommuner. Variasjonen kan delvis skyldes faktorer som ulike rutiner og ulik bevissthet rundt registrering og rapportering av tall til de nasjonale registrene. Ulik alderssammensetning for beboere på sykehjem kan også være en forklaringsfaktor. Det siste kan blant annet gjenspeile ulik terskel for å få sykehjems plass i små og store kommuner. For oversikt over resultater ned på kommunegruppe nivå, se 2. kvartalsrapport for 2021.

Fotnoter

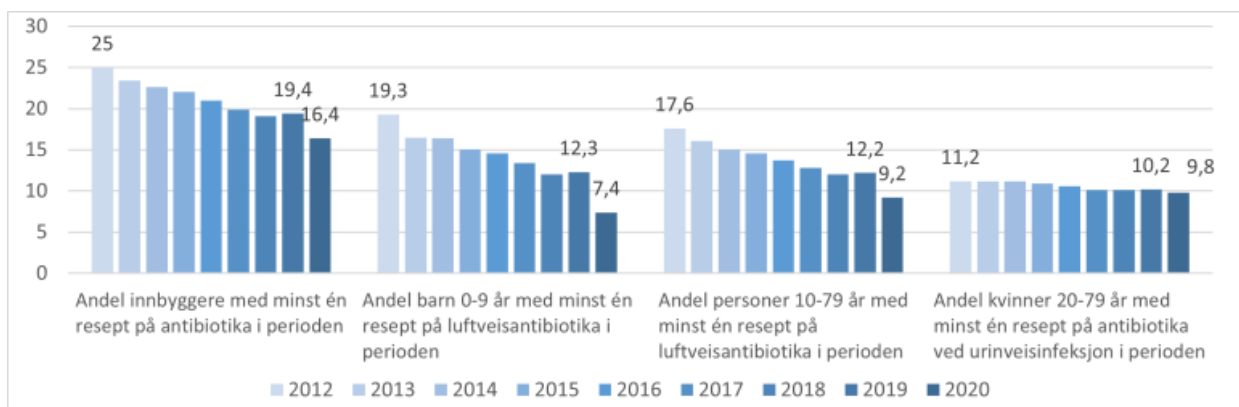
[61] [Allmennlegetjenesten - Helsedirektoratet](#)

[62] Årstall for 2020 ble omtalt i 2. kvartalsrapporten i fjor. Oppdaterte tall for 2021 vil bli publisert 23. juni 2022.

9.6

Lavere forskrivning av antibiotika 2012-2020. Økt bruk i sykehjem i 2021

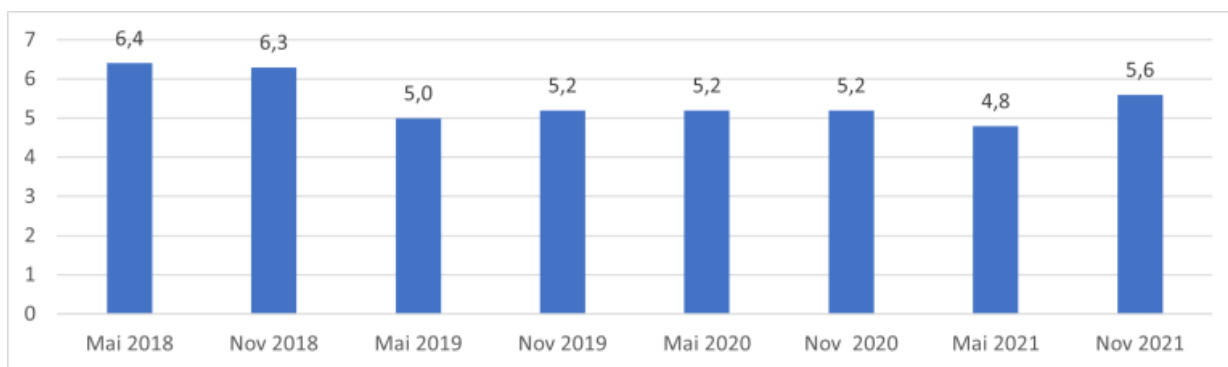
Det publiseres i dag flere nasjonale kvalitetsindikatorer om antibiotika, som kan relateres til kvaliteten i allmennlegetjenestene[93]. Indikatorer om antibiotikabehandling utenfor sykehus er basert på tall fra Reseptregisteret om all reseptbelagt medisin hentet ut på apotek. Det store flertallet av reseptene er skrevet ut av fastleger og legevaktleger.[64] Det publiseres både resultater for forskrivning av foretrukne antibiotika og forskrivning av antibiotika totalt.



Figur 9.2. Indikatorer for antibiotikabehandling utenfor sykehus fra 2012 til 2020.

Figuren viser at forskrivningen av antibiotika har gått ned over tid på samtlige områder. Utviklingen er i tråd med regjeringens politiske mål om tretti prosent reduksjon i antibiotikabruk innen 2020, sammenlignet med 2012. Målet er videreført til 2022. Det har vært en betydelig nedgang i bruk fra 2019 til 2020. Mye av nedgangen kan trolig delvis tilskrives smitteverntiltak mot covid-19, som også har påvirket annen smitte. Nedgangen over tid har vært minst for indikatoren som viser forskrivning av antibiotika til kvinner ved urinveisinfeksjon.

Det publiseres også en nasjonal kvalitetsindikator om antibiotikabruk i sykehjem.[65] Tallene viser en reduksjon fra 2018 til mai 2021. I november 2021 var det imidlertid en økning i antibiotikabruken.



Figur 9.3. Utvikling i antibiotikabruk i sykehjem i årene 2018 til 2021. Andel beboere som fikk minst én type antibiotikum på måletidspunktet (eksklusiv metenamin).

Fotnoter

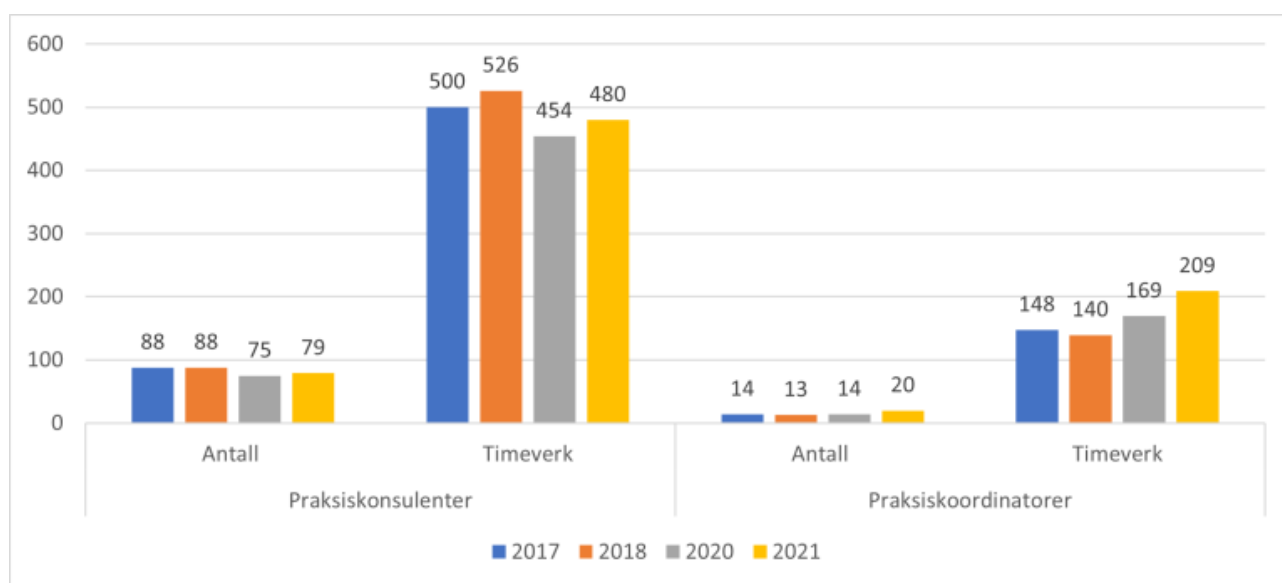
[63] [Allmennlegetjenesten - Helsedirektoratet](#). Resultatene for disse indikatorene oppdateres i juni hvert år. Årstall for 2021 vil først bli publisert den 23. juni 2022.

[64] Noe kan også stamme fra poliklinikker, avtalespesialister, helprivate legetjenester m.m.

[65] Indikatoren er basert på en prevalensundersøkelse i sykehjem som utføres av FHI to dager i året, én dag på våren (mai) og én dag på høsten (november).

Praksiskonsulentordningen

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



Figur 10.1. Antall leger og ansatt som praksiskonsulent og praksiskoordinator, og timeverk per uke, 2017-2021.

