

Handlingsplan for allmennlegetjenesten - årsrapport 2022, inklusive status per mai 2023

Først publisert: 25.05.2023

Sist faglig oppdatert: 25.05.2023



Innhold

1. PDF-versjon av rapporten	3
2. Hovedfunn og vurderinger	4
3. Innledning	8
4. Del 1 - tiltak, status og effekter	10
5. En attraktiv og trygg karrierevei	11
6. God kvalitet til alle	28
7. Framtiden er teambasert	37
8. Del 2 - allmennlegetjenesten i tall 2022	50
9. Utgifter til allmennlegetjenesten	51
10. Leger i kommunale helse- og omsorgstjenester	59
11. Leger i spesialisering	68
12. Utvikling fastlegeordningen	73
13. Organisering av legevakt - utvidet KOSTRA-rapportering ...	88
14. Befolkningens bruk av fastlege og legevakt	90
15. Tilgjengelighet og kvalitet	106
16. Vedlegg 1 - begrepsliste	118
17. Vedlegg 2 - utdypende tabeller	120

PDF-versjon av rapporten

[Last ned PDF av rapporten](#)

Hovedfunn og vurderinger

Innbyggerne får fastlegetjenester og er fornøyd med fastlegen

Likeverdig tilgang til helsetjenester er et grunnleggende prinsipp for den offentlige helse- og omsorgstjenesten. Det er et mål at alle skal ha en fastlege uavhengig av hvor de er bosatt, og at innbyggerne skal kunne bytte fastlege om de ønsker det. Det er stor oppslutning om fastlegeordningen i Norge, og pasientene er stort sett godt fornøyde med fastlegen.[1]

I hvilken grad innbyggerne har tilgang på egen fastlege varierer mellom fylker og kommuner. Innbyggere i mindre sentrale områder mangler oftere fastlege enn innbyggere i mer sentrale områder. Undersøkelser viser imidlertid at innbyggere uten fastlege, bruker allmennlegetjenester marginalt mindre enn innbyggere med fastlege.[2] På landsbasis ser vi ingen økning i bruk av legevakt det siste året (se kapittel 9.3). Undersøkelsene tyder på at innbyggere mottar nødvendige fastlegetjenester av sin fastlege eller av en fastlegevikar. Likevel er det bekymring knyttet til at muligheten til å få og bytte fastlege, i store deler av landet, fortsatt er redusert.

Rekrutteringen går i positiv retning

Tilveksten av fastleger har vært høyere i 2022 sammenlignet med årene tilbake til 2019 og veksten fortsetter i 2023. Det er grunn til å tro at et tilrettelagt spesialiseringsløp i allmennmedisin har bidratt til å rekruttere flere leger.

Tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning ble etablert og utlyst for første gang i 2022. Tilskuddet skal være med å dekke utgifter kommunene pådrar seg ved å inngå avtaler med leger i spesialisering i allmennmedisin (ALIS). ALIS-avtalen gir legen forutsigbarhet og økonomisk trygghet gjennom spesialistutdanningen. Ved utgangen av 2022 var det inngått 1338 ALIS-avtaler, noe som er en sterk økning fra tidligere år.

Kapasiteten i fastlegeordningen er fortsatt for lav

Per mai 2023 sto 3,8 prosent av listeinnbyggerne, tilsvarende 210 187 personer, på en fastlegeliste uten fast lege tilknyttet listen. Andelen har økt mye de siste årene, men siden oktober 2022 har nivået holdt seg stabilt.

Det er stor variasjon i tilgjengelige plasser hos fastlege mellom kommunene. En tredel av kommunene har per april 2023 ingen ledige plasser på fastlegeliste med fast lege. Den faktiske nedgangen i listetak (plasser) på lister hos fast lege er redusert med omtrent 180 000 de siste 3 årene. Dersom lister uten fast lege inkluderes, har nedgangen vært på 36 000 listeplasser i samme periode.

Antall fastleger per innbygger har fra 2019 til 2022 økt noe mer enn befolkningsveksten (se tabell 7.1). Til tross for dette står fortsatt en del innbyggere uten fastlege. Listelengden har gått gradvis ned over lang tid, og gjør det fortsatt. Tilveksten av fastleger har ikke vært stor nok til å kompensere både for befolkningsvekst og kortere listelengde. Bosettingen av flyktninger fra Ukraina øker behovet for tilgjengelige listeplasser ytterligere.

Det er utstrakt og økende bruk av vikarer i fastlegeordningen. Det ble utført omtrent 870 vikarårsverk i fastlegeordningen i 2022. Fire av fem er vikar for en fastlege, men den største veksten i vikarbruk de siste to årene er likevel knyttet til lister uten fast lege. Nesten alle ubesatte lister har hatt vikar, og av disse listene hadde 25 prosent, tre eller flere ulike vikarer i 2022 (se tabell 7.16).

Det er fortsatt vanskelig for kommuner å sørge for et godt nok fastlegetilbud

Kommunene skal sørge for at personer som ønsker det, får tilbud om en plass på en fastlegeliste og at befolkningen gis et forsvarlig tilbud av allmennlegetjenester. Jf. § 4 og § 7 fastlegeforskriften.

Kommuner melder fortsatt om store utfordringer med å tilby fastlegetjenester til sine innbyggere, og har de siste årene rapportert at de bruker betydelige ressurser på å rekruttere og beholde leger.[3] Rekrutteringsproblemene er størst i små kommuner. Likevel oppgir større bykommuner i sentrale områder å ha problemer med å få kvalifiserte søkere til utlyste legestillinger. Det er i store kommuner det er færrest ledige listeplasser. Bemanningsutfordringene gjelder også legetjenester i andre kommunale legetjenester som legevakt, helsestasjon og sykehjem.

Legevikarer brukes både til å dekke opp for fastlegers fravær og for å betjene ubesatte fastlegelister. I en situasjon med flere ubesatte lister, er kommunene avhengig av god tilgjengelighet til kompetente vikarer. Tre av fem kommuner leide inn lege til allmennlegetjenesten via vikarbyrå i 2022.[4] Mange kommuner oppgir at de ville hatt problemer med å rekruttere vikarer uten å benytte vikarbyråer.

Fastlegeforskriftens § 10 slår fast at fastlegen skal prioritere egne listeinnbyggere. Kommunen har i utgangspunktet ingen rettslige virkemidler for å sørge for at innbyggere på ubesatte lister, får et tilbud fra de gjenværende næringsdrivende fastlegene. Dette må eventuelt bygge på frivillighet. I en situasjon der en kommune mangler fastleger, kan dette føre til at pasienter med store behov for oppfølging ikke blir prioritert og av den grunn ikke får den behandlingen de trenger.

Fortsatt viktig med rekruttering og stabilisering for å øke kapasiteten i allmennlegetjenesten

Helsepersonellkommisjonen peker på at vi har den største økningen i behov for helse- og omsorgstjenester foran oss, og at denne i stor grad vil komme i kommunene.[5] For dårlig kapasitet i dagens ordning og økt fremtidig behov for allmennleger, tilsier at det fortsatt vil være avgjørende med god rekruttering til fastlegeordningen og til øvrige allmennlegetjenester. Få ledige listeplasser utfordrer pasientenes rett til fastlege og mulighet til å bytte fastlege. Helsedirektoratet mener det fortsatt er nødvendig å øke kapasiteten i allmennlegetjenesten for å ivareta pasientenes rettigheter.

Evalueringer av ALIS-Nord og ALIS-Vest prosjektene, sammenholdt med nyere spørreundersøkelser rettet mot LIS1-leger og medisinstudenter[6] viser at tiltak som bidrar til forutsigbarhet og trygghet i arbeidssituasjonen, gode fagmiljø og fleksibilitet i tilknytningsform, er viktig når unge leger skal velge karrierevei. ALIS-tilskuddet bidrar til at kommunene kan tilrettelegge for gode spesialiseringsløp. I tillegg kan en økning i LIS1-stillinger gi økt rekruttering til allmennmedisinske stillinger, noe også Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten påpeker.[7]

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. Mange fastleger kommer inn i yrket etter å ha fungert som vikar, noe som tilsier at tiltak for å rekruttere fastleger, også i det videre bør rettes mot denne gruppen.

Leger har ulik preferanse når det gjelder tilknytningsformer og arbeidstid.[8] Helsedirektoratet mener at for å sikre god rekruttering og stabilitet, må ordningen være fleksibel og kunne tilpasses leger i ulike livsfaser og spesialiseringsløp.

Fastlegeordningens omdømme er under press og kan være et hinder for rekruttering. Det er behov for å styrke profileringen av de positive sidene ved det å være allmennlege.

Fortsatt behov for å redusere arbeidsbelastningen, samhandle bedre og dele på oppgaver

En av fire fastleger er tilfredse med egen arbeidsbelastning, mens de resterende oppgir å ha for høy arbeidsbelastning. Andelen som er tilfreds med arbeidsbelastningen har økt litt fra 2021 til 2022 (fra 20 til 24 prosent).[9]

Et av hovedmålene i handlingsplanen er at oppgavene i større grad skal løses i samarbeid med annet helsepersonell, og ved bruk av digitale verktøy. Innovasjon og digitalisering kan bidra til mer effektive tjenester, og frigjøre tid til medisinsk oppfølging. Helsepersonellkommisjonen peker på behovet for omstilling i tjenesten for at helsepersonell i framtiden skal kunne klare å ta hånd om flere pasienter og brukere enn i dag. En viktig del av denne omstillingen innebærer å bruke tilgjengelig kompetanse riktig og dele på oppgavene med annet personell. Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten peker på at økt tverrfaglighet på fastlegekontoret kan avlaste fastlegen. I lys av utfordringene mener ekspertutvalget at det er viktig med tiltak som reduserer arbeidsbelastningen for fastleger, og som gjør det mulig for fastleger å ta ansvar for flere listeinnbyggere.[10] Organisering i større enheter hvor flere helsepersonellgrupper jobber sammen kan bidra til økt kvalitet i tjenesten og bedre fordeling av oppgaver. Større fagmiljø kan også virke rekrutterende på yngre leger.

Legevaktarbeid fører til en betydelig arbeidsbelastning for mange av landets fastleger, særlig i mindre kommuner. Helsedirektoratet mener det er viktig å vurdere løsninger som regulerer og legger til rette for redusert arbeidstid for fastleger i legevakt.

Regjeringens mål med styrket basisfinansiering er å legge til rette for en stabil og fremtidsrettet allmennlegetjeneste med kontinuitet i lege-pasientforholdet. Fastlegeyrket skal være attraktivt for både yngre og eldre leger, og innbyggerne skal ha en fastlege å gå til som både har tid og kapasitet til å følge opp deres ulike behov. Pasientjustert basistilskudd er innført fra 1. mai 2023 med en målsetting om at legene skal kunne prioritere tjenester til de innbyggerne som har størst behov. For å kunne tilpasse og videreutvikle modellen for det pasientjusterte tilskuddet vil det være viktig å følge med på effekter og høste erfaringer underveis.

Gode lokale løsninger

Fastlegeordningen bør innrettes slik at kommunene kan bidra til å utvikle en god og bærekraftig tjeneste. Gode løsninger forutsetter lokal kunnskap og ledelse. Ledelse av fastlegeordningen er nødvendig for å etablere fleksible løsninger tilpasset den enkelte leges livssituasjon og arbeidskapasitet, samt for å etablere gode fagmiljø med mulighet for kvalitetsforbedring og faglig utvikling. Ledelse av fastlegekontoret er viktig for å

lykkes med samhandling og utvikling av velfungerende team både i og utenfor fastlegekontoret. En fastlegetjeneste som er godt integrert med øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste, og hvor innbyggerne opplever at tjenestene henger sammen, er viktig for et godt og helhetlig allmennlegetilbud.

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten har økt antall plasser øremerket leger i kommunale helse- og omsorgstjenester. Det er igangsatt et arbeid for å øke rekrutteringen til disse. Helsedirektoratet har videre fått i oppdrag å understøtte kommunens ledelse av allmennlegetjenesten.

I det videre arbeidet med å utvikle allmennlegetjenesten, er det behov for økt kunnskap om kvaliteten i tjenestene til innbyggerne, og om forhold rundt fastlegene og kommunene som påvirker den. Datagrunnlaget må utvikles i tråd med endringer i ordningen og kunne belyse sammenhengen mellom tiltak og effekter.

Fotnoter

- [1] [Pasienterfaringer med fastlege og fastlegekontor - Helsedirektoratet](#)
- [2] [Kontinuitet i lege-pasientforholdet \(fhi.no\)](#)
- [3] Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2022) [Rapport-KS-Finansiering-fastlegeordningen-2022.pdf](#)
- [4] Funn i en spørreundersøkelse gjennomført av Helsedirektoratet i mars-april 2023 blant kommune og bydelene i Oslo
- [5] Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste [NOU 2023: 4 \(regjeringen.no\)](#)
- [6] Oslo Economics (2022) Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024, rapport 1
- [7] Ekspertutvalgets rapport (2023) [Gjennomgang av allmennlegetjenesten \(regjeringen.no\)](#)
- [8] Oslo Economics (hhv. 2022 og 2023) Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, rapport 1 og 2
- [9] Oslo Economics (hhv. 2022 og 2023) Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, rapport 1 og 2
- [10] Ekspertutvalgets rapport (2023) [Gjennomgang av allmennlegetjenesten \(regjeringen.no\)](#)

Innledning

Om denne rapporten

Denne rapporten beskriver Helsedirektoratets arbeid med å følge opp Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020 – 2024.

Rapportens del 1, 'Tiltak, status og effekter' er innrettet etter de tre målområdene i handlingsplanen. Her presenteres status på arbeidet og det gis en vurdering av hvilke effekter dette gir. Arbeid som ikke sorterer direkte inn under handlingsplanen, men som er viktig i arbeidet for en styrket allmennlegetjeneste, omtales også.

Rapportens del 2, 'Allmennlegetjenesten 2022 i tall', er tenkt å dekke Helsedirektoratets følge-med-ansvar så godt det lar seg gjøre basert på eksisterende datakilder. Denne sammenstiller statistikk og nasjonale kvalitetsindikatorer for å gi et bilde av utviklingen i tjenesten. Det er tatt med oppdaterte tall per 1. kvartal 2023. For å dekke helheten i Helsedirektoratets følge-med-ansvar for allmennlegetjenesten favner del 2 noe bredere enn handlingsplanens effektmål. Dagens tilgang til statistikk og indikatorer og gir ikke alene et helhetlig bilde av utvikling og variasjon i ressursinnsats, aktivitet og kvalitet i allmennlegetjenesten.

Statusrapportens 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 to evalueringsrapporter. Evalueringsrapport II fra Oslo Economics[11] inngår som et viktig underlag for Helsedirektoratets vurderinger i denne rapporten.

Bakgrunn

Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024[12] ble lagt frem av Regjeringen Solberg i mai 2020 etter et samarbeid med partene. Handlingsplanen bygger på en rekke utredninger og meldinger.

Styrking av allmennlegetjenesten er et prioritert område for Regjeringen Støre, og selv om det bygges på tiltakene i handlingsplanen, har det vært behov for en forsterket innsats på området.

Arbeidet med Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 har grenseflate mot en rekke interne og eksterne aktører, aktiviteter og prosjekter. Handlingsplanen skal bidra til å styrke, utvikle og bevare en allmennlegetjeneste som gir pasientene tjenester av høy kvalitet. Den presenterer 17 tiltak innenfor tre målområder:

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

I august 2022 satte regjeringen ned et ekspertutvalg for gjennomgang av allmennlegetjenesten. Helsedirektoratet har organisert og stilt ressurser til rådighet for å ivareta sekretariatfunksjonen. Ekspertutvalget leverte sin rapport den 18. april 2023. Rapporten inneholder 59 anbefalinger for en bærekraftig allmennlegetjeneste og omfatter blant annet områdene organisering, finansiering, tverrfaglighet, legevakt, attester og kompetanse.[13]

Helsedirektoratets arbeid med Handlingsplan for allmennlegetjenesten

Helsedirektoratet skal bistå Helse- og omsorgsdepartementet med gjennomføring og oppfølging 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.

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. Arbeidet har høy prioritet og pågår både lokalt i kommunene og nasjonalt.

I løpet av 2022 har Helse- og omsorgsdepartementet gitt Helsedirektoratet flere store oppdrag for å nå handlingsplanens målsettinger. Oppdragene er blant annet knyttet til organisering, finansiering, kvalitetsforbedring og kompetanse. I tillegg har det vært flere oppdrag på legevaktfeltet og utredninger med mål om å redusere fastlegens arbeidsbelastning. Et tilrettelagt spesialiseringssløp i allmennmedisin (ALIS) er et viktig tiltak for å rekruttere flere leger. Oppdragene knyttet til kompetanse og rekruttering har vært komplekse og krevd betydelig ressursinnsats.

Helsedirektoratet har organisert arbeidet i et program på tvers av direktoratets avdelinger. Programmet koordinerer utredning, planlegging, gjennomføring og oppfølging av en rekke prosjekter og piloter knyttet til handlingsplanens 17 tiltak. Arbeidet innbefatter omfattende kommunikasjonsaktiviteter som kampanjer, nyhetsbrev, webinarer og konferanse. Det er etablert ulike møtefora med eksterne aktører og brukere for involvering og informasjonsdeling. For å styrke direktoratets analyser og vurderinger, er handlingsplanens eksterne referansegruppe et viktig forum. Utover de fast oppsatte møtene er det dialog med Legeforeningen, KS, Statsforvaltere, kommuner, ALIS-kontor og andre når det er hensiktsmessig og nødvendig.

Det er lagt ned betydelige ressurser for å styrke og effektivisere følge-med arbeidet knyttet til allmennlegetjenesten. Månedlige tall samt jevnlige statusrapporter som belyser utviklingen publiseres. Dette er et viktig grunnlag for styring, kvalitetsutvikling, forskning og evaluering av tjenesten.

Figur I.1. Målområder og effektmål for handlingsplan allmennlegetjenesten.

Fotnoter

[11] Oslo Economics (2023) Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, rapport 2

[12] [Handlingsplan for allmennlegetjenesten \(regjeringen.no\)](#)

[13] Ekspertutvalgets rapport (2023) [Gjennomgang av allmennlegetjenesten \(regjeringen.no\)](#)

Del 1 - tiltak, status og effekter

En attraktiv og trygg karrierevei

1.1

Beskrivelse av målområde 1

Allmennlegetjenesten skal oppleves som en attraktiv og trygg karrierevei, både for allmennleger som vurderer å starte, er i gang med eller har fullført 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 for den enkelte lege, samt strukturelle og økonomiske forhold på systemnivå som påvirker tilgangen til nye leger.

6 effektmål for målområde 1:

- 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

Arbeidet med målområdet er i 2022 videreført og intensivert. Basistilskuddet er økt fra 1. mai 2023, samtidig som knekkpunktet fjernes, og det justeres ut fra trekk ved listeinnbyggerne og kommunene. Takstsystemet er tidligere gjennomgått med formål om å understøtte faglig riktig praksis. Det meste av arbeidet ble ferdigstilt i 2021, men enkelte av forenklingsforslagene fikk virkning først i 2022. Antall LIS1-stillinger er økt. ALIS-kontorene har fått endret mandat med flere oppgaver om å bistå kommunene i arbeidet med å rekruttere og tilrettelegge for spesialisering i allmennmedisin. Det ble i 2022 lansert en ny nasjonal tilskuddsordning for allmennleger i spesialisering. Tilskuddsordningen er videreutviklet og videreført for 2023.

Det er i 2022 også gjort en omfattende gjennomgang av fastlegens arbeid med attester og erklæringer utenfor NAV-området, med formål om å redusere fastlegenes arbeidsbelastning forbundet med dette.

På legevaktfeltet har ekspertutvalget for legevakt bidratt med økt kunnskap. Helsedirektoratet samarbeider med SSB om kartlegging av legevakt i KOSTRA skjema-1. Nye nasjonale kvalitetsindikatorer som ble

publisert i 2022, bidrar til å følge bedre med på kvaliteten i legevaktstjenesten. Det ble etablert en ny tilskuddsordning for å bedre rekrutteringen og redusere vaktbelastningen i legevaktordningen i 2022. 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 evalueringsrapportene fra Oslo Economics og Universitet i Oslo. [14]

Finansieringsordninger som bedre understøtter stabilitet og rekruttering av allmennleger

Finansieringen skal understøtte målene i handlingsplanen. Styrking og endring av basisfinansieringen skal senke terskelen for å gå inn i en fastlegevirksomhet og gjøre det mer attraktivt å bli fastlege, samt bidra til at færre fastleger velger å slutte. Det er usikkert hvilken effekt økt basistilskudd, knekkpunkt og økt total inntjening har hatt på rekruttering og stabilisering av ordningen. Fastleger oppgir i spørreundersøkelsen som er gjengitt i evalueringsrapport II, usikkerhet rundt finansieringen spesielt knyttet til innføring av risikojustert basistilskudd. De fleste legene i undersøkelsen trekker frem at økonomiske tiltak er særlig viktig for å bedre rekrutteringen til fastlegeordningen og bedre fastlegetjenesten kommunen. ALIS tilskudd trekkes også frem som et viktig tiltak, men andre tiltak som 8.2- avtaler, tilbakekjøpsgarantier og økt basistilskudd nevnes også.

Fra 1. mai 2023 ble knekkpunktet avviklet, og basistilskuddet ble styrket og pasienttilpasset (risikojustert). Målsetningen med de innførte endringene er at legene skal kunne prioritere tjenester til de innbyggerne som har størst behov. For å kunne tilpasse og videreutvikle den nye basistilskuddsmodellen, vil det være viktig å følge med på effekter og høste erfaringer underveis.

Økte muligheter for kompetanseheving og kvalitetsutvikling for allmennleger

En forutsetning for en realisering av effektmålet er at tiltakene i større grad bidrar til å redusere legenes arbeidsbelastning, slik at det frigjøres tid til kompetanseheving og kvalitetsutvikling. En undersøkelse utført av Oslo Economics i forbindelse med evalueringsrapport II viser at 76 prosent av fastlegene fortsatt opplever stor arbeidsbelastning.[15] I undersøkelsen peker også fastlegene på at høyt arbeidspress kan redusere kvaliteten på de medisinske vurderingene, og at de har for liten tid til forbedringsarbeid.

Tilskudd til ALIS-avtale skal skape gode rammer for legen i tiden spesialistutdanningen pågår, og er et tiltak som skal bidra til at flere leger starter opp med og fullfører spesialisering i allmennmedisin. I 2022 fikk kommunene tilskudd til ALIS-avtaler med 1338 unike leger. Dette er betydelig økning fra tidligere år, og tyder på at flere av de unge legene nå får tilrettelagte spesialiseringsløp med avsatt tid til kompetanseheving og veiledning, samt at en stor del av kostnadene ved spesialiseringen dekkes. ALIS-kontorene er etablert for å understøtte kommunenes oppgave som utdanningsvirksomhet. ALIS-kontorene veileder kommuner med mål om å legge til rette for gode utdanningsløp.

Økt rekruttering og stabilitet blant allmennleger

Rekrutteringen til fastlegeordningen er økt. Tilveksten av antall fastleger har vært høyere i 2022 enn de foregående årene, og den økte tilveksten fortsetter i 2023. Intervjuundersøkelser utført som ledd i evalueringen av Handlingsplanen, viser en økning fra 2021 til 2022 i andel leger som angir at det er litt eller svært sannsynlig at de fortsatt er fastleger om fem år (fra 50 prosent til 62 prosent).