Det var i alt 79 leger ansatt som praksiskonsulenter i 2021, og de jobbet til sammen 480 timeverk. Dette er noe over antall timeverk i 2020 og en økning på 4 leger. 20 leger var ansatt som praksiskoordinatorer i 2021, en økning på 6 siden 2020. Antall timeverk per uke som praksiskoordinator var 209 timer, en økning i timeverk på omkring 40 timer.

De fleste av timene som praksiskonsulenter utføres av leger som ikke er fast ansatt i helseforetaket. I 2021 var 81 timeverk per uke utført av lege med fast ansettelse, noe som utgjør 16 prosent av totalt timeverk per uke. Tilsvarende ble 40 prosent av timeverkene som praksiskoordinator gjort av fast ansatt lege. Det er som tidligere slik at hovedvekten av praksiskonsulent og koordinator utføres av leger uten fast ansettelse.

Det har vært nedgang i antall leger som er praksiskonsulent totalt og for alle helseforetak fra 2017 til 2021, bortsett for Helse Vest hvor det har vært en økning på en. For siste år har det vært en økning på fire leger totalt. I Helse Vest har det økt med tre leger siste år, i Helse Sør-Øst og Helse Nord har det økt med en lege og i Helse Midt har det vært en reduksjon på en lege.

I alt fire sykepleiere er ansatt som praksiskonsulenter i 2021 (to i Helse Sør-Øst, en i Helse Vest og en i Helse Nord). Antall timeverk totalt for disse er 38,5 timer. Kun en sykepleier er ansatt som praksiskonsulent i 2021 (Helse Vest).

Tabell 10.1. Antall ansatte leger og timeverk per uke som praksiskonsulent fordelt på helseforetak 2017-2021.

	Antall				Antall timeverk i uken			
	2017	2018	2020	2021	2017	2018	2020	2021
Helse Sør-Øst	48	52	45	46	286	343	280	303
Helse Vest	22	17	20	23	102	69	102	98
Helse Midt	9	9	5	4	64	64	46	41
Helse Nord	9	10	5	6	49	51	27	38
Totalt	88	88	75	79	501	527	455	480

Tabell 10.2. Antall ansatte leger og timeverk per. uke som praksiskoordinator. 2017-2021.

	Antall				Antall timeverk i uken			
	2017	2018	2020	2021	2017	2018	2020	2021
Helse Sør-Øst	10	11	11	11	117	121	149	141
Helse Vest	3	2	3	9	24	19	20	68
Helse Midt	0	0	0	0	0	0	0	0
Helse Nord	1	0	0	0	8	0	0	0
Totalt	14	13	14	20	149	140	169	209

Vedlegg

[Last ned vedlegg som pdf](#)

Vedlegg til kapittel 4

Nedenfor presenteres kostnader og kostnadsutvikling for allmennlegetjenesten målt i faste priser. Statistisk sentralbyrås prisindeks 06.2 Helsetjenester utenom institusjon er benyttet for prisjustering.

Tabell V1. Kostnader for allmennlegetjenestene. Tall i mill. kroner, faste priser.

	Utgifter i faste priser. Mill. kr			Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2020-2021	2019-2021
Fastlegeordningen	11 290	11 874	12 474	5,0	10,5
LIS 1	206	183	202	10,5	-1,5
Legevakt	1 016	1 145	1 443	26,0	41,9
Tilskudd	284	280	400	43,0	40,5
Totalt	12 796	13 482	14 519	7,7	13,5

Tabell V2. Kostnader for fastlegeordningen. Tall i mill. kroner, faste priser.

	Utgifter i faste priser. Mill. kroner			Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2020-2021	2019-2021
<i>Basisfinansiering</i>					
Grunntilskudd og basistilskudd	2 867	3 076	3 227	4,9	12,6
Utjamningstilskudd	173	163	175	7,2	1,0
Sum basisfinansiering	3 040	3 240	3 402	5,0	11,9
<i>Refusjoner</i>					
Takstrefusjoner	4 298	4 550	4 804	5,6	11,8
Refusjon frikortegenandeler	889	985	1 215	23,3	36,6
Refusjon øvrige egenandeler	449	656	696	6,1	54,9
Refusjon L-takster NAV	325	298	307	3,0	-5,5
Sum refusjoner	5 962	6 490	7 022	8,2	17,8
<i>Pasientbetaling</i>					
Egenandeler	2 120	2 001	1 914	-4,4	-9,7
Egenbetaling	168	144	136	-5,6	-19,2
Sum pasientbetaling	2 288	2 145	2 050	-4,4	-10,4
Sum totalt	11 290	11 874	12 474	5,0	10,5

Tabell V3. Refusjoner og pasientbetaling for LIS1-leger. Tall i mill. kroner, faste priser.

	Utgifter i faste priser. Mill. kroner			Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2020-2021	2019-2021
<i>Refusjoner</i>					
Takstrefusjoner	88	80	90	12,2	1,9
Refusjon frikortegenandeler	19	17	23	35,2	19,5
Refusjon øvrige egenandeler	19	20	23	17,6	21,6
Refusjon L-takster NAV	3	3	3	13,8	0,8
Sum refusjoner	130	120	139	16,4	7,4
<i>Pasientbetaling</i>					
Egenandeler	71	59	59	-0,7	-17,0
Egenbetaling	5	4	4	-2,5	-13,1
Sum pasientbetaling	76	64	63	-0,8	-16,7
Sum totalt	206	183	202	10,5	-1,5

Tabell V4. Refusjoner og pasientbetaling for legevakt. Tall i mill. kroner, faste priser.

	Utgifter i faste priser. Mill. kroner			Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2020-2021	2019-2021
<i>Refusjoner</i>					
Takstrefusjoner	545	569	667	17,3	22,3
Refusjon frikortegenandeler	83	75	91	21,7	10,0
Refusjon øvrige egenandeler	125	284	477	68,0	282,3
Refusjon L-takster NAV	2	2	2	-0,1	-23,3
Sum refusjoner	755	929	1237	33,1	63,8
<i>Pasientbetaling</i>					
Egenandeler	244	201	191	-4,6	-21,7
Egenbetaling	17	16	15	-5,0	-14,2
Sum pasientbetaling	262	216	206	-4,7	-21,2
Sum totalt	1016	1145	1443	26,0	41,9

Vedlegg til kapittel 7

Dette vedlegget er ment å underbygge og komplettere funn og statistikk gjengitt i selve rapporten, og presenterer utvalgt statistikk på fylkesnivå, etter kommunestørrelse og kommunenivå.

Tallene fordelt etter kommunestørrelse vil avvike noe fra tidligere publiserte tall fordi vi nå legger til grunn gjeldende kommunestørrelse etter befolkning per 1. januar 2022. Noen få kommuner har endret gruppe fra 2021.

Kjennetegn ved kommuner og fylker

Statistikken fordeles etter kommunestørrelse og fylker. Ved sammenligning av små kommuner (lavt innbyggertall) i distriktene med store kommuner (høyt innbyggertall) i befolkningstette strøk, viser statistikken et tydelig mønster. Små kommuner i distriktene kjennetegnes ofte av:

- Høyere andel på fastlønn
- Høyere andel med felles lister
- Lavere andel fastleger som er spesialister i allmennmedisin
- Høyere andel fastlegelister uten fast lege (ubesatt)
- Færre listeinnbyggere på listen
- Kortere avtalevarighet
- Noe høyere andel eldre i befolkningen enn i større kommuner

Både små og store kommuner opplever rekrutteringsutfordringer og høy arbeidsbelastning ut fra en noe ulik profil i statistikken. Nasjonal statistikk alene gir ikke et dekkende bilde av rekrutteringsutfordringene i ulike typer kommuner og i ulike deler av landet, men må suppleres med annen informasjon og forskning.

Allmennlegene i små kommuner vil som regel bruke mer tid på allmennmedisinsk arbeid i tillegg til å være fastlege. Indirekte vil dette gjenspeiles i kortere fastlegelister. Geografiske rammebetingelser vil også variere og påvirke organisering og praksis.

Tabell V5. Kjennetegn ved kommuner i fylkene.

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

NB. Noen kommuner inngår ikke som egne kommuner i datagrunnlaget. Befolkningen får legetjenester gjennom samarbeid med andre kommuner. Dette gjelder kommunene Rollag i Viken (samarbeid med Flesberg), Evenes i Nordland (samarbeid med Tjeldsund), samt Lavangen, Dyrøy og Ibestad i Troms og Finnmark (interkommunalt med Salangen)

Tabell V6. Antall unike fastleger registrert pr. kvartal etter kommunestørrelse og fylke. 1.kvartal og 4. kvartal 2020 – 2022, samt endring siste kvartal og i hele perioden.