Selv om det er flere positive endringer siste året knyttet til rekruttering og stabilitet, er det fortsatt for lav kapasitet i fastlegeordningen. Flere steder rammer bemanningsutfordringene også andre kommunale legetjenester, og det er stor variasjon mellom kommuner i tilgangen til plasser hos fastlege.

Bedre og riktigere utnyttelse av allmennlegens tid og kompetanse

Foreløpig ser vi ingen store endringer i personell på legekantoret eller arbeidsdeling mellom ulike aktører og nivåer i helsetjenesten. Andel e-konsultasjoner er økt. Dette har økt den digitale tilgjengeligheten til fastleger, men samtidig er terskelen for å ta kontakt med fastlegen senket.

I intervjuundersøkelse i forbindelse med Evalueringsrapport II har fastleger og fastlegevikarer oppgitt at de opplever arbeidsoppgaver som ikke krever medisinske vurderinger og kompetanse som særlig belastende, for eksempel enkelte typer attester og erklæringer og annet administrativt arbeid.

Det vil i det videre være viktig å følge med på utprøvingen av nye måter å jobbe på, som kan gi gevinster.

Bedre organisering av allmennlegetjenesten

Utviklingen går mot færre legekantor med flere leger pr kontor og færre solopraksiser. Dette er en ønsket utvikling som gir robuste tjenester, større fagmiljø og bedre mulighet for arbeidsdeling. På den annen side har bruken av vikarer og innleie av leger via vikarbyrå økt.

Både innenfor fastlegeordningen og legevaktjenesten prøves det ut nye modeller for organisering av tilbudet. Kommunene som har deltatt i piloten med sykepleiedrevne legevaktsatellitter og legekantor som har deltatt i forsøket med primærhelseteam, fortsetter organiseringen etter at forsøksordningene avsluttes. 24 prosent av kommunene bemanner deler av legevakten med fast ansatte leger og 67 prosent av kommunene benytter også andre leger enn fastleger i vaktarbeidet^[16]. Dette er alle tiltak som reduserer fastlegens arbeidsbelastning. Det er imidlertid ingen vesentlige endringer i organiseringen av allmennlegetjenesten på overordnet nivå foreløpig.

Redusert arbeidsbelastning for allmennleger

Fastlegene jobber mye, og reduksjon av arbeidsbelastningen er et prioritert område. Evalueringsrapport II angir at det er en nedgang siste året i andel fastleger som opplever for stor arbeidsbelastning, fra 80 til 76

prosent. Gjennomsnittlig listelengde har falt også siste år. I tillegg peker Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten på at andelen av legene som takster for fastlegetjenester utenfor vanlig arbeidstid, i stor grad knytter seg til e-konsultasjoner.[17]

Ifølge evalueringsrapporten er fastlegenes anslag på tid brukt på ulike oppgaver pr uke, på samme eller noe lavere nivå sammenlignet med evalueringsrapport I. Det er liten variasjon i gjennomsnittlig total rapportert arbeidstid blant fastleger i de ulike driftsformene, men det er variasjon i tidsbruken knyttet til ulike typer arbeidsoppgaver. Kommunalt ansatte leger rapporterer flere timer brukt på legevakt, og da spesielt knyttet til legevakt med hjemmevakt. Økt antall pasienter uten fast lege øker belastningen på øvrige fastleger.

De igangsatte tiltakene har foreløpig hatt en svak, men positiv effekt på reduksjon i fastlegens arbeidsbelastning.

Fotnoter

[14] Oslo Economics og Universitetet i Oslo: Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, rapport 1

[15] Oslo Economics og Universitetet i Oslo (2023) Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, rapport 2

[16] SSB 2023/6: Legevaktstjenesten i norske kommuner i 2021 [Legevaktstjenesten i norske kommuner i 2021 \(ssb.no\)](https://ssb.no/legevaktstjenesten-i-norske-kommuner-i-2021)

[17] Ekspertutvalgets rapport (2023) [Gjennomgang av allmennlegetjenesten \(regjeringen.no\)](https://regjeringen.no/gjennomgang-av-allmennlegetjenesten)

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.

1.3.1 Kostnader til allmennlegetjenester

Per i dag finnes det ikke tilgjengelig kostnadsinformasjon som viser alle kostnader for hele allmennlegetjenesten, men for fastlegeordningen har Helsedirektoratet oversikt over hoveddelen av kostnadene. For disse kostnadene, var det en betydelig økning i 2020 og 2021, men en utflating i samlede kostnader i 2022. En nærmere beskrivelse av dette finnes i rapportens del 2 Allmennlegetjenesten i tall.

Beregnete utgifter til allmennlegetjenesten utgjorde 14,6 mrd. kroner i 2022. Sammenlignet med 2021 er dette en økning på 0,5 prosent. Utgifter til fastlegeordningen utgjorde 12,7 mrd. kroner i 2022, noe som er en økning på 1,8 prosent fra 2021. Basisfinansieringen økte med 9,3 prosent. Det var en reduksjon i refusjoner fra folketrygden på 4,1 prosent, og en økning i egenandeler og egenbetaling fra pasienter på 9,2

prosent, sammenlignet med 2021. Basisfinansieringens andel av totale utgifter til fastlegeordningen økte med 2 prosentpoeng til 29,3 prosent fra 2021 til 2022

For utgifter til legevakt har det vært en reduksjon i refusjoner og pasientbetaling på 21,7 prosent fra 2021 til 2022.

1.3.2 Økt basistilskudd og innføring av knekkpunkt (2020-2022)

Basistilskuddet ble styrket fra 2020, og knekkpunkt ble innført. Basistilskuddet ble økt ytterligere i 2021 og 2022. 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 ble evaluert i Evalueringsrapport 1 fra Oslo Economics og Universitetet i Oslo.

Gjennomsnittlig listelengde har ikke gått mer ned enn før tiltaket ble innført. Listelengden har gått mest ned for legene som har de lengste listene. 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.

Helsedirektoratets vurdering er at økt basistilskudd kan tenkes å ha effekt på rekruttering og stabilisering, ved at det gir legene økte muligheter for å redusere sin liste og dermed arbeidsmengden. Samtidig er det 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 samtidig som legene har redusert sine listetak, kan være signaler om en slik effekt.

1.3.3 Pasienttilpasset basistilskudd

Et alternativ til knekkpunkt, er å gjøre størrelsen på basistilskuddet avhengig av kjennetegn ved den enkelte innbygger på fastlegens liste. Hensikten er å kompensere legen for at ulike grupper av listeinnbyggere har ulikt behov for fastlegetjenester, ved at arbeidskrevende lister skal utløse mer basistilskudd enn gjennomsnittet. Helsedirektoratet fikk oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2022 å vurdere dette, og å foreslå mulig modell for risikojustering av basistilskuddet.

I forbindelse med statsbudsjettet for 2023 vedtok Stortinget at fastlegenes basistilskudd risikojusteres fra 1. mai 2023. Fra samme dato ble ordningen med knekkpunkt avviklet, og midlene til basistilskudd ble styrket med 720 mill. kroner som helårsvirkning. Risikojusteringen av basistilskuddet har fått betegnelsen pasienttilpasset basistilskudd. Pasienttilpasset basistilskudd tar utgangspunkt i ulike kjennetegn ved listeinnbyggerne, som skal forutse det antatte behovet for fastlegetjenester for innbyggerne på fastlegenes liste:

- Listeinnbyggernes kjønn og alder
- Listeinnbyggerens bruk av fastlegetjenester, ca. ett år bakover i tid
- Innbyggere fra de minst sentrale kommunene (sentralitetsklasse 5 og 6) utløser forhøyet sats
- Innbyggere fra kommuner og bydeler med lavt utdanningsnivå utløser forhøyet sats

Regjeringens mål for en styrket basisfinansiering er å legge til rette for en stabil og fremtidsrettet allmennlegetjeneste med kontinuitet i lege-pasientforholdet. Målet er at fastlegeyrket skal være attraktivt for både yngre og eldre leger og at innbyggerne skal ha en fastlege å gå til som har tid og kapasitet til å følge opp deres ulike behov. Leger med relativt sett mange pasienter med store behov for fastlegetjenester vil få økt basistilskudd.

Pasienttilpasset basistilskudd innebærer at fastlegen får et basistilskudd basert på listeinnbyggernes antatte behov for fastlegetjenester. I tillegg får fastlegen ekstra basistilskudd for listeinnbyggere bosatt i kommuner med lav sentralitet (sentralitetsklasse 5 og 6), og listeinnbyggere i kommuner og bydeler som skårer lavt på sosioøkonomi, målt ved hjelp av utdanningsnivå i kommunen eller bydelen.

1.3.4 Grunntilskudd

Formålet med grunntilskudd er at det skal virke rekrutterende. Det er et tiltak som er rettet mot 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 to år. Tiltaket ble innført 1.5.2020. Grunntilskudd skal redusere terskelen for å gå inn i en ny praksis i fastlegeordningen, blant annet vil det kunne bidra til at det blir mindre økonomisk risiko knyttet til å starte opp med en null-liste.

Det er fortsatt svært få fastleger som mottar grunntilskudd. Kun 23 næringsdrivende leger mottok grunntilskudd i april 2023. Det at svært få fastleger mottar grunntilskudd kan være et signal om at grunntilskudd ikke har bidratt til økt rekruttering, og at tiltaket dermed har hatt begrenset effekt. På den annen side kan det være andre årsaker til at det utbetales få grunntilskudd, for eksempel at knapphet på listeplasser totalt sett gjør at færre fastleger har ufrivillig kort liste. Helsedirektoratet mener det er behov for mer kunnskap om slike forhold, for å kunne vurdere effekter av tiltaket, og for å foreslå eventuelle justeringer i ordningen med grunntilskudd.

Kommunene er tildelt 50 mill. kroner til å dekke utbetalinger til grunntilskudd. Siden antall grunntilskudd er lavt, utbetaler kommunene langt mindre midler enn det de blir tilført til ordningen.

1.3.5 Gjennomgang av takstsystemet

Arbeidet med gjennomgang av takstsystemet med den hensikt å forenkle, startet opp i oktober 2020. Det meste av dette arbeidet ble ferdigstilt i 2021, men enkelte av forslagene fikk virkning først fra 1. juli 2022.

En del av arbeidet med gjennomgang av takstsystemet inneholdt også en vurdering knyttet til hvilke takster annet personell kan utløse etter delegasjon fra fastlegen. Dersom legen skal benytte medhjelpere, setter helsepersonelloven § 5 rammer for dette; overlatelse av oppgaver skal være faglig forsvarlig, og legen som overlater oppgavene til medhjelpere skal ha kontroll og tilsyn. Helsedirektoratet har i sin utredning pekt på bestemte prosedyrer som annet helsepersonell kan bistå med og som kan avlaste fastlegene.

Mulige nye takster for å honorere oppgaver utført av annet personell ansatt ved fastlegekontoret på mer selvstendig grunnlag ble også omtalt, samt nødvendige regelverksendringer.

1.4

Økt rekruttering og stabilitet blant allmennleger

1.4.1 Profilerings av fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste

For at flere skal velge fastlege som yrkesvei er det viktig med informasjon om fastlegeordningen og hvordan den fungerer. I samarbeid med KS og Legeforeningen har Helsedirektoratet utarbeidet et forslag til kommunikasjonsplan for å profilere allmennlegetjenesten. Et sentralt mål med kommunikasjonsplanen er å bidra til å styrke rekrutteringen av fastleger. Dette dreier seg både om å løfte frem alle de positive sidene ved fastlegeyrket, og gjøre kjent tiltakene som er iverksatt på området.