	2020	2021	2022	Endring

<i>Innbyggere/Fylke</i>	Kv1	Kv4	Kv1	Kv4	Kv1	siste kvartal	fra Kv1 2020	I prosent fra Kv1 2020
Under 2 000	146	134	135	137	139	2	-7	-4,8
2 000-4 999	359	352	359	370	378	8	19	5,3
5 000-9 999	511	506	506	507	510	3	-1	-0,2
10 000-49 999	1 820	1 835	1 837	1 843	1 848	5	28	1,5
50 000+	2 081	2 117	2 112	2 138	2 146	8	65	3,1
Hele landet	4 902	4 928	4 932	4 961	4 989	28	87	1,8
Innlandet	360	353	358	364	371	7	11	3,1
Oslo	543	546	545	552	553	1	10	1,8
Viken	1 043	1 055	1 056	1 065	1 070	5	27	2,6
Vestfold Telemark	380	383	385	386	388	2	8	2,1
Agder	294	294	294	296	294	-2	0	0,0
Rogaland	408	417	414	414	414	0	6	1,5
Vestland	615	618	620	622	632	10	17	2,8
Møre og Roms	258	260	254	257	257	0	-1	-0,4
Trøndelag	441	443	446	451	452	1	11	2,5
Nordland	266	272	271	272	273	1	7	2,6
Troms og Finnmark	300	295	299	298	300	2	0	0,0
Hele landet	4 902	4 928	4 932	4 961	4 989	28	87	1,8

Tabell V7. Antall lister registrert pr. kvartal etter kommunestørrelse og fylke. 1.kvartal og 4. kvartal 2020 – 2022, samt endring siste kvartal og i hele perioden. Inklusiv lister som på telletidspunkt var uten fast lege.

	2020		2021		2022	Endring		
<i>Innbyggere/Fylke</i>	Kv1	Kv4	Kv1	Kv4	Kv1	siste kvartal	fra Kv1 2020	I prosent fra Kv1 2020
Under 2 000	166	164	163	165	164	-1	-2	-1,2
2 000-4 999	383	387	393	399	403	4	20	5,2
5 000-9 999	531	542	544	551	559	8	28	5,3
10 000-49 999	1 872	1 905	1 914	1 934	1 953	19	81	4,3
50 000+	2 101	2 132	2 132	2 169	2 179	10	78	3,7
Hele landet	5 053	5 130	5 146	5 218	5 258	40	205	4,1

Innlandet	381	385	386	393	402	9	21	5,5
Oslo	545	546	545	555	555	0	10	1,8
Viken	1 056	1 069	1 072	1 084	1 090	6	34	3,2
Vestfold Telemark	386	390	392	399	407	8	21	5,4
Agder	298	301	302	309	309	0	11	3,7
Rogaland	414	423	424	429	434	5	20	4,8
Vestland	629	646	653	662	668	6	39	6,2
Møre og Roms	276	280	278	281	281	0	5	1,8
Trøndelag	457	469	471	475	476	1	19	4,2
Nordland	293	301	299	302	306	4	13	4,4
Troms og Finnmark	318	320	324	329	330	1	12	3,8
Hele landet	5 053	5 130	5 146	5 218	5 258	40	205	4,1

Tabell V8. Antall lister uten fast lege registrert pr. kvartal etter kommunestørrelse og fylke. 1.kvartal og 4. kvartal 2020 – 2022, samt endring siste kvartal og i hele perioden.

	2020		2021		2022	Endring		
<i>Innbyggere/Fylke</i>	Kv1	Kv4	Kv1	Kv4	Kv1	siste kvartal	fra Kv1 2020	I prosent fra Kv1 2020
Under 2 000	20	30	28	29	25	-4	5	25,0
2 000-4 999	24	36	35	30	26	-4	2	8,3
5 000-9 999	21	36	39	44	48	4	27	128,6
10 000-49 999	48	65	72	89	102	13	54	112,5
50 000+	20	14	17	29	30	1	10	50,0
Hele landet	133	181	191	221	231	10	98	73,7
Innlandet	21	31	27	29	30	1	9	42,9
Oslo	2	0	0	2	1	-1	-1	-50,0
Viken	12	12	13	14	15	1	3	25,0
Vestfold Telemark	5	6	6	12	17	5	12	240,0
Agder	2	5	6	12	14	2	12	600,0
Rogaland	4	4	8	13	17	4	13	325,0
Vestland	11	27	32	37	33	-4	22	200,0
Møre og Roms	18	20	23	21	21	0	3	16,7
Trøndelag	14	23	23	23	23	0	9	64,3
Nordland	26	28	28	28	32	4	6	23,1
Troms og Finnmark	18	25	25	30	28	-2	10	55,6
Hele landet	133	181	191	221	231	10	98	73,7

Tabell V9. Andel lister uten fast lege registrert pr. kvartal etter kommunestørrelse og fylke. 1.kvartal og 4. kvartal 2020 – 2022, samt endring siste kvartal og i hele perioden.

	2020		2021		2022	Endring		
<i>Innbyggere/Fylke</i>	Kv1	Kv4	Kv1	Kv4	Kv1	siste kvartal	fra Kv1 2020	I prosent fra Kv1 2020
Under 2 000	12,0	18,3	17,2	17,6	15,2	-2,3	3,2	26,5
2 000-4 999	6,3	9,3	8,9	7,5	6,5	-1,1	0,2	3,0
5 000-9 999	4,0	6,6	7,2	8,0	8,6	0,6	4,6	117,1
10 000-49 999	2,6	3,4	3,8	4,6	5,2	0,6	2,7	103,7
50 000+	1,0	0,7	0,8	1,3	1,4	0,0	0,4	44,6
Hele landet	2,6	3,5	3,7	4,2	4,4	0,2	1,8	66,9
Innlandet	5,5	8,1	7,0	7,4	7,5	0,1	2,0	35,4
Oslo	0,4	0,0	0,0	0,4	0,2	-0,2	-0,2	-50,9
Viken	1,1	1,1	1,2	1,3	1,4	0,1	0,2	21,1
Vestfold Telemark	1,3	1,5	1,5	3,0	4,2	1,2	2,9	222,5
Agder	0,7	1,7	2,0	3,9	4,5	0,6	3,9	575,1
Rogaland	1,0	0,9	1,9	3,0	3,9	0,9	3,0	305,4
Vestland	1,7	4,2	4,9	5,6	4,9	-0,6	3,2	182,5
Møre og Roms	6,5	7,1	8,3	7,5	7,5	0,0	1,0	14,6
Trøndelag	3,1	4,9	4,9	4,8	4,8	0,0	1,8	57,7
Nordland	8,9	9,3	9,4	9,3	10,5	1,2	1,6	17,8
Troms og Finnmark	5,7	7,8	7,7	9,1	8,5	-0,6	2,8	49,9
Hele landet	2,6	3,5	3,7	4,2	4,4	0,2	1,8	66,9

Tabell V10. Andel innbyggere på lister uten fast lege registrert pr. kvartal etter kommunestørrelse og fylke. 1.kvartal og 4. kvartal 2020 – 2022, samt endring siste kvartal og i hele perioden.

	2020		2021		2022	Endring		
<i>Innbyggere/Fylke</i>	Kv1	Kv4	Kv1	Kv4	Kv1	siste kvartal	fra Kv1 2020	I prosent fra Kv1 2020
Under 2 000	9,0	13,6	13,4	12,2	11,5	-0,7	2,5	27,6
2 000-4 999	3,9	6,6	6,2	5,3	4,6	-0,6	0,8	20,1
5 000-9 999	2,9	5,7	6,1	6,6	7,1	0,5	4,2	144,9
10 000-49 999	1,7	2,2	2,4	3,1	3,6	0,5	1,8	105,7
50 000+	0,5	0,3	0,4	0,8	0,9	0,1	0,4	83,4
Hele landet	1,5	2,0	2,1	2,6	2,8	0,2	1,3	88,4
Innlandet	3,6	5,4	5,0	5,6	5,7	0,0	2,1	58,1
Oslo	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	140,2
Viken	0,4	0,4	0,5	0,6	0,8	0,2	0,4	98,8
Vestfold Telemark	1,2	1,2	1,2	2,3	2,8	0,5	1,5	122,4
Agder	0,2	0,8	1,0	2,8	3,2	0,4	3,0	1415,0

Rogaland	0,5	0,6	1,2	2,3	2,9	0,6	2,4	493,6
Vestland	0,6	1,8	2,0	2,8	2,5	-0,3	1,9	305,9
Møre og Roms	4,9	5,4	6,8	6,1	6,3	0,2	1,4	28,5
Trøndelag	1,9	3,4	3,3	2,8	2,9	0,1	1,0	50,3
Nordland	7,2	7,3	6,5	6,1	8,1	2,0	0,9	12,5
Troms og Finnmark	3,7	5,6	5,9	7,5	7,1	-0,4	3,4	93,2
Hele landet	1,5	2,0	2,1	2,6	2,8	0,2	1,3	88,4

Tabell V11. Antall innbyggere på lister uten fast lege registrert pr. kvartal etter kommunestørrelse og fylke. 1.kvartal og 4. kvartal 2020 – 2022, samt endring siste kvartal og i hele perioden.

	2020		2021		2022	Endring		
<i>Innbyggere/Fylke</i>	Kv1	Kv4	Kv1	Kv4	Kv1	siste kvartal	fra Kv1 2020	I prosent fra Kv1 2020
Under 2 000	7 905	11 654	11 427	10 398	9 836	-562	1 931	24,4
2 000-4 999	10 954	18 651	17 482	14 967	13 213	-1 754	2 259	20,6
5 000-9 999	13 597	26 882	29 015	31 143	33 560	2 417	19 963	146,8
10 000-49 999	33 544	42 737	46 239	60 421	69 747	9 326	36 203	107,9
50 000+	12 513	7 671	9 689	21 524	23 295	1 771	10 782	86,2
Hele landet	78 513	107 595	113 852	138 453	149 651	11 198	71 138	90,6
Innlandet	13 189	19 877	18 325	20 680	20 870	190	7 681	58,2
Oslo	279	0	0	791	681	-110	402	144,1
Viken	4 660	4 795	5 480	7 185	9 466	2 281	4 806	103,1
Vestfold Telemark	5 195	4 863	5 134	9 676	11 664	1 988	6 469	124,5
Agder	644	2 570	3 237	8 684	9 869	1 185	9 225	1432,5
Rogaland	2 333	2 782	5 654	11 134	14 040	2 906	11 707	501,8
Vestland	3 852	11 172	12 570	17 805	15 784	-2 021	11 932	309,8
Møre og Roms	12 855	14 155	17 992	16 039	16 611	572	3 756	29,2
Trøndelag	9 269	16 405	15 691	13 671	14 081	410	4 812	51,9
Nordland	17 245	17 329	15 436	14 630	19 366	4 736	2 121	12,3
Troms og Finnmark	8 992	13 647	14 333	18 158	17 219	-939	8 227	91,5
Hele landet	78 513	107 595	113 852	138 453	149 651	11 198	71 138	90,6

Tabell V12. Gjennomsnittlig listelengde pr. kvartal etter kommunestørrelse og fylke. 1.kvartal og 4. kvartal 2020 – 2022, samt endring siste kvartal og i hele perioden. Alle lister inkludert.

	2020		2021		2022	Endring		
<i>Innbyggere/Fylke</i>	Kv1	Kv4	Kv1	Kv4	Kv1	siste kvartal	fra Kv1 2020	I prosent fra Kv1 2020
Under 2 000	528	523	524	518	521	3	-7	-1,3
2 000-4 999	739	732	723	711	705	-6	-33	-4,5
5 000-9 999	889	874	872	863	851	-12	-38	-4,3
10 000-49 999	1 038	1 024	1 021	1 014	1 006	-9	-33	-3,1
50 000+	1 232	1 221	1 223	1 209	1 207	-3	-26	-2,1
Hele landet	1 064	1 052	1 050	1 040	1 034	-6	-29	-2,8
Innlandet	964	953	951	935	915	-21	-49	-5,1
Oslo	1 352	1 354	1 358	1 344	1 349	6	-3	-0,2
Viken	1 142	1 136	1 135	1 133	1 131	-2	-11	-1,0
Vestfold Telemark	1 079	1 072	1 068	1 053	1 033	-20	-46	-4,3
Agder	1 032	1 026	1 024	1 007	1 007	0	-25	-2,4
Rogaland	1 166	1 147	1 147	1 140	1 128	-12	-38	-3,3
Vestland	1 009	988	979	966	959	-7	-50	-5,0
Møre og Roms	954	942	950	941	943	1	-12	-1,2
Trøndelag	1 044	1 025	1 022	1 016	1 014	-3	-31	-3,0
Nordland	815	792	798	789	779	-10	-36	-4,4
Troms og Finnmark	769	760	751	737	734	-3	-35	-4,5
Hele landet	1 064	1 052	1 050	1 040	1 034	-6	-29	-2,8

Tabell V13. Gjennomsnittlig listelengde pr. kvartal etter kommunestørrelse og fylke. 1.kvartal og 4. kvartal 2020 – 2022, samt endring siste kvartal og i hele perioden. Lister med fast lege.

	2020		2021		2022	Endring		Prosent endring
<i>Innbyggere/Fylke</i>	Kv1	Kv4	Kv1	Kv4	Kv1	siste kvartal	fra Kv1 2020	fra Kv1 2020- 1 .kv 2022
Under 2 000	547	554	548	552	544	-8	-2	-0,4

2 000-4 999	758	754	744	728	719	-9	-39	-5,1
5 000-9 999	899	883	882	876	865	-11	-34	-3,7
10 000-49 999	1 047	1 037	1 036	1 030	1 023	-7	-24	-2,3
50 000+	1 238	1 225	1 228	1 215	1 213	-3	-26	-2,1
Hele landet	1 077	1 069	1 068	1 059	1 052	-7	-24	-2,3
Innlandet	984	980	972	953	932	-21	-51	-5,2
Oslo	1 357	1 354	1 358	1 347	1 351	4	-6	-0,4
Viken	1 151	1 144	1 144	1 141	1 138	-3	-13	-1,1
Vestfold Telemark	1 079	1 076	1 071	1 061	1 048	-13	-31	-2,9
Agder	1 037	1 035	1 034	1 018	1 021	3	-16	-1,5
Rogaland	1 172	1 152	1 156	1 149	1 140	-9	-32	-2,7
Vestland	1 021	1 013	1 009	995	984	-10	-37	-3,6
Møre og Roms	971	960	965	956	955	-1	-16	-1,6
Trøndelag	1 056	1 041	1 040	1 038	1 034	-4	-23	-2,1
Nordland	830	810	823	816	799	-17	-30	-3,6
Troms og Finnmark	785	778	765	750	745	-5	-40	-5,1
Hele landet	1 077	1 069	1 068	1 059	1 052	-7	-24	-2,3

Tabell V14. Antall ledige plasser på lister med fast lege (sum listetak-sum listelengde) pr. kvartal etter kommune-størrelse og fylke. Fra kvartal 1 2020 til og med 4.kvartal 2021, samt endring siste kvartal og i hele perioden.

	2020		2021		2022	Endring		
<i>Innbyggere/Fylke</i>	Kv1	Kv4	Kv1	Kv4	Kv1	siste kvartal	fra Kv1 2020	Pst. endr. fra Kv1 2020
Under 2 000	24 861	21 850	21 123	19 795	19 048	-747	-5 813	-23,4
2 000-4 999	32 595	30 517	29 553	28 035	27 454	-581	-5 141	-15,8
5 000-9 999	17 796	15 022	12 456	6 579	6 214	-365	-11 582	-65,1
10 000-49 999	56 455	42 899	37 368	3 367	-3 781	-7 148	-60 236	-106,7

50 000+	57 920	61 462	50 178	17 782	7 297	-10 485	-50 623	-87,4
Hele landet	189 627	171 750	150 678	75 558	56 232	-19 326	-133 395	-70,3
Innlandet	16 711	13 046	12 289	9 933	9 458	-475	-7 253	-43,4
Oslo	30 365	34 369	32 222	28 648	22 420	-6 228	-7 945	-26,2
Viken	52 495	49 143	44 863	22 261	15 209	-7 052	-37 286	-71,0
Vestfold Telemark	14 685	9 308	8 252	-1 419	-3 124	-1 705	-17 809	-121,3
Agder	9 956	5 045	3 846	66	-1 203	-1 269	-11 159	-112,1
Rogaland	7 909	9 345	7 860	-1 017	-3 291	-2 274	-11 200	-141,6
Vestland	19 238	14 105	10 417	2 796	4 494	1 698	-14 744	-76,6
Møre og Roms	8 892	9 668	8 544	5 930	5 489	-441	-3 403	-38,3
Trøndelag	9 069	10 750	8 902	-799	-1 821	-1 022	-10 890	-120,1
Nordland	11 664	10 350	7 886	4 857	5 110	253	-6 554	-56,2
Troms og Finnmark	8 643	6 621	5 597	4 302	3 491	-811	-5 152	-59,6
Hele landet	189 627	171 750	150 678	75 558	56 232	-19 326	-133 395	-70,3

Tabell V15. Antall ledige plasser på alle lister (med og uten fast lege på telletidspunkt). 1.kvartal og 4. kvartal 2020 – 2022, samt endring siste kvartal og i hele perioden.