1.4.2 Økning i LIS1 stillinger

Spesialistutdanningen for leger har en felles obligatorisk første del (LIS1) på 12 måneder i sykehus og 6 måneder i kommune.

Målet fra 2019 var en økning på 200 nye LIS1-stillinger. I statsbudsjettet for 2022 ble de siste 31 stillingene opprettet fra 1.3.2023, men senere trukket i statsbudsjettet for 2023, som følge av omprioriteringer. De nye 169 stillingene har bidratt til en økning i antall stillinger, men det er fortsatt mange som må søke flere ganger før de får tilbud om LIS1-stilling. Se figur 6.1.

LIS1-stillingene lyses ut to ganger per år. I søknadsrunden høsten 2022 var det 905 søkere til 536 utlyste LIS1-stillinger.[18] 541 søkere ble ansatt. Informasjon om søkere og ansatte fra søknadsrundene publiseres i Helsedirektoratets statusrapporter.[19] Det første kullet fra de nye LIS1-stillingene avsluttet sin LIS1-tjeneste våren 2022. Det vil ta tid før vi kan si at tiltaket har bidratt bedre rekruttering i allmennmedisin.

1.4.3 Etablering av nasjonal tilskuddsordning for ALIS-avtaler

Den nye nasjonale tilskuddsordningen for ALIS-avtaler og veiledning ble etablert og utlyst for første gang i 2022. Ordningens hensikt er å få flere leger til å starte opp med og fullføre spesialisering i allmennmedisin, og gjøre det lettere for kommunene å rekruttere fastleger. 'Nasjonal ALIS og veiledning' erstatter tidligere forskuddsordninger og tilskuddsordninger for tilskudd til leger under spesialisering i allmennmedisin.

Pilotprosjektene ALIS-Vest (2017 - 2022)[20] og ALIS Nord (2018 - 2023)[21] har bidratt til å danne grunnlag for den nye nasjonale tilskuddsordningen. Både følgeforskningen av ALIS Vest[22], ALIS-Nord prosjektene, og undersøkelsen blant studenter og unge leger utført i 2022[23], peker på følgende faktorer som viktige for at unge leger skal velge å spesialisere seg i allmennmedisin:

- inkluderende og utviklende fagmiljøer
- tilrettelegging for spesialisering i allmennmedisin,
- tilgang til god veiledning, supervisjon oppfølging underspesialiseringsløpet

Tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning er innrettet slik at kommunene kan søke om tilskudd til å dekke utgiftene de, gjennom ALIS avtaler, påtar seg til tilrettelegging og veiledning av leger som spesialiserer seg i allmennmedisin.

ALIS-avtalene inneholdt i 2022 både obligatoriske elementer og ett valgfritt element, og skal blant annet bidra til å dekke utgifter knyttet til individuell veiledning, gruppeveiledning, praksiskompensasjon ved fravær fra fastlegepraksis i forbindelse med gjennomføring av læringsaktiviteter, kursutgifter og lavere produktivitet som følge av spesialiseringsløp. Kommuner i sentralitetsgrad 6 er i henhold til tilskuddsordningen definert å ha særskilte rekrutteringsutfordringer, og kvalifiserer for ekstra tilskudd til tilleggselementer og økt tilskuddsbeløp.

Søknadsmengden gjennom den nye nasjonale tilskuddsordningen var svært stor og antallet ALIS avtaler som understøttes er mangedoblet sett i forhold til tidligere år. For 2022 utbetalte Helsedirektoratet tilskudd til 1338 ALIS-avtaler fordelt på 201 kommuner. Til sammen ble det innvilget tilskudd på mer enn 285 mill. kr. over tilskuddsordningen for 2022.

Tilbakemeldinger fra kommunene er at ALIS tilskuddet bidrar til økt rekruttering, noe som er gledelig å registrere. I tillegg til at ordningen er blitt nasjonal, kan økningen i søknadsmassen også forklares ved at stadig flere LIS utdanner seg i ny ordning for spesialisering i allmennmedisin, og at mange ALIS som allerede var i gang med sitt utdanningsløp, har konvertert fra tidligere til ny ordning for spesialistutdanning i løpet av 2021 og 2022. Se kapittel 6.2 for flere detaljer og tall om ALIS tilskuddet.

Satsningen på ALIS-tilskuddet økes ytterligere i 2023 og summen som er satt av til tilskuddet i statsbudsjettet for neste år er 431 millioner kroner. Dette innebærer en økning på 200 millioner kroner fra 2022. Tilskuddsordningen for 2023 er videreutviklet, blant annet på bakgrunn av tilbakemeldinger fra kommunene, legene og ALIS kontorene. En oppgitt og veiledende sats for praksiskompensasjon skal gi likere praksis på tvers av kommuner. Satsen for veiledning er økt, og kommunene får midler til arbeidet med å legge til rette for gode utdanningsløp. Det gis også for 2023 tilskudd til vikarer som har avtale med kommunen, forutsatt at vikariatet er over tre måneder.

1.4.4 Videre satsing på ALIS-kontorene

Det ble i 2019 opprettet fem regionale ALIS-kontor. I 2022 ble det i tillegg opprettet eget ALIS-kontor for Oslo kommune. Gjennom å bistå kommunene i arbeidet med rekruttering og tilrettelegging for spesialistutdanning i allmennmedisin, skal ALIS kontorene bidra til å redusere terskelen for å starte på spesialiseringen og for å velge allmennmedisin som yrkesvei. ALIS-kontorene skal også bistå kommunene i arbeidet med ALIS-avtaler.

Tilskuddet til ALIS kontorene har økt hvert år fram til 2022. I 2022 fikk ALIS-kontorene utvidet sitt mandat med flere oppgaver, heriblant fikk de oppfølgingsansvar for spesialiteten samfunnsmedisin på tilsvarende måte som de har for allmennmedisin.

Arbeidet med å bistå kommunene med å bli registrert som utdanningsvirksomheter og bidra til at de forstår sitt ansvar i tråd med ny ordning for spesialistutdanning, har høy prioritet. Å spre informasjon til kommunene om mulighetene som ligger i ALIS-tilskuddet er også en viktig oppgave. ALIS-kontorene har utviklet og gjennomfører veilederkurs for veiledere til ALIS. De driver også aktivt utadrettede aktiviteter i sine regioner, som nettverkssamlinger, møter med statsforvalterne, kommuneledelse, kommuneoverleger og flere. De har utviklet egne nettsider og kontaktes hyppig av både virksomheter og LIS.

1.4.5 Økt innsikt om spesialistutdanningen

Kompetanseportalen benyttes for å dokumentere gjennomførte læringsaktiviteter og oppnådde læringsmål. Alle LIS som skal søke spesialistgodkjenning etter ny spesialistforskrift må bruke dette portalen. Helsedirektoratet tilbyr en egen løsning for kommunedelen av spesialistutdanningens del 1, og for videre

spesialistutdanning i allmennmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin. Denne inneholder læringsmål og Helsedirektoratets anbefalte læringsaktiviteter.

De to siste årene har utviklingen vært innrettet mot økt brukervennlighet og bedre datakvalitet. Våren 2023 tilgjengeliggjøres en ny modul for registrering av gjennomført utdanningstid i portalen. Videre vil det arbeides med å etablere løsninger for å tilgjengeliggjøre data og forenkle legers arbeid knyttet til søknad om spesialistgodkjenning. Det vil være behov for forbedring og nyutvikling av Kompetanseportalen også videre fremover. Målet er at systemet skal være en helhetlig løsning som inneholder alle spesialistutdanningens elementer og som er enkel og effektiv i bruk.

Helsedirektoratet arbeider kontinuerlig med å informere om spesialistutdanningen for leger, herunder informasjon om veiledning, supervisjon og kompetansevurdering. Den digitale opplæringsressursen for spesialistutdanningen, DigLIS[24] har egne kapitler med historier spesielt tilpasset kommunale ledere med ansvar for spesialistutdanning og det finnes også tilrettelagt innhold for leger i spesialisering i allmennmedisin.

1.4.6 Endringer i kompetansekrav for allmennleger

Helsedirektoratet fikk i tillegg til tildelingsbrev for 2022 i oppdrag å vurdere mulige endringer i kompetansekrav for leger. Endringene skulle bidra til å sikre en tilstrekkelig bemanning i legetjenesten i kommunene. Hensynet til kvalitet og pasientsikkerhet og kravet til forsvarlige tjenester skulle være førende for alle vurderinger.

Oppdraget ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2022. Unntaket fra kompetansekravene[25] for leger i vikariat, uten gjennomført del 1 av spesialistutdanningen, ble anbefalt forlenget fram til og med 31.8.2023. Videre burde leger som arbeider som ferievikarer i kommuner, i inntil 3 måneder per kalenderår, unntas permanent fra kompetansekravet.

Helsedirektoratet anbefalte at dagens unntak fra kravet til bakvakt i akuttmedisinforskriften § 7 ble midlertidig forlenget, og at en mulig permanent endring burde skje på bakgrunn av en mer grundig vurdering. Det ble samtidig pekt på at kommunenes muligheter til å samarbeide om bakvaktordninger for legevakt burde presiseres i forskriften. Alle leger som har fått godkjent læringsmålene knyttet til del 1 av spesialistutdanningen ble anbefalt likebehandlet med tanke på unntak fra bakvaktkravet. Dette gjaldt uavhengig av om kompetansen relatert til læringsmålene var oppnådd i Norge eller andre land.

Helsedirektoratet anbefalte ingen endringer i listen over hvilke typer arbeid medisinstudenter med lisens kan utføre i kommunale helse- og omsorgstjenester, og beskriver videre flere potensielt uheldige virkninger av å endre på rekkefølgekravet for del 1 for spesialistutdanningen i allmennmedisin.

Det ble i besvarelsen pekt på at det finnes en gruppe erfarne leger som kommer uheldig ut innenfor dagens regelverk for spesialistutdanningen for leger, og som gjør at kommunene mister potensielt kvalifisert arbeidskraft som er sårt tiltrengt. Å kunne tilby disse legene en vei inn i spesialistutdanningen i allmennmedisin på en trygg og god måte, som samtidig ikke undergraver viktigheten av del 1 av spesialistutdanningen eller allmennmedisin som egen spesialitet, er viktig. Helsedirektoratet pekte på at det bør være opp til arbeidsgiver å vurdere legens samlede kompetanse i spesialistutdanningens del 1 før tilsetning i en del 2/3 stilling. Det vil være hensiktsmessig å lempe på kravet til del 1 før ansettelse i LIS 2/3 stilling for alle leger som har oppnådd en spesialistgodkjenning i Norge på bakgrunn av en utenlandsk spesialistutdanning.

Fotnoter

- [18] Ikke alle LIS1-stillinger blir utlyst. Noen holdes tilbake til leger som kommer tilbake etter permisjon
- [19] <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/leger-i-spesialisering-statusrapporter-for-soknadsrunder>
- [20] [Bergen kommune - ALIS-Vest](#)
- [21] [ALIS-Nord - Forsiden](#)
- [22] [Følgforskningen av pilotprosjektet ALIS-Vest er slutført | NSDM](#)
- [23] Oslo Economics og UiO (2022) Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, Evalueringsrapport 1
- [24] [DigLIS - Allmennleger i spesialisering \(ALIS\)](#)
- [25] §3 i forskrift om kompetansekrav for leger

1.5

Redusere fastlegers arbeid med attester og erklæringer

Helse- og omsorgsdepartementet gav gjennom TTB2022-2 Helsedirektoratet i oppdrag å vurdere hvilke attester og erklæringer utenfor NAV området fastleger fortsatt bør være forpliktet til å utstede. Oppdraget ble løst i samarbeid med KS og Legeforeningen.