	2020		2021		2022	Endring		
<i>Innbyggere/Fylke</i>	Kv1	Kv4	Kv1	Kv4	Kv1	siste kvartal	fra Kv1 2020	Pst. endr. fra Kv1 2020
Under 2 000	30 236	30 216	29 116	28 662	27 927	-735	-2 309	-7,6
2 000-4 999	38 668	37 213	36 768	34 262	32 335	-1 927	-6 333	-16,4
5 000-9 999	22 619	22 080	19 561	12 911	12 479	-432	-10 140	-44,8
10 000-49 999	67 011	57 189	52 916	16 191	11 660	-4 531	-55 351	-82,6
50 000+	63 065	65 541	54 139	20 408	9 992	-10 416	-53 073	-84,2
Hele landet	221 599	212 239	192 500	112 434	94 393	-18 041	-127 206	-57,4
Innlandet	22 222	20 721	19 301	15 080	16 130	1 050	-6 092	-27,4

Oslo	31 686	34 369	32 222	29 257	22 539	-6 718	-9 147	-28,9
Viken	59 115	54 798	50 233	27 626	19 693	-7 933	-39 422	-66,7
Vestfold Telemark	14 980	10 425	9 698	115	-510	-625	-15 490	-103,4
Agder	10 912	6 725	5 509	877	-157	-1 034	-11 069	-101,4
Rogaland	8 826	10 163	9 866	1 057	417	-640	-8 409	-95,3
Vestland	21 314	19 893	16 077	6 751	8 485	1 734	-12 829	-60,2
Møre og Roms	13 762	14 338	13 062	9 511	7 943	-1 568	-5 819	-42,3
Trøndelag	12 570	15 815	13 581	3 125	2 593	-532	-9 977	-79,4
Nordland	15 594	15 276	14 565	11 647	11 334	-313	-4 260	-27,3
Troms og Finnmark	10 618	9 716	8 386	7 388	5 926	-1 462	-4 692	-44,2
Hele landet	221 599	212 239	192 500	112 434	94 393	-18 041	-127 206	-57,4

*Sum listetak minus sum listeinnbyggere på telletidspunkt

Tabell V16. Ledige plasser på liste med fast lege per 100 listeinnbygger. 1.kvartal og 4. kvartal 2020 – 2022, samt endring siste kvartal og i hele perioden.

	2020		2021		2022	Endring		
<i>Innbyggere/Fylke</i>	Kv1	Kv4	Kv1	Kv4	Kv1	siste kvartal	fra Kv1 2020	Pst. endr. fra Kv1 2020
Under 2 000	28,3	25,5	24,7	23,2	22,3	-0,9	-6,1	-21,4
2 000-4 999	11,5	10,8	10,4	9,9	9,7	-0,2	-1,9	-16,2
5 000-9 999	3,8	3,2	2,6	1,4	1,3	-0,1	-2,5	-65,4
10 000-49 999	2,9	2,2	1,9	0,2	-0,2	-0,4	-3,1	-106,6
50 000+	2,2	2,4	1,9	0,7	0,3	-0,4	-2,0	-87,6
Hele landet	3,5	3,2	2,8	1,4	1,0	-0,4	-2,5	-70,7
Innlandet	4,5	3,6	3,3	2,7	2,6	-0,1	-2,0	-43,5
Oslo	4,1	4,6	4,4	3,8	3,0	-0,8	-1,1	-27,4
Viken	4,4	4,0	3,7	1,8	1,2	-0,6	-3,1	-71,7
Vestfold Telemark	3,5	2,2	2,0	-0,3	-0,7	-0,4	-4,3	-121,1
Agder	3,2	1,6	1,2	0,0	-0,4	-0,4	-3,6	-111,9
Rogaland	1,6	1,9	1,6	-0,2	-0,7	-0,5	-2,3	-141,0
Vestland	3,0	2,2	1,6	0,4	0,7	0,3	-2,3	-76,9

Møre og Roms	3,4	3,7	3,2	2,2	2,1	-0,2	-1,3	-38,6
Trøndelag	1,9	2,2	1,8	-0,2	-0,4	-0,2	-2,3	-119,9
Nordland	4,9	4,3	3,3	2,0	2,1	0,1	-2,7	-56,1
Troms og Finnmark	3,5	2,7	2,3	1,8	1,4	-0,3	-2,1	-59,2
Hele landet	3,5	3,2	2,8	1,4	1,0	-0,4	-2,5	-70,7

Tabell V17. Andel fastleger som har hatt vikar siste kvartal etter kommunestørrelse og fylke. 1.kvartal og 4. kvartal 2020 – 2022, samt endring siste kvartal og i hele perioden.

	2020		2021		2022	Endring		
<i>Innbyggere/Fylke</i>	Kv1	Kv4	Kv1	Kv4	Kv1	siste kvartal	fra Kv1 2020	Pst. endr. fra Kv1 2020
Under 2 000	35,6	35,1	36,3	30,1	33,1	2,9	-2,5	-7,1
2 000-4 999	29,5	24,5	28,5	22,8	26,0	3,2	-3,5	-12,0
5 000-9 999	22,2	24,9	19,4	20,7	21,7	1,0	-0,4	-2,0
10 000-49 999	25,3	21,3	23,4	21,8	22,0	0,2	-3,3	-13,0
50 000+	34,3	27,1	29,2	29,4	29,5	0,1	-4,8	-13,9
Hele landet	29,4	24,8	26,2	25,3	25,8	0,5	-3,6	-12,2
Innlandet	30,0	24,9	24,0	18,1	18,3	0,1	-11,7	-39,1
Oslo	44,6	37,4	38,7	36,7	39,7	3,0	-4,9	-10,9
Viken	28,1	24,0	24,3	26,4	25,7	-0,7	-2,4	-8,5
Vestfold Telemark	20,7	19,5	23,1	22,7	21,3	-1,5	0,5	2,6
Agder	27,4	24,0	29,1	23,2	23,4	0,2	-4,0	-14,5
Rogaland	35,1	27,0	27,6	27,6	27,8	0,2	-7,3	-20,8
Vestland	23,9	18,7	22,5	19,4	20,8	1,4	-3,2	-13,2
Møre og Roms	17,4	18,5	14,9	16,9	16,2	-0,8	-1,3	-7,4
Trøndelag	28,0	19,3	21,4	21,7	23,0	1,3	-5,0	-18,0
Nordland	24,7	26,0	29,2	25,9	27,7	1,8	3,0	12,2
Troms og Finnmark	38,7	33,6	33,8	35,1	36,8	1,6	-1,9	-4,9
Hele landet	29,4	24,8	26,2	25,3	25,8	0,5	-3,6	-12,2

Tabell V18. Andel lister uten fast lege har hatt vikar siste kvartal etter kommunestørrelse og fylke. 1.kvartal og 4. kvartal 2020 – 2022, samt endring siste kvartal og i hele perioden.

	2020		2021		2022	Endring		
<i>Innbyggere/Fylke</i>	Kv1	Kv4	Kv1	Kv4	Kv1	siste kvartal	fra Kv1 2020	Pst. endr. fra Kv1 2020
Under 2 000	90	80	89	83	76	-6,8	-14,0	-15,6
2 000-4 999	88	83	86	87	81	-5,9	-6,7	-7,7
5 000-9 999	90	92	87	75	90	14,6	-0,9	-1,0
10 000-49 999	90	83	89	82	77	-4,6	-12,1	-13,5
50 000+	85	79	88	90	90	0,3	5,0	5,9
Hele landet	89	84	88	82	82	-0,5	-6,9	-7,8

Innlandet	81	87	89	90	90	0,3	9,0	11,2
Oslo	100			100	100	0,0	0,0	0,0
Viken	100	100	100	79	87	8,1	-13,3	-13,3
Vestfold Telemark	80	67	100	83	71	-12,7	-9,4	-11,8
Agder	100	60	67	67	71	4,8	-28,6	-28,6
Rogaland	50	100	100	77	53	-24,0	2,9	5,9
Vestland	82	70	75	70	70	-0,6	-12,1	-14,8
Møre og Roms	78	85	87	90	100	9,5	22,2	28,6
Trøndelag	93	91	96	74	83	8,7	-10,2	-11,0
Nordland	100	82	86	89	88	-1,8	-12,5	-12,5
Troms og Finnmark	94	88	92	93	93	-0,5	-1,6	-1,7
Hele landet	89	84	88	82	82	-0,5	-6,9	-7,8

Tabell V19. Antall beregnede vikardager justert for stillingsprosent og virkedager i kvartalet. 1.kvartal og 4. kvartal 2020 – 2022, samt endring siste kvartal og i hele perioden. Basert på rapporterte vikaravtaler.

	2020		2021		2022	Endring		
<i>Innbyggere/Fylke</i>	Kv1	Kv4	Kv1	Kv4	Kv1	siste kvartal	fra Kv1 2020	Pst. endr. fra Kv1 2020
Under 2 000	2 339	2 646	2 463	2 363	1 987	-376	-352	-15,0
2 000-4 999	4 490	4 457	4 448	4 717	4 486	-230	-4	-0,1
5 000-9 999	4 483	5 436	4 809	6 126	5 552	-574	1 069	23,9
10 000-49 999	15 909	17 332	16 657	17 696	17 086	-610	1 177	7,4
50 000+	20 361	18 755	19 014	22 359	20 819	-1 540	458	2,3
Hele landet	47 582	48 627	47 391	53 261	49 931	-3 330	2 349	4,9
Innlandet	4 153	4 690	4 284	3 968	3 440	-528	-714	-17,2
Oslo	6 807	6 231	6 149	6 659	6 479	-180	-329	-4,8
Viken	9 267	8 756	8 344	9 394	9 123	-270	-144	-1,5
Vestfold Telemark	2 874	3 715	3 677	4 605	4 136	-470	1 261	43,9
Agder	2 212	2 313	2 512	2 488	2 196	-293	-16	-0,7
Rogaland	3 798	3 284	3 061	3 865	3 591	-273	-207	-5,4
Vestland	5 425	5 399	5 974	6 302	5 893	-410	468	8,6
Møre og Roms	2 157	2 559	2 484	3 063	3 079	17	923	42,8
Trøndelag	3 836	4 025	3 481	3 681	3 782	101	-53	-1,4
Nordland	3 266	3 606	3 773	3 891	3 255	-636	-11	-0,3
Troms og Finnmark	3 787	4 049	3 651	5 345	4 957	-388	1 171	30,9

Hele landet	47 582	48 627	47 391	53 261	49 931	-3 330	2 349	4,9
--------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	-------------------	---------------	--------------	------------

* Det kan være forskjeller mellom og innad i fylker i muligheter for bruk av kollegial fraværssdekning

**En korrigering av tellende virkedager fra publisering av 4.kvartalsrapport 2021 for Handlingsplanen gjør at beregnede virkedager er moderat endret. På grunn av etter-registrering av vikaravtaler kan det antas at tallene for 1.kvartal 2022 er litt for lave.

Tabell V20. Antall beregnede vikardager justert for stillingsprosent og virkedager i kvartalet. Basert på rapporterte vikaravtaler. Kun vikardager for ubesatte lister.

	2020		2021		2022	Endring		
<i>Innbyggere/Fylke</i>	Kv1	Kv4	Kv1	Kv4	Kv1	siste kvartal	fra Kv1 2020	Pst. endr. fra Kv1 2020
Under 2 000	705	1087	1218	1163	771	-392	66	9,3
2 000-4 999	1028	1461	1475	1396	1277	-120	248	24,2
5 000-9 999	1096	1563	1671	1701	1679	-22	584	53,3
10 000-49 999	2362	2872	2944	3802	4274	472	1912	81,0
50 000+	807	448	674	1436	1518	82	711	88,2
Hele landet	5998	7430	7983	9499	9519	20	3521	58,7
Innlandet	866	1376	1346	1421	1399	-22	533	61,5
Oslo	137	0	0	86	64	-22	-73	-53,5
Viken	575	620	517	527	729	202	154	26,7
Vestfold Telemark	187	218	325	611	720	109	533	285,1
Agder	167	136	151	376	596	221	429	256,2
Rogaland	167	206	361	563	464	-99	298	178,6
Vestland	505	790	1110	1385	1228	-157	723	143,2
Møre og Roms	718	841	978	991	953	-38	234	32,6
Trøndelag	616	1042	940	795	939	143	322	52,3
Nordland	1328	1249	1313	1332	1115	-217	-213	-16,0
Troms og Finnmark	730	953	942	1413	1311	-101	581	79,6
Hele landet	5998	7430	7983	9499	9519	20	3521	58,7

* Det kan være forskjeller mellom og innad i fylker i muligheter for bruk av kollegial fraværssdekning

Tabell V21. Antall beregnede vikardager justert for stillingsprosent og virkedager i året. 2019, 2020 og 2021. Basert på rapporterte vikaravtaler.

	Antall vikardager justert			Prosent endring		
<i>Innbyggere/Fylke</i>	2019	2020	2021	2019-20	2020-21	2019-2021
Under 2 000	7 603	9 654	10 443	27,0	8,2	37,4
2 000-4 999	15 353	17 904	18 118	16,6	1,2	18,0

5 000-9 999	18 409	18 527	21 595	0,6	16,6	17,3
10 000-49 999	60 831	64 239	68 786	5,6	7,1	13,1
50 000+	73 012	77 549	81 038	6,2	4,5	11,0
Hele landet	175 208	187 873	199 981	7,2	6,4	14,1
Innlandet	14 036	16 905	16 483	20,4	-2,5	17,4
Oslo	25 750	25 676	24 795	-0,3	-3,4	-3,7
Viken	33 971	34 342	35 437	1,1	3,2	4,3
Vestfold og Telemark	8 934	13 119	16 808	46,8	28,1	88,1
Agder	8 300	9 115	9 539	9,8	4,7	14,9
Rogaland	13 577	14 822	13 464	9,2	-9,2	-0,8
Vestland	19 348	20 696	24 909	7,0	20,4	28,7
Møre og Romsdal	7 830	8 803	11 008	12,4	25,1	40,6
Trøndelag	14 901	15 481	14 588	3,9	-5,8	-2,1
Nordland	13 647	13 806	15 057	1,2	9,1	10,3
Troms og Finnmark	14 914	15 109	17 895	1,3	18,4	20,0
Total	175 208	187 873	199 981	7,2	6,4	14,1

* Det kan være forskjeller mellom og innad i fylker i muligheter for bruk av kollegial fraværssdekning.

Tabell V22. Kommuner registrert med lister uten fast lege og som har liste(r) uten fast lege minst 1 år per mars 2022.

Kommune--størrelse	Kommune	Antall Lister	Lister uten fast lege	Inn-byggere Liste uten fast lege	Inn-byggere på Liste over 1 år ubesatt*
<i>Innlandet</i>					
Under 2 000	Folldal	3	2	527	527
5 000-9 999	Nord-Odal	5	1	707	0
5 000-9 999	Eidskog	6	1	569	0
5 000-9 999	Åsnes	9	1	750	0
5 000-9 999	Nord-Fron	7	1	471	0
5 000-9 999	Søndre Land	6	1	394	0
5 000-9 999	Nord-Aurdal	9	1	731	0
2 000-4 999	Vågå	4	1	788	0
10 000-49 999	Hamar	37	1	1140	0
10 000-49 999	Stange	18	1	654	654
10 000-49 999	Gran	13	1	342	342
10 000-49 999	Ringsaker	30	2	1563	660
10 000-49 999	Gjøvik	31	4	4118	1138
10 000-49 999	Lillehammer	32	6	3978	747
10 000-49 999	Vestre Toten	14	6	4138	4138

<i>Oslo</i>					
50 000 innb.+	Oslo	555	2	791	0
<i>Viken</i>					
2 000-4 999	Nore og Uvdal	3	1	839	839
5 000-9 999	Lunner	8	1	892	0
10 000-49 999	Lørenskog	34	1	147	147
10 000-49 999	Nes	17	1	235	235
10 000-49 999	Modum	14	1	371	371
10 000-49 999	Nannestad	11	1	580	580
10 000-49 999	Øvre Eiker	15	1	853	853
10 000-49 999	Halden	28	1	1065	0
10 000-49 999	Indre Østfold	36	1	1158	0
50 000 +	Lillestrøm	72	2	281	281
50 000 +	Drammen	83	1	342	0
50 000 +	Bærum	115	1	424	0
50 000 +	Fredrikstad	74	1	1030	0
50 000 +	Sarpsborg	51	1	1249	0
<i>Vestfold-Telemark</i>					
Under 2 000	Hjartdal	3	1	358	0
Under 2 000	Fyresdal	2	1	486	0
2 000-4 999	Kviteseid	2	1	764	764
5 000-9 999	Tinn	9	3	2630	898
10 000-49 999	Porsgrunn	41	1	360	0
10 000-49 999	Larvik	43	1	468	0
10 000-49 999	Midt-Telemark	13	1	692	692
10 000-49 999	Notodden	15	2	874	0
10 000-49 999	Kragerø	10	3	2735	1047
50 000 +	Sandefjord	56	1	440	0
50 000 +	Skien	47	2	1857	799
<i>Agder</i>					
Under 2 000	Sirdal	4	1	424	0
Under 2 000	Hægebostad	2	1	518	0
5 000-9 999	Farsund	10	2	883	182
5 000-9 999	Flekkefjord	10	2	1596	0
10 000-49 999	Arendal	43	1	558	558
10 000-49 999	Lyngdal	12	1	997	997
10 000-49 999	Grimstad	21	2	1585	0
10 000-49 999	Lindesnes	24	3	2314	0