Erklæringer og attester utenfor NAV-området er uoversiktlig, og det finnes ingen regulatoriske bestemmelser om hvem som kan kreve at innbyggere må fremlegge attester/erklæringer utstedt av fastlege. Helsedirektoratet anbefaler derfor at rettsstillingen til fastleger styrkes gjennom en ny bestemmelse i fastlegeforskriften. En uttømmende oversikt over hvilke attester/erklæringer som fastleger skal fylle ut som del av fastlegeordningen, bør i tillegg fremkomme på helsenorge.no.

Enkelte attester og erklæringer forutsetter at fastleger vurderer forhold som ikke er av medisinsk karakter og ligger utenfor hva som er naturlig ligger innenfor en leges profesjonsutøvelse. Det er derfor nødvendig med en opprydding og tydeliggjøring av formål og kriterier for den medisinske vurderingen. Det er et mål å forenkle arbeidsprosesser og bedre legge til rette arbeidet med attester og erklæringer. Etter Helsedirektoratets vurdering vil en mer tillitsbasert tilnærming til samfunnets behov for helseattester og legeerklæringer være en del av dette.

Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten har i sin rapport kommet med flere anbefalinger knyttet til å forenkle og fjerne fastlegers arbeid med attester. Ekspertutvalget anbefaler at det lovfestes at arbeidstaker må bruke opp egenmeldingsdagene før sykmelding kan benyttes, og at antall sammenhengende egenmeldingsdager bør økes tilsvarende arbeidsgiverperioden. Ekspertutvalget anbefaler også på at fastlegers arbeid for private forsikringsselskaper og at attester for fravær i videregående skole bør utgå.[26]

Fotnoter

[26] Ekspertutvalgets rapport (2023) [Gjennomgang av allmennlegetjenesten \(regjeringen.no\)](#)

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.

Helsefellesskapene er en arena hvor kommuner og sykehus planlegger og utvikler tjenester sammen med brukere og fastleger. Per i dag er alle 19 helsefellesskap i gang med sitt arbeid, og det ble våren 2021 etablert et nettverk for deling av erfaringer, faglige innlegg, metodikk og statistikk mellom disse. Legeforeningen og KS har utarbeidet anbefalinger for fastlegerepresentasjonene i helsefellesskapene knyttet til oppnevning, rolle og honorering.

Tillegget i Helse- og omsorgstjenesteloven om at kommuner og foretak skal planlegge tjenester sammen, ikke bare samarbeide, trådte i kraft i 2022. Revidert veileder for samarbeidsavtalene mellom foretak og kommuner er på ekstern høring våren 2023.

1.7

Legevakt

1.7.1 Partssammensatt arbeidsgruppe

I 2022 ble det gjennomført to arbeider med partssammensatt arbeidsgruppe for legevakt. Arbeidsgruppene bestod av Legeforeningen, Kommunenes Sentralforbund og Oslo kommune. Helsedirektoratet ledet arbeidene og hadde sekretariatsfunksjon på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet.

I sluttrapporten fra den første partssammensatte arbeidsgruppen som ble overlevert departementet våren 2022 ble det anbefalt at Helsedirektoratet, KS og Legeforeningen får i oppdrag å utarbeide en veileder for kommuner med utfordringer. Veilederen skal vise aktuelle modeller for organisering av legevakten og hvordan disse kan tilpasses lokalt. I tillegg foreslo den partssammensatte gruppen spesifikke tiltak for legevaktdistrikter med få fastleger og høy vaktbelastning. Det pekes på endringer i kompetansekravene til lege i vakt, godkjenning av dansk basisutdannelse mot deler av LIS1, utredning av insentiv- eller stimuleringsordninger som kan bidra til bedre rekruttering i LIS1-stillinger i små kommuner og forlengelse av unntaket om krav til spesialisering i allmennmedisin med ett år. I tillegg ble det anbefalt å forlenge og utvide gjeldende tilskuddsordning.

Høsten 2022 ble en ny partssammensatt arbeidsgruppe nedsatt, og arbeidsgruppen leverte sin endelige rapport i februar 2023. Overordnet beskrives det at høy vaktbelastning for mange leger i legevaktordningen er en av de viktigste utfordringene for legevaktjenesten og mange av de foreslåtte tiltakene er rettet inn

mot denne problemstillingen. Arbeidsgruppen anbefalte å fortsette arbeidet med rekruttering og stabilisering til fastlegeordningen. Videre kom gruppen med forslag om å utrede forutsetninger for endringer i fastlegeforskriften §§ 12 og 13, vurdere offentlige vikarpooler, bruk av faste vikarer deler av året, bruk av fast ansatte leger hele eller deler av tiden, og etablering av kombinasjonsstillinger. Det ble pekt på mulighet for interkommunalt samarbeid, og at sentrale helsemyndigheter burde legge til rette for nye initiativer og følgeforskning av videobruk.

Når det gjaldt å vurdere oppgave og arbeidsfordeling i den akuttmedisinske kjede, anbefalte arbeidsgruppen at dette spørsmålet blir tatt inn som en del av arbeidet med den kommende stortingsmeldingen om prehospitale tjenester.

Arbeidsgruppen anbefalte flere tiltak for å redusere belastningen for lege på vakt. Problemstillingen knyttet til at legen er alene på vakt burde beskrives i plan for legetjenesten i kommunene, og det ble pekt på samarbeid med andre døgnbemannede tjenester. Ulike kompetansebyggende tiltak ble beskrevet, og også behovet for triagering og økt helsekompetanse i befolkningen.

I vurderingen av hvordan økt grunnbemanning og ulike turnusordninger i allmennlegetjenesten kan brukes til å utvikle tjenesten på andre felt, mente arbeidsgruppen at det mest sentrale er å sikre flere leger i fastlegeordningen. Videre beskriver gruppen tiltak med blant annet tettere og mer forpliktende samhandling med spesialisthelsetjenesten i den akuttmedisinske kjeden, etablering av stillinger som kan kombinere legevaktarbeid med forsknings-, veilednings-, undervisningsstillinger, og samarbeid mellom store sentrale kommuner og distriktene

Arbeidsgruppen anbefalte at utvikling av tjenesten hovedsakelig bør gjøres på en måte som gir kommunene og regionene muligheter til å finne lokale løsninger, så lenge tjenesten holder seg innenfor rammene til forsvarlighet, ledelse og kvalitetsforbedring og andre krav som ligger i lovverket i dag. Det bør sees på endringer i spesialistreglene som sikrer at leger i nye turnusordninger ("Nordsjø-turnus") kan få godkjent spesialistutdanningen i stillinger med mindre enn 50 % av heltid, og at nasjonal veileder og legevakt og legevaktssentraler revideres

Når det gjaldt finansieringsordningen for legevakt anbefalte arbeidsgruppen at finansieringsordningene gjennomgås, blant annet endringer i systemet for godtgjøring av legevaktarbeid. Det er behov for bedre oversikt over totale kostnader til legevakt. Arbeidsgruppen pekte også på behovet for tiltak i form av tiltak og tilskuddsordninger rettet mot mindre kommuner.

1.7.2 Vurdering av regulering og finansiering av legevaktjenesten

Helsedirektoratet har i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet vurdert endringer i regulering og finansiering av legevaktjenesten for å skape bærekraftige løsninger. Oppdragsbeskrivelsen legger til grunn at legevaktjenesten fortsatt skal være en allmennmedisinsk disiplin, som i økende grad er tett integrert med både resten den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den akuttmedisinske kjeden.

Tiltakene som diskuteres reflekterer rekrutteringsutfordringene i fastlegeordningen og den høye vaktbelastningen for mange fastleger. Gjennomgangen løfter også problemstillinger som ikke utredes i besvarelsen, men som skal gjennomgås i den varslede stortingsmeldingen om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

I besvarelsen av oppdraget anbefaler Helsedirektoratet at legevaktarbeid på sikt bør vurderes på linje med andre allmennlegeoppgaver kommunen kan pålegge fastlegene. For spesialister i allmennmedisin som har

hovedstilling i legevakt bør denne stillingen kunne telle som erstatning for dagens krav, om ett år i åpen uselektert praksis, for at legene kan beholde retten til å kreve spesialisttakst.

Helsedirektoratet anbefaler videre at kompetansekravene i akuttmedisinforskriften endres, slik at leger med fullført LIS1-tjeneste kan ha selvstendig legevakt, så lenge nødvendig opplæring er gitt og obligatoriske kurs er gjennomført. Viktigheten av lokal samtrening i den akuttmedisinske kjede ble understreket. Videre at det bør være økt oppmerksomhet på at leger alltid skal ha annet personell tilgjengelig ved legevaktarbeid; enten ved forskriftsfesting eller gjennom andre tiltak.

Endelig anbefaling av eventuelle endringer i finansieringsordningene vil etter direktoratets vurdering kreve en bredere og mer helhetlig utredning. En hovedutfordring er å finne riktig balanse mellom aktivitetsbasert finansiering og kompensasjon for beredskap.

Helsedirektoratet anbefaler at dagens rekrutteringstilskudd videreføres. Erfaringer fra fullførte utviklingsprosjekter i den akuttmedisinske kjeden bør tilgjengeliggjøres for sektoren, og det bør vurderes å bevilge stimuleringsmidler for å fremme samhandling i den akuttmedisinske kjeden.

1.7.3 Kartlegging av legevakt i KOSTRA-skjema 1

Helsedirektoratet har i 2022 samarbeidet med SSB for å få en utvidet kartlegging av legevaktsordningen i KOSTRA-skjema 1. Hensikten er å få bedre kunnskap om organiseringen, bemanning og kostnader for legevakt.

I kartleggingen ble alle kommuner bedt om å oppgi netto driftsutgifter for sin legevaktjeneste. Disse tallene var til dels mangelfullt rapportert og beheftet med usikkerhet om hva som var inkludert hos de ulike kommunene. Tallene antyder likevel at det er noe lavere netto driftsutgifter hos kommuner som er med i et interkommunalt samarbeid enn de som kun har egen kommunal legevakt hele døgnet. Se for øvrig beskrivelse i denne rapportens del II.

Når det gjelder muligheten for kommunene å rapportere årsverk vurderer SSB at det ikke vil være hensiktsmessig å innføre en rapportering av årsverk for leger ved legevakt i KOSTRA fordi en for stor andel kommuner opplyser om utfordringer knyttet til en slik rapportering. SSB foreslår en mulig fremtidig rapportering ved å utvide KOSTRA-skjema 1, del 2-2 med tilleggsspørsmål om hvor mange leger bidrar i legevakt. I tillegg anbefaler SSB å oppdatere KOSTRA-skjema 1 når det gjelder innrapportering av organisasjonsform. Disse anbefalingene vil KOSTRA-arbeidsgruppe for helse- og omsorgstjenester vurdere i løpet av 2023.

1.7.4 Nasjonale kvalitetsindikatorer på legevakt

Nasjonale kvalitetsindikatorer er et virkemiddel for kvalitetsutvikling for helsetjenesten. Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) har på oppdrag fra Helsedirektoratet utviklet fire nasjonale kvalitetsindikatorer for legevakt. Disse gir en indikasjon på kvaliteten i helsetjenesten og gir mulighet til å følge med på status og utvikling i legevaktjenesten over tid.

NKLM har ansvar for Legevaktregisteret og å gjennomføre spørreundersøkelse blant lederne for legevakt hvert annet år. Disse danner grunnlag for de fire nasjonale kvalitetsindikatorene som Helsedirektoratet publiserte i juni 2022. Resultatene er gjengitt i del II av denne rapporten, disse vil oppdateres i 2024.

- Samtrenting: Andel sykepleiere/annet helsepersonell ved legevakten som har deltatt i akuttmedisinske samtrenting med ambulanse siste år.
- Samtrenting: Andel leger ved legevakten som har deltatt i akuttmedisinske samtrenting 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.