50 000 +	Kristiansand	103	1	994	0
<i>Rogaland</i>					
2 000-4 999	Suldal	6	2	1178	1178
10 000-49 999	Strand	17	1	450	0
10 000-49 999	Tysvær	10	1	615	0
10 000-49 999	Time	17	1	1003	0
10 000-49 999	Haugesund	34	4	3935	0
10 000-49 999	Eigersund	14	6	4894	3534
50 000 +	Stavanger	121	1	942	0
50 000 +	Sandnes	71	1	1023	0
<i>Vestland</i>					
Under 2 000	Solund	2	1	83	83
Under 2 000	Modalen	1	1	483	0
Under 2 000	Aurland	3	1	512	512
Under 2 000	Hyllestad	2	1	925	0
5 000-9 999	Luster	9	1	295	0
5 000-9 999	Stryn	10	1	803	803
5 000-9 999	Årdal	6	2	1817	911
5 000-9 999	Austevoll	6	2	1847	0
2 000-4 999	Vaksdal	4	1	18	18
2 000-4 999	Bremanger	5	1	20	20
2 000-4 999	Austrheim	4	1	66	66
2 000-4 999	Gulen	3	1	473	473
2 000-4 999	Askvoll	4	1	738	0
2 000-4 999	Fitjar	3	1	893	0
10 000-49 999	Stord	23	1	5	5
10 000-49 999	Øygarden	40	4	47	47
10 000-49 999	Kvinnherad	18	1	58	58
10 000-49 999	Sogndal	17	1	97	0
10 000-49 999	Bømlo	14	1	506	0
10 000-49 999	Kinn	24	2	572	17
10 000-49 999	Askøy	30	3	2034	0
10 000-49 999	Bjørnafjorden	24	3	2700	2700
50 000 +	Bergen	252	1	792	0
<i>Møre og Romsdal</i>					
2 000-4 999	Sande	3	1	569	569
2 000-4 999	Aure	4	1	649	0
2 000-4 999	Stranda	6	1	746	0
5 000-9 999	Hareid	6	1	416	0

5 000-9 999	Averøy	5	1	716	716
5 000-9 999	Sunndal	6	1	815	815
5 000-9 999	Herøy	10	3	2761	1993
5 000-9 999	Sykkylven	8	3	2821	994
10 000-49 999	Kristiansund	30	1	351	351
10 000-49 999	Molde	35	2	809	0
50 000 +	Ålesund	64	6	5958	3355
<i>Trøndelag</i>					
Under 2 000	Tydal	2	1	264	264
Under 2 000	Holtålen	3	1	281	0
Under 2 000	Lierne	2	1	732	0
2 000-4 999	Meråker	3	1	597	597
5 000-9 999	Hitra	6	1	296	296
5 000-9 999	Inderøy	8	1	389	0
5 000-9 999	Røros	8	2	1107	0
5 000-9 999	Nærøysund	13	1	1167	1167
5 000-9 999	Indre Fosen	11	2	1380	0
10 000-49 999	Ørland	14	1	53	0
10 000-49 999	Steinkjer	25	2	1572	0
10 000-49 999	Melhus	13	3	2546	1603
50 000 +	Trondheim	195	6	3697	1663
<i>Nordland</i>					
Under 2 000	Bindal	4	1	447	0
Under 2 000	Rødøy	3	3	899	899
Under 2 000	Vega	3	1	527	527
Under 2 000	Hattfjelldal	3	2	672	672
Under 2 000	Grane	2	1	743	0
Under 2 000	Dønna	3	1	16	16
Under 2 000	Lurøy	3	1	150	150
Under 2 000	Moskenes	2	1	379	379
2 000-4 999	Hemnes	6	1	446	446
2 000-4 999	Andøy	7	1	47	47
2 000-4 999	Hamarøy	5	2	883	0
5 000-9 999	Brønnøy	12	3	1608	0
5 000-9 999	Meløy	9	5	3558	3558
10 000-49 999	Narvik	25	2	1900	0
10 000-49 999	Vefsn	14	1	802	0
10 000-49 999	Rana	28	6	6289	3812

Troms og Finnmark					
Under 2 000	Gamvik	2	1	410	410
2 000-4 999	Karasjok	4	1	465	0
2 000-4 999	Nordreisa	6	1	487	0
2 000-4 999	Salangen	9	2	507	0
2 000-4 999	Kautokeino	4	1	668	0
2 000-4 999	Tjeldsund	8	2	1372	577
5 000-9 999	Vadsø	10	1	187	187
5 000-9 999	Sør-Varanger	12	3	1954	401
10 000-49 999	Hammerfest	17	1	288	288
10 000-49 999	Senja	21	2	1429	0
10 000-49 999	Harstad	35	3	1788	598
10 000-49 999	Alta	27	6	4079	1398
50 000 +	Tromsø	80	4	3585	587
	150 kommuner	3448	231	149 651	57 209

*Antall innbyggere som til enhver tid står på den enkelte liste registrert uten fast lege vil kunne variere mellom måletidspunkt og avhenge av tilgangen til plasser på liste med fast liste i kommunen.

Vedlegg til kapittel 8

Tabell V23 og Tabell V24 viser utvikling i kontakter med fastlege og legevakt for årene 20017 til 2021. Kontakter er inndelt i ulike kategorier etter registrert takstkoder vist i Tabell V27. Kategoriene er gjensidig utelukkende og regninger kan kun inngå i én kontaktttype dersom de inneholder flere takstkoder. Dersom regninger inneholder flere takster vil de inngå i kontaktttyper etter hvilken takst som er den tyngste. Følgende hierarki lagt til grunn her: sykebesøk, konsultasjon, samtaleterapi, e-konsultasjon, enkel kontakt med pasient, enkel kontakt elektronisk, enkel kontakt (brev, telefon og administrasjon), dialogmøter og samarbeidsmøter, nødvendig dialog mellom fastlege og lege spesialisthelsetjenesten og kommunikasjon med andre instanser. Til slutt en kategori for utvalgte takster administrativt arbeid. Ratene beregnes ut fra befolkningsstørrelsen på pasientens bostedskommune. Kommuner er definert etter kommunestruktur per 01.01.2022 og gruppert etter innbyggertall per 01.01.2022.

Tabell V23. Antall kontakter med fastlegen fordelt på type kontakt, 2017-2021.

	2017	2018	2019	2020	2021	% endring siste år
Konsultasjon med lege						
Fysisk konsultasjon	14 299	14 245	14 292	11 949	12 048	
Per 100 innbygger	501	671	722	567	631	+ 1 %
	270	267	266	222	222	
E-konsultasjon	91 912	238	445	3 540	4 333	
Per 100 innbygger	1,7	374	093	361	283	+ 22 %
		4,5	8,3	65,7	79,9	

Sykebesøk	88 889	88 575	88 519	116	97 127	- 17 %
Per 100 innbygger	1,7	1,7	1,6	501 2,2	1,8	
SUM	14 480	14 572	14 826	15 606	16 479	+ 6 %
Totalt antall konsultasjoner	302	620	334	429	041	
Per 100 innbygger	273	273	276	290	304	
<i>Enkel kontakt med pasient</i>						
Enkel kontakt brev/tlf/adm	10 540	9 946	9 659	9 944	9 451	- 5 %
Per 100 innbygger	238 199	678 187	736 180	867 184	668 174	
Enkel kontakt elektronisk	464	1 015	1 569	2 387	2 930	+ 23 %
Per 100 innbygger	965 9	741 19	865 29	202 44	711 54	
Enkel kontakt med pasient tilstede	2 548	2 378	2 344	2 353	2 813	+ 20 %
Per 100 innbygger	357 48	042 45	248 44	230 44	779 52	
<i>Kontakt med andre instanser om pasient</i>						
Enkel kontakt med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV	1 663	1 741	1 838	2 005	2 093	+ 4 %
Per 100 innbygger	438 31	077 33	435 34	305 37	503 39	
Samarbeidsmøter	196	176	153	151	156	+ 3 %
Per 100 innbygger	443 3,7	575 3,3	916 2,9	835 2,8	979 2,9	
Nødvendig dialog mellom fastlege og lege i spesialisthelsetjenesten	0	0	95 861	270	286	+ 6 %
Per 100 innbygger	13	13	14	815 17	607 17	
<i>Adm. kontakt</i>						
Utvalgte takster administrativt arbeid	669	684	730	908	906	uendret
	239	254	294	316	041	

Kilde: KPR.

Tabell V24. Antall kontakter med legevakt fordelt på type kontakt, 2017-2021.

	2017	2018	2019	2020	2021	% endring siste år
<i>Konsultasjon med lege</i>						
Fysisk konsultasjon	1 301	1 289	1 324	1 180	1 232	+ 4 %
Per 100 innbygger	348 25	296 24	830 25	408 22	959 23	
E-konsultasjon	0	0	0	73 417	45 380	- 38 %
Per 100 innbygger	0	0	0	1,4	0,8	
Sykebesøk	66 284	69 725	75 285	87 941	85 015	- 3 %
Per 100 innbygger	1,3	1,3	1,4	1,6	1,6	
SUM	1 367	1 359	1 400	1 341	1 363	+ 2 %
Totalt antall konsultasjoner	632	021	115	766	354	
Per 100 innbygger	26	25	26	25	25	

Enkel kontakt med pasient						
Enkel kontakt brev/tlf/adm	588	677	723	1 255	1 303	
Per 100 innbygger	169	131	419	345	834	+ 4 %
	11	13	13	23	24	
Enkel kontakt elektronisk	438	748	1 298	17 905	93 717	
Per 100 innbygger	0	0	0	0,3	1,7	423 %
Enkel kontakt med pasient til stede	68 848	57 808	63 228	1 347	4 447	
Per 100 innbygger	1,3	1,1	1,2	953	712	+ 230 %
				25	82	
Kontakt med andre instanser om pasient						
Enkel kontakt med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV	90 004	91 953	92 881	92 671	86 396	
Per 100 innbygger	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6	- 7 %
Samarbeidsmøter	16 051	15 609	15 814	20	40	
Per 100 innbygger	0,3	0,3	0,3	0	0	+ 100 %
Adm. kontakt						
Utvalgte takster administrativt arbeid	2 886	2 699	2 556	2 579	2 839	+ 10 %

Kilde: KPR.

Tabell V25. Antall kontakter med fastlegen fordelt på type kontakt for ulike aldersgrupper for 2021.

Kontakttype	Aldersgrupper					
	0-19 år	20-39 år	40-59 år	60-79 år	80 år +	Totalt
Konsultasjon med lege						
Fysisk konsultasjon	1 408	2 844	3 369	3 378	1 048	12 048
	151	663	403	016	398	631
E-konsultasjon	626	1 459	1 386	711	148	4 333
	842	853	240	565	783	283
Sykebesøk	3 972	5 923	11 025	29 876	43 151	97 127
Enkel kontakt med pasient						
Enkel kontakt brev/tlf/adm	725	1 872	2 853	3 038	961	9 451
	654	786	834	324	070	668
Enkelt kontakt elektronisk	208	934	996	706	84 708	2 930
	958	012	127	906		711
Enkel kontakt med pasient til stede	325	622	748	871	245	2 813
	970	408	914	416	071	779
Kontakt med andre instanser om pasient						
Enkel kontakt med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV	102	267	359	581	782	2 093
	100	467	298	694	944	503
Samarbeidsmøter						
- Tverrfaglig samarbeidsmøte	13 413	49 486	56 580	23 860	13 640	156 979
- Dialogmøter NAV						
Nødvendig dialog mellom fastlege og lege i spes.helsetjen.	31 010	68 492	74 545	82 329	30 231	286 607

Kilde: KPR.

Tabell V26. Antall kontakter med legevakt fordelt på type kontakt for ulike aldersgrupper for 2021.

Kontakttype	Aldersgrupper					
	0-19 år	20-39 år	40-59 år	60-79 år	80 år +	Totalt
Konsultasjon med lege						
Fysisk konsultasjon	340 200	348 332	256 924	205 677	81 826	1 232 959
E-konsultasjon	12 015	12 049	9 767	7 296	4 253	45 380
Sykebesøk	7 070	11 880	13 768	23 958	28 339	85 015
<i>Enkel kontakt med pasient</i>						
Enkel kontakt brev/tlf/adm	407 671	377 311	273 308	172 696	72 848	1 303 834
Enkelt kontakt elektronisk	25 461	31 753	27 367	8 687	449	93 717
Enkel kontakt med pasient til stede	1 297 018	1 627 869	1 150 972	338 564	33 289	4 447 712
<i>Kontakt med andre instanser om pasient</i>						
Enkel kontakt med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV	5 652	10 410	11 485	22 923	35 926	86 396
Samarbeidsmøter						
• Tverrfaglig samarbeidsmøte • Dialogmøter NAV	2	13	22	3	0	40

Kilde: KPR.

Tabell V27. Definisjon av type kontakt hos fastlege og legevakt.

Kontakttype	Regning med minst én av følgende takster:
<i>Konsultasjon med lege</i>	
Fysisk konsultasjon	2ad, 2ak, 2ed, 2fk, 615*
E-konsultasjon	2ae, 2aek, 2af**
Sykebesøk	11ad, 11ak
<i>Enkel kontakt med pasient</i>	
Enkel kontakt med pasient til stede	1ad, 1ak, 1e, 618, 701a*
Enkel kontakt brev/tlf/adm	1bd, 1bk, 1g, 1h, 1i 612a*, 612b*
Enkelt kontakt elektronisk	1be
<i>Kontakt med andre instanser</i>	
Enkel kontakt med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV	1f

Samarbeidsmøter	14 L36*, L35*, L35d*, L36d*
• Tverrfaglig samarbeidsmøte • Dialogmøter NAV	
Nødvendig dialog mellom fastlege og lege i spesialisthelsetjenesten	1j***
<i>Andre kontakter for administrative formål</i>	
Utvalgte takster administrativt arbeid – Registrert uten å være knyttet opp mot annen kontakt	H1, 5, 7, 8 2kd*, 2ld*, L-takster*

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

Tabell V28. Kontakttyper hos fastlege. 1.kvartal 2019, 1.kvartal 2020, alle kvartaler 2021 og 1.kvartal 2022.

	2019	2020	2021				2022
	Kv1	Kv1	Kv1	Kv2	Kv3	Kv4	Kv1
<i>Konsultasjon med lege</i>							
Fysisk konsultasjon	3 795 413	3 457 355	2 912 434	3 061 030	2 828 875	3 231 481	2 958 147
E-konsultasjon	76 448	542 049	1 052 971	1 026 038	942 776	1 307 291	1 296 000
Sykebesøk	21 634	24 878	25 122	24 193	22 116	25 496	19 719
<i>Enkel kontakt med pasient</i>							
Enkel kontakt med pasient til stede	593 809	564 551	715 311	716 962	686 262	688 934	653 053
Enkel kontakt brev/tlf/adm	2 529 022	2 803 717	2 485 993	2 479 426	2 176 317	2 298 034	2 266 587
Enkelt kontakt elektronisk	367 839	607 299	785 456	772 717	616 812	753 521	810 612
<i>Kontakt med andre instanser</i>							
Enkel kontakt med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV	490 542	513 584	579 444	541 208	466 181	504 459	520 562
Samarbeidsmøter							
• Tverrfaglig samarbeidsmøte • Dialogmøter NAV	50 686	43 687	44 754	44 216	29 793	38 019	41 506
Nødvendig dialog mellom fastlege og lege i spesialisthelsetjenesten	0	67 780	78 246	73 898	62 489	71 781	76 256
<i>Andre kontakter for administrative formål</i>							

Utvalgte takster administrativt arbeid – Registrert uten å være knyttet opp mot annen kontakt	189 604	253 452	254 133	221 188	191 702	238 283	251 037
--	------------	------------	------------	------------	------------	------------	------------

Kilde: KPR.

Tabell V29. Kontakttyper hos legevakt. 1.kvartal 2019, 1.kvartal 2020, alle kvartaler 2021 og 1.kvartal 2022.

	2019	2020	2021				2022
	Kv1	Kv1	Kv1	Kv2	Kv3	Kv4	Kv1
<i>Konsultasjon med lege</i>							
Fysisk konsultasjon	318 304	305 330	267 221	309 052	338 314	316 077	256 995
E-konsultasjon	0	4 839	19 212	19 292	26	7 883	13 295
Sykebesøk	18 235	21 483	20 109	21 666	21 754	21 161	18 969
<i>Enkel kontakt med pasient</i>							
Enkel kontakt med pasient til stede	14 123	39 849	1 265 842	1 212 709	1 120 173	795 836	977 536
Enkel kontakt brev/tlf/adm	177 963	278 438	338 045	312 304	330 530	316 602	279 390
Enkelt kontakt elektronisk	183	474	25 560	22 634	20 512	24 766	30 508
<i>Kontakt med andre instanser</i>							
Enkel kontakt med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV	23 428	24 533	21 449	21 518	22 562	20 605	19 413
Samarbeidsmøter							
• Tverrfaglig samarbeidsmøte • Dialogmøter NAV	4	6	7	13	12	8	2
<i>Andre kontakter for administrative formål</i>							
Utvalgte takster administrativt arbeid – Registrert uten å være knyttet opp mot annen kontakt	699	775	620	658	733	831	762

Kilde: KPR.