1.7.5 Pilot legevakt

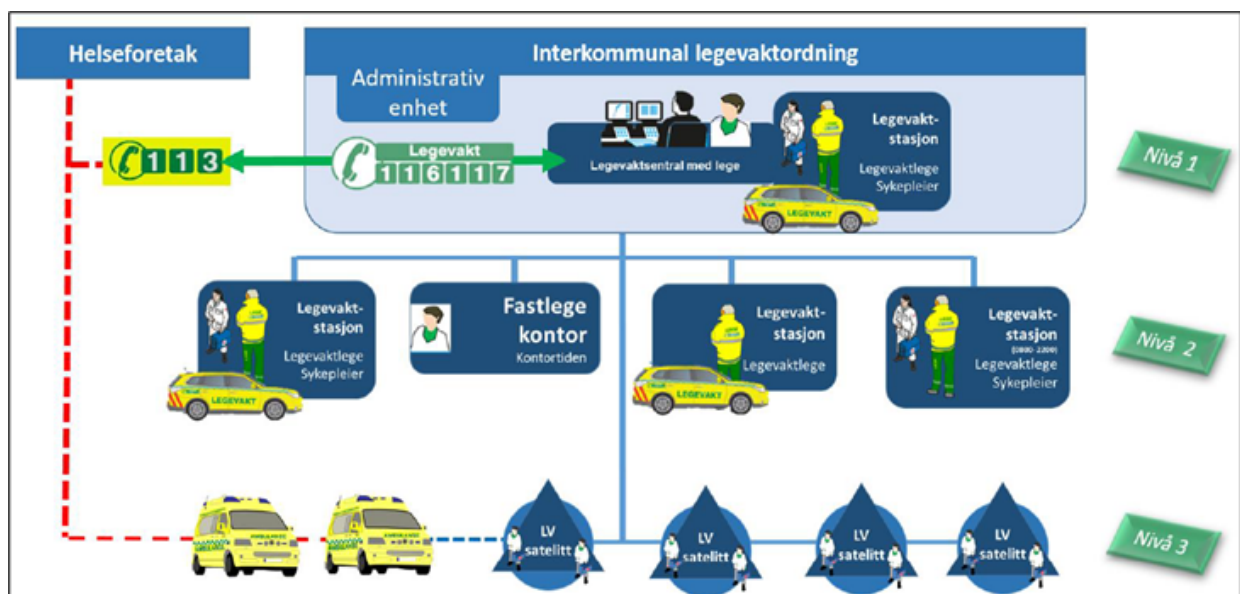
Helsedirektoratet utlyste i 2018 en tilskuddsordning for utprøving av en ny organisasjonsmodell for legevakt i legevaktdistrikter med få innbyggere. Målet var bærekraftige og forsvarlige legevaktstjenester i grusgrendte områder. Bedre tilgjengelig tilbud til legevaktspasienter i små og mellomstore kommuner, styrket akuttberedskap, bedre utnyttelse av samlede vaktressurser og styrket rekruttering av fastleger i kommunen var formålet. I tillegg skal modellen ta i bruk digitale løsninger for å understøtte diagnostikk og behandling.

De to legevaktdistriktene som ble valgt til piloter var Sunnfjord og Ytre Sogn interkommunale legevakt (SYS IKL) og Molde interkommunale legevakt (MIKL). SYS IKL har legevaktsentral i Førde med fem satellittkommuner i legevaktdistriktet som omfatter til sammen 13 101 innbyggere. Romsdalsregionen har fire satellittkommuner med legevaktsentral i Molde som etablerte Molde interkommunale legevakt (MIKL) i prosjektperioden. Innbyggere i satellittkommunene i Romsdalsregionen utgjør 20 000.

Det interkommunale legevaktdistriktet er organisert i tre nivå. Legevaktsatellittene er på nivå 3. Nivå 2 er daglegevakt i alle kommunene og nivå 1 er vertskommunen med legevaktsentral 24/7, se figur 1.

Satellittene i pilotkommunene er lokalisert på sykehjem, kommunens helsehus eller omsorgssenter og bemannet med sykepleiere som har utvidet sin stilling på sykehjemmet.

Pasientflyten skjer ved at alle henvendelser går til legevaktsentralen, som der det er hensiktsmessig henviser til konsultasjon på satellitter. På satellitten møter pasienten en sykepleier som undersøker og/eller behandler og ved behov kobler opp en videokonsultasjon med lege i den sentrale legevaktsentralen.



Figur 1.1.Organisering av pilot legevakt

Helsedirektoratets oppsummering og anbefaling

Videokonsultasjon med pasient og sykepleier på satellittene og lege i legevaktsentralen fungerer godt i begge distriktene. Både pasienter, pårørende og helsepersonellet var fornøyde. Perioden for utprøving av piloten traff samtidig med to år med pandemi, det har redusert bruken fordi satellittene stengte under deler pandemien. Samtidig har pandemien vært en drivkraft til å ta i bruk video konsultasjoner. Underveis i prosjektperioden utvidet pilotdistriktene også mobil videokonsultasjon. De mobile løsningene ble brukt av sykepleiere på utrykning, konsultasjoner i hjemmetjenesten og ved syning av lik på sykehjemmet i forbindelse med forventede dødsfall.

Begge legevaktdistriktene rapporterer om bedre utnyttelse av ressursene. Legene har blitt avlastet, mens sykepleierne har fått økt kompetanse. Samtidig rapporterer distriktene om rekrutteringsutfordringer på sykepleiersiden. Totalt sett kan en mer variert arbeidshverdag for sykepleierne bidra til økt rekruttering til sykehjem med satellittlegevakt. Samhandling innen kommunes helse- og omsorgstjeneste, dvs. samarbeidet mellom legevakt, sykehjem og hjemmetjeneste, er styrket.

Pilotdistriktene har lyktes med å sikre overgangen fra prosjekt til ordinær drift ved ledelsesforankring i alle ledd. Rutiner og prosedyrer er utviklet, implementert og innlemmet i distriktenes samarbeidsavtaler. Arbeidet inngår i distriktenes helsefelleskap og er forankret i de faglige akuttmedisinske samarbeidsforaene.

Helsedirektoratet vurderer at erfaringene med pilotmodellen og arbeidsformen har overføringsverdi til andre deler av legevaktjenesten i Norge. Helsedirektoratet vurderer videre at styrken i modellen er at den lar seg innpasse til lokale variasjoner i organisering av tjenestetilbudet. Samtidig benytter man eksisterende personellressurser på en innovativ måte og prosjektmodellen understøtter samhandling, fag- og kompetanseutvikling. Dette medfører at helsepersonell i kommunene blir tryggere, som igjen kan redusere usikkerhet og behov for transport av pasienten til legevakten for avklaring.

Av utfordringer med modellen løfter evaluator fallende sykebesøksrate i Moldere regionen og at modellen generelt fremstår kostbar basert på bruken av satellittene i prosjektperioden.[27]

Helsedirektoratet mener at det er vanskelig å endelig bedømme de helseøkonomiske konsekvensene ved opprettelse av legevaktsatellitter. Helsedirektoratet vurderer det som sannsynlig at den generelle teknologiske utviklingen, og økt erfaring i legevaktdistriktene som drifter legevaktsatellitter, vil muliggjøre stadig mer kostnadseffektive og rasjonelle måter å drifte en slik ordning på, enn det som har vært tilfelle i prosjektperioden.

Legevaktsatellittene representerer en ny ressurs i den akuttmedisinske kjeden, både ved selve satellittene og at satellittsykepleierne i mange av kommunene har rykket ut på røde responser. Dette er særlig tydelig i Sunnfjord og Ytre Sogn, hvor satellittene har vært et tillegg til det etablerte tilbudet. Reetablering av et kommunalt, akuttmedisinsk tilbud, generell kompetanseheving i kommunene og økt samtrening med ambulansetjenesten er alle aspekter som medfører økt helseberedskap i dette legevaktdistriktet.

Når kommunene og helseforetakene sammen skal planlegge sitt fremtidige akuttmedisinske tilbud i helsefelleskapene, vil legevaktsatellitter kunne være en aktuell ressurs. Blant annet bør samarbeid mellom legevaktsatellitter i større legevaktdistrikt og ambulansestasjoner, som kan utføre kommunale tjenester etter Rørosmodellen, kunne utnyttes til det beste for pasientene og resten av den akuttmedisinske kjeden.

Helsedirektoratet publiserte våren 2023 rapporten Pilot legevakt - oppsummering og anbefaling av prosjektet. Rapporten kan leses i sin helhet på direktoratets nettside.[28]

1.7.6 Tilskudd til legevakt

Regjeringen vedtok i 2022 et tilskudd på 50 millioner kroner for å bidra til bedre rekruttering og redusert vaktbelastning i kommuner med særlige rekrutteringsutfordringer til legevakttjenesten. Alle kommuner i sentralitetsklasse 6 (SSB) med befolkningstall under 5000 var kvalifisert for å søke. Det var stor interesse for tilskuddet og Helsedirektoratet mottok 76 søknader om tilskudd til en totalsum på kr 117 562 671. Én- og to-kommune-legevakter ble prioritert over kommuner i større interkommunale samarbeid. Videre ble kommuner med lavere sentralitetsgrad prioritert. I desember 2022 ble det under behandling av omgrupperingsproposisjonen i Stortinget bevilget ytterligere 12 millioner kroner til tilskuddsordningen. Helsedirektoratet innvilget tilskudd til ytterligere 11 kommuner. Med denne ekstrabevilgningen har totalt 51 kommuner fått tilskudd for styrking av legevakttjenesten i distriktskommuner i 2022. Størsteparten av kommunene som søkte om tilskudd ønsket hovedsakelig å bruke tilskuddsmidlene til rekruttering, kompetansetiltak og utstyr.

Rekrutteringstilskuddet som ble utdelt i 2022 er videreført for 2023, med ramme på 50 millioner kroner. Nytt for ordningen i 2023 er at de kommuner i sentralitetsklasse 5 med innbyggertall under 5000 også vil kvalifisere for å søke om tilskuddet. Det gir totalt 157 kvalifiserte kommuner for tilskuddsordningen.

1.7.7 Helprivate allmennlegetjenester og bemanningsbyråer

Helsedirektoratet har arbeidet med å samle tilgjengelig informasjon om helprivate tilbydere av allmennlegetjenester og bruk av vikarbyråer i den offentlige allmennlegetjenesten. Det er også gjort en vurdering av behov for hjemmelsgrunnlag for innhenting og registrering av data og utredet en mulig lovhjemmel for regulering av etablering av helprivate allmennlegetjenester.

Helprivate allmennleger har ikke rapporteringsplikt til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Registerdata kan derfor ikke belyse befolkningens bruk helprivate allmennlegetjenester eller hvilke tjenester som tilbys. Omfanget av helprivate allmennlegetjenester er relativt lite, men det har vært en sterk vekst i antall virksomheter og årsverk i perioden 2009 til 2022.[29]

Helsedirektoratet finner begrenset med data om innleie av leger til allmennlegetjenesten via vikarbyråer. Men en undersøkelse gjennomført av direktoratet[30] viser at to av tre kommuner leide inn leger fra vikarbyråer de siste tre årene (og tre av fem av dem gjorde det i 2022). Bruk av vikarbyråer virker utbredt i allmennlegetjenestene over hele landet, i sentrale og mindre sentrale kommuner. Innleie via vikarbyrå brukes i hovedsak til å dekke langtidsfravær og fastlegelister uten fast lege.

Størsteparten av de kommunene som har leid inn vikar via vikarbyrå de siste tre årene, oppgir i undersøkelsen at de ville hatt problem med å skaffe seg leger utenom vikarbyråene. 70 prosent mener samtidig at kostnaden for lege fra vikarbyrå er mye høyere enn lege utenom vikarbyrå. Tre av fire oppgir likevel at de er fornøyd med kvaliteten på vikarbyråleger, men mange kommuner opplever også situasjonen som problematisk.

Fotnoter

[27] Pilot legevakt – Evalueringsrapport Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Rapport nr 5 2022

[28] <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pilot-legevakt-oppsummering-og-anbefaling-av-prosjektet>

[29] Ifølge data fra Norsk pasienterstatning (NPE)

[30] Spørreundersøkelse gjennomført av Helsedirektoratet i kommunene og bydelene i Oslo mars-april 2023

God kvalitet til alle

2.1

Beskrivelse av målområde 2

Alle innbyggere skal oppleve tilpassede tjenester av god kvalitet. Handlingsplanen løfter kontinuitet, tilgjengelighet og god faglig praksis basert som viktige kvalitetsparametere. I tillegg er samhandling, god ressursutnyttelse og involvering av brukerne viktige kvalitetsdimensjoner.[31] Det skal gi trygge og sikre tjenester for alle og god pasientsikkerhet.

Handlingsplanen inneholder flere tiltak som skal bidra til at allmennlegetjenesten kan møte brukernes behov med vekt på innbyggere med kroniske lidelser og sammensatte behov. Allmennlegens tid må brukes best mulig, og det må legges til rette for at annet personell kan avlaste og bidra med sin kompetanse der det er faglig riktig og hensiktsmessig. Teknologi og andre virkemidler som understøtter effektivitet og god tilgjengelighet, skal tas i bruk.

Et viktig premiss for god faglig praksis er mulighet for systematisk kvalitetsarbeid på legekantoret og på systemnivå i kommunen. Allmennlegene skal ha kunnskap, ferdigheter, verktøy og virkemidler for å drive kvalitetsarbeid. I tillegg er det viktig med kunnskap om kvaliteten i tjenestene ved tilgjengelige data og indikatorer om kvalitet.

5 effektmål for målområde 2:

- 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

Fotnoter

[31] Jf. [Rammeverk for nasjonalt kvalitetsindikatorsystem for helse- og omsorgstjenesten - Helsedirektoratet](#)

2.2

Status for målområde 2

Økt kunnskap om kvalitet i allmennlegetjenesten er viktig for å finne treffende tiltak som forebygger uheldig variasjon. Både nasjonale myndigheter, kommuner og den enkelte allmennlege trenger statistikk til sitt systematiske arbeid med kvalitet. Det er satt i gang en rekke tiltak for å utvikle og tilgjengeliggjøre slik kunnskap, og det er blant annet lansert flere nye kvalitetsindikatorer.

Det å være spesialist i allmennmedisin regnes som et mål for kvalitet, og utgjør en egen indikator. Den svake nedgangen i andelen fastleger som er spesialister, kan være et uttrykk for at kommuner i større grad lykkes med å rekruttere ALIS. Økt rekruttering kan gi bedre kapasitet, kontinuitet og tilgjengelighet i fastlegetjenesten. Dette understreker betydningen av at et mål på kvalitet i allmennlegetjenesten har mange aspekter, og hvor utviklingen innenfor flere områder, må vurderes og ses i sammenheng med hverandre.

Nedenfor gis en kort omtale av status for hvert av effektmålene knyttet til målområdet.

Bedre kunnskap om kvalitet i allmennlegetjenesten

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 å vise status og variasjon i praksis. Helsedirektoratet har totalt 185 nasjonale kvalitetsindikatorer om helsetjenestene. 17 av disse berører allmennlegetjenesten, og fem ble publisert for første gang i 2022.

I 2022 ble det lansert en tjeneste med pålogging som gir fastlegen innsyn i noe statistikk fra egen praksis. Dataene brukes bl.a. i kvalitetsutviklingskurs ved Senter for kvalitet i legetjenester, SKIL. Deltagerne har under kursene mulighet til å sammenligne egne data med andres.

Foreløpig er det manglende tilgjengelighet på data om legens samhandling med andre. Det jobbes med å utvide en påloggingstjeneste for kommunene for tilgang til data fra allmennlegetjenesten tilpasset ulike roller i kommunene. Det vil kunne bidra til bedre styringsdata for kommunen og være til hjelp i deres arbeid med å sørge for et godt allmennlegetilbud.

Bedre faglig praksis basert på tilgjengelig forskning og kunnskap

For å få til systematisk arbeid med kvalitetsforbedring, er det ikke nødvendigvis nok å ha tilgang til data. Det kan være vanskelig for den enkelte lege å finne rom i en travel hverdag til å vurdere egen praksis. Evalueringsrapport II fra Oslo Economics understreker betydningen av at tid fortsatt er en knapphetsfaktor for systematisk arbeid med kvalitetsforbedring.[32]

Legemiddelgjennomgang sikrer god kvalitet på legemiddelbehandlingen. I 2022 ble det publisert nasjonale faglige råd om legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang.[33] Andel fastleger som har brukt takst for legemiddelgjennomgang har gått noe opp siden 2017, og spesielt for pasienter som er 67 år og eldre.[34] Et annet satsingsområde er riktig bruk av antibiotika.[35] Fem nasjonale kvalitetsindikatorer om forskrivning av antibiotika utenfor sykehus, primært av fastleger og legevaktleger, viser at bruken av antibiotika har gått ned over tid, men er omtrent uendret fra 2020 til 2021.[36]

I 2022 var det for første gang på flere år en svak reduksjon i andel fastleger med gjennomført spesialisering i allmennmedisin, og andelen var ved utgangen av 2022 på 62,6 prosent. Nedgangen kan blant annet skyldes økning i antall fastleger under 40 år. Det tar noen år å fullføre spesialistutdanningen og andelen spesialister øker med fastlegenes alder. Andelen med spesialisering er høyest i kommuner med flest innbyggere og reduseres gradvis når innbyggertallet går ned.

Behovstilpassede tjenester til alle, også de med omfattende behov

Innbyggere med størst utfordringer bruker fastlegen mest. Samtidig er det kjent at det er enkelte pasienter og pasientgrupper som er svake etterspørre etter fastlegetjenester. Flere pasientforeninger trekker frem at det å ha en fastlege som kjenner pasientens sykdomsbilde og koordinerer det medisinskfaglige, har stor betydning for pasientens psykiske og fysiske helse. Samtidig pekes det på at fastlegenes begrensede tid og lang ventetid for vanlig konsultasjon, er utfordrende. Det forekommer uønsket variasjon i utredning og behandling, og særlig pasienter med sammensatte behov opplever at samhandlingen mellom fastlege og spesialisthelsetjenesten og i oppfølgingen fra NAV er utfordrende. [37]

Ett av målene med pasienttilpasset basistilskudd er at pasienter med stort behov skal få bedre oppfølging. I hvilken grad endringene i basistilskuddet påvirker tilbudet til denne pasientgruppen, er noe som det vil være viktig å følge med på. Dette gjelder både endringer i kvalitet og i tilpasning av tjenesten til brukergruppens behov.

Beboere i sykehjem har stort omsorgsbehov. Andel sykehjemsbeboere som har blitt vurdert av lege siste 12 måneder var på 65,6 prosent i 2021, uendret fra 2020.[38] Indikatoren for gjennomsnittlige legetimer per uke for beboere på sykehjem viser en svak økning fra 2020 til 2021 fra 34 minutter til 37 minutter.[39]

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.

Det er blitt færre ledige listeplasser, som går utover innbyggernes rett til å velge fastlege og til å kunne bytte fastlege. En pasientundersøkelse fra 2021 viser at innbyggerne i gjennomsnitt er fornøyd med fastlegen, men mindre fornøyd med tilgjengeligheten.[40] Både andel og antall innbyggere som står på fastlegeliste uten fast lege tilknyttet listen øker. Et kunnskapsgrunnlag utarbeidet av FHI i 2023 viser imidlertid at innbyggerne uten fast lege, bruker allmennlegetjenester marginalt mindre enn innbyggere med fast lege.[41] De konsulterer vikar eller andre fastleger, og de har ikke flere legevaktbesøk enn pasienter med fast lege. Mens innbyggere med fast lege i snitt besøker samme lege i rundt 70 prosent av konsultasjonene, er andelen rundt 60 prosent for innbyggere i distriktskommunene og for innbyggere på lister uten fast lege.

Kontinuitet i lege-pasientrelasjonen er en viktig kvalitetsdimensjon. En nasjonal kvalitetsindikator ser på hvor lenge pasientene beholder samme fastlege. Median varighet på et lege-pasientforhold var mot 5,3 år i 2021 og 5,2 år i 2022. Median varighet er lengst i kommuner med flest innbyggere og blir gradvis kortere med lavere innbyggertall i kommunen.

Bedre samhandling mellom tjenester og tjenestenivåer er et viktig mål i handlingsplanen. Flere av tiltakene som er iverksatt, vil trenge tid før det vil gi synlig effekt. De fleste fastlegene oppgir i en nylig spørreundersøkelse at samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre helse- og omsorgstjenester fungerer godt. NAV-veiledere oppfatter arbeidsdelingen mellom NAV og fastlegene som hensiktsmessig, men ønsker å involvere fastlegene i større grad. [42]

Evaluerings av pilot primærhelseteam viser positiv effekt på koordinering og samhandling mellom fastlegekontorene og andre tjenester i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Pasientene opplever en mer

tilgjengelig fastlegetjeneste og kontinuitet i oppfølgingen sammenliknet med før ordningen med primærhelseteam.

Nedenfor omtales arbeidet med tiltakene innenfor dette målområdet.

Fotnoter

[32] Oslo Economics og UiO (2023) Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, Evalueringsrapport 2

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

24 Helsedirektoratet (2021). Utfordringsbildet og mulighetsrommet i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

[33] [Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang - Helsedirektoratet](#)

[34] NKI om [Legemiddelgjennomgang utført av fastleger - Helsedirektoratet](#)

[35] Nasjonal faglig retningslinje om antibiotika i primærhelsetjenesten. [Antibiotika i primærhelsetjenesten - Helsedirektoratet](#)

[36] [Legemidler - Helsedirektoratet](#)

[37] Oslo Economics og UiO (2023) Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, Evalueringsrapport 2

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)

[38] Nasjonal kvalitetsindikator: [Sykehjemsbeboere vurdert av lege siste 12 måneder - Helsedirektoratet](#). Resultatene for 2022 er klare i juni.

[39] Nasjonal kvalitetsindikator: [Sykehjemsbeboeres legetimer per uke - Helsedirektoratet](#). Resultatene for 2022 er klare i juni.

[40] Nasjonal kvalitetsindikator: [Pasienterfaringer med fastlege og fastlegekontor - Helsedirektoratet](#)

[41] [Kontinuitet i lege-pasientforholdet \(fhi.no\)](#)

[42] Oslo Economics (2023) Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten. Rapport 2

2.3

Bedre kvalitet på legetjenester til brukere med omfattende behov

Helsedirektoratet har tidligere fått i oppdrag å skaffe mer kunnskap om det medisinskfaglige tilbudet til personer i heldøgns omsorgsboliger. I tilknytning til NKI-arbeidet er det planlagt et analysearbeid om fastlegetjenester til sårbare grupper/dårlige etterspørrere, som for eksempel personer i omsorgsbolig.

Et sentralt tiltak for brukere med omfattende behov er å tilrettelegge for en mer teambasert tjeneste, jf. Målområde 3. Pasientjustert basistilskudd, som ble innført 1. mai 2023, skal bidra til at fastleger får bedre tid til å følge opp sårbare pasientgrupper.

I 2022 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å utarbeide en nasjonal faglig veileder for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten om hvordan prinsippene for prioritering kan operasjonaliseres og anvendes i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet har også fått oppdrag å utarbeide en faglig prioriteringsveileder for fastlegeordningen. En sammenstilling av gjeldende føringer innenfor dagens regelverk for prioriteringer ved kapasitetsutfordringer i tjenesten ble levert i mars.

2.4

Bedre kunnskap om kvalitet i tjenestene

Handlingsplanen viser til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, som pålegger alle som yter helse- og omsorgstjenester å bruke kunnskap om kvalitet og pasientsikkerhet i planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering av tjenestetilbudet.

Det vektlegges at det er behov mer kunnskap om kvaliteten på allmennlegetjenestene og at det må arbeides mer med systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

2.4.1 Strategisk og systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet

Helsedirektoratet har hatt oppdrag om et nasjonalt system for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjenester i kommunene. Formålet er å bidra til målrettet, systematisk og samordnet innsats for gode og trygge tjenester og at krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten kan etterleves. En vurdering ble levert i 2022, som beskriver et omfattende system og 7 tiltak for å få systemet på plass.

2.4.2 Nasjonale kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten

Handlingsplanen fremhever viktigheten av å utarbeide relevante og valide nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) som en del av det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Helsedirektoratet har oppdrag om å utvikle NKIer for allmennlegetjenesten inkludert legevakt. Kvalitetsindikatorer gir viktig informasjon som kan brukes til å følge med på og følge opp i hvilken grad pasienter eller brukerne i helse-

og omsorgstjenesten mottar behandling av høy kvalitet.[43] Dette er sentralt i det systematiske arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet.

I 2022 ble det utviklet og publisert en ny NKI om pasienters erfaringer med fastlegen og fastlegekontoret og fire nye om legevakt. [44], [45] En ny NKI om listeinnbyggere uten fast lege ble lansert i mars 2023. Det er utredet tre NKI-er om forskrivning av legemidler til eldre, som har høy bivirkningsfare.[46] Arbeidet med en NKI om andel konsultasjoner siste to år hos nåværende fastlege fortsetter i 2023.

Folkehelseinstituttet utarbeidet i 2022 en kunnskapsoppsummering om kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenester i utvalgte land.[47] Det vil bli vurdert om noen av indikatorene kan være aktuelle i norsk sammenheng.

Framtidige utvidelser av datakilder i KPR, nytt Legemiddelregister og andre nye nasjonale målinger og datasett vil vurderes som mulige datakilder for nye indikatorer.

2.4.3 Utrede tilgang til data på ulikt nivå

Handlingsplanen vektlegger at sammenstilling av data fra ulike kilder legger til rette for kvalitetsforbedring og ledelse. Helsedirektoratet leverte i februar en utredning om hvilke data fra allmennlegetjenesten som bør være tilgjengelig på hvilket nivå for formålene styring, forvaltning og kvalitetsutvikling for tjenesteyter, kommunalt, regionalt og nasjonalt nivå.

Innsiktsarbeid med fastleger, legevaksleger og sykehjemsleger er vektlagt. De ulike nivåene i helseforvaltningen har store behov for data om allmennlegetjenesten, og dagens tilgang til data er mangelfull for styring, forvaltning og kvalitetsutvikling.

Det er identifisert noen tiltaksområder som skal understøtte mer datadrevne beslutninger om allmennlegetjenesten i alle ledd av helseforvaltningen:

- Forenkling av Helsedirektoratets mulighet til å hente inn og koble data
- Innsamling av et utvidet datagrunnlag fra allmennlegetjenesten
- Enklere tilgjengeliggjøring av data om allmennlegetjenesten for ulike nivåer i helseforvaltningen

2.4.4 Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) 2024

Prosjekt KPR 2024 skal utvide innholdet i KPR, der blant annet utvidet datafangst fra allmennlegetjenesten er prioritert.

Det er foreslått at KPR skal fungere som en sentral datakilde for kvalitetssystemet i tråd med KPR sitt formål. KPR vil da bidra til at den enkelte allmennlege kan se egen praksis sammenlignet med andre allmennleger i kommuner, fylker, helsefelleskap, helseregioner og nasjonalt. Kvalitetsdata i KPR vil også gi data til sentral styring og planlegging, forskning og analyser til andre formål i tråd med KPR-forskriften.

I dag benytter KPR takstene i refusjonsordningene som grunnlag for statistikk om bl.a. klinisk praksis. Et kvalitetssystem bør ideelt sett bygge på bedre tilgang til data om prosesser i form av kliniske prosedyrer enn dagens takstsystem, data om behandlingsresultat knyttet til konkrete målinger, behandling og utredning og pasientrapporterte opplysninger. Det er behov for utredning om hvordan denne type data kan hentes fra allmennleger uten at det medfører unødig høy rapporteringsbyrde.

2.4.5 Statistikk om allmennlegetjenester

Prosjekt allmennlegedata utvikler og tilgjengeliggjør relevant statistikk om allmennlegetjenesten til fastleger, kommuner og nasjonale myndigheter og bidrar til kvalitetsforbedring, planlegging og styring.

En påloggingsløsning for fastleger på Helseportalen ble lansert i mai 2022. Der får fastlegene oversikt over egne innsendte data og kan sammenligne med anonyme data fra kommuner, fylker eller på landsbasis. Det vises temabaserte rapporter[48] med utvikling av takstbruk over tid, nøkkeltall for takster sett i sammenheng med pasientene, kartfunksjon for geografisk sammenligning av nøkkeltall og en lenker til relevant informasjon herunder SKIL-kurs.[49]

Statistikkene kan bidra til refleksjon rundt egen praksis og kvalitetsutviklingsarbeid. Statistikkene er tilgjengelig for alle fastleger uavhengig av journalsystem. Påloggingsløsningen er tilgjengelige utenfor Norsk helsenett, slik at legene kan benytte løsningen utenfor kontormaskin. Over 1000 unike fastleger har logget seg på og brukt løsningen. Det planlegges promotering av påloggingsløsningen i 2023 når den utvides med mer innhold.

En utvidelse til å inkludere FLO-data for mer treffsikre tall over fastlegens listepasienter kommer i 2023, og en påloggingsløsning for kommunalt nivå er under planlegging.

2.4.6 Pasientsikkerhet for innbyggere på lister uten fast tilknyttet lege

Helsedirektoratet har i samarbeid med noen eksterne interessenter[50] vurdert risiko og tiltak for å bedre pasientsikkerheten for listeinnbyggere uten fast lege. Innbyggerperspektivet, juridiske forhold, meldingsutveksling og riktig adressering, samt kommunikasjon til ulike målgrupper ble vurdert og tiltak foreslått i mars. I tildelingsbrevet for 2023 er Helsedirektoratet gitt i oppdrag å følge opp nødvendige endringer for oppfølging av lister uten fast lege. Noen tiltak er allerede iverksatt eller i prosess.

Fotnoter

[43] Kvalitetsindikatorer utvikles for de seks kvalitetsdimensjonene for helse- og omsorgstjenestene: trygge og sikre; samordnet og preget av kontinuitet, involverer bruker, tilgjengelige og rettferdig fordelt, god ressursutnyttelse, virkningsfulle. Jf. kvalitetsdimensjonene i "Kvalitetsstrategien – Og bedre skal det bli...!", Helse- og sosialdepartementet 2005

[44] Basert på data fra FHI (2022) [Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2021/2022](#). Det planlegges ny spørreundersøkelse i regi av FHI som gjennomføres i 2023, som vil gi muligheter for oppdaterte resultater publisert i 2024.

[45] Se indikatorene på [Allmennlegetjenesten - Helsedirektoratet](#) og [Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus - Helsedirektoratet](#)

[46] Legemiddelgruppene er: vanedannende, NSAIDs og legemidler med betydelig antikolinerg effekt. Antikolinerge midler hemmer effekten av neurotransmitteren acetylcholin på muskarinerge reseptorer i det parasympatiske nervesystemet, som er med på å regulere hjertet, ulike kjertler og glatt muskulatur i bl.a. luftveiene, urinblæren, tarmen og øynene.

[47] FHI (2022) [Kvalitetsindikatorer i allmennlegetjenesten i et utvalg land](#), utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet

[48] For legemiddelgjennomgang, takst 660, tidstakst og samtaleterapi

[49] Stiftelsen Senter for Kvalitet i Legetjenester

[50] Med deltakere fra Helsedirektoratet, Direktorat for e-helse, Den norske legeforening, KS, Oslo kommune og regionale helseforetak.

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 kvalitetsforbedring kan påvirke tjenestens evne til å utøve beste praksis for alle innbyggere. I en spørreundersøkelse i desember 2022 fremkommer det at 24 prosent av fastlegene er tilfredse med egen arbeidsbelastning, mens de resterende opplever for høy arbeidsbelastning. Det er en bedring fra januar 2022 der 20 prosent svarte at de var tilfredse med sin arbeidsbelastning og kan ses i lys av muligheten for bedre faglig praksis.[51]

2.5.1 Kvalitetsarbeid integrert i utdanningen

Helsedirektoratet har fått oppdrag om å integrere kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid i etterutdanning for spesialister og i spesialistutdanningen i allmennmedisin, slik at systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet ble gjort tellende i etterutdanningen. Vi ble også bedt om å følge med på om læringsmålene ivaretar kvaliteten og pasientsikkerheten i spesialistutdanningen.

Legeforeningen mener det allerede ligger mange gode aktiviteter som skal gi legene opplæring og fokus på kvalitet og pasientsikkerhet i etterutdanningen. Det ble gjort noen endringer til fordel for aktiviteter innen kvalitet og pasientsikkerhet.

Hdir har gitt støtte til en podkast-serie om læringsmålene i allmennmedisin, som ble lansert i 2022, og ALIS-kontorene har fått finansiell støtte til å utvikle digital opplæringsressurs i veiledning.

2.5.2 Revidering av veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring

Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten retter seg mot alle som tilbyr helse- og omsorgstjenester. Dagens veileder fra 2016 skal revideres innen 2024 i tråd med endringer i lovverk og oppdatert kunnskap om ledelse, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Det er planer om å utvide veilederen til å inkludere kommunens ansvar for allmennlegetjenesten og allmennlegers virksomhetsansvar.

Fotnoter

[51] Oslo Economics og UiO (2023) Evaluering av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020–2024, Evalueringsrapport 2

2.6

Introduksjonsavtaler

Introduksjonsavtaler gir leger i spesialisering i allmennmedisin mulighet til å arbeide samtidig med fastlegen og få rett til trygderefusjon. I praksis er det en ekstra lege på fastlegekontoret, der legen kan gjøre konsultasjoner på fastlegenes lister.

Introduksjonsavtaler ble lyst ut med søknadsfrist 15. mars 2022. Det kom søknader fra 34 kommuner. Status ved årsskiftet var at kun 20 av de 65 mulige avtalene var meldt inn til Helfo, mens andre kommuner har ønsket å inngå nye avtaler. Det er fortsatt for tidlig å si mye om effekten av tiltaket og om det er behov for justeringer for at målsettingen skal nås.

Framtiden er teambasert

3.1

Beskrivelse av målområde 3

Tiltakene under målområde 3 skal bidra til å skape et bredere og mer sammenhengende helse- og omsorgstilbud til landets innbyggere. Det skal legges til rette for faglig riktig og god oppgaveløsning, med samarbeid og arbeidsdeling mellom leger og annet personell på legekantoret. Utviklende fagmiljøer og en allmennlegetjeneste som er godt integrert i øvrig helse- og omsorgstjeneste, skal gi kvalitativt gode tjenester. Alle brukere skal ivaretas på en god måte, og da i særdeleshett de med kronisk sykdom og sammensatte behov.

Et teambasert fastlegekontor trenger god styring og ledelse, det er handlingsrom for å få til dette.

Den teknologiske utviklingen gir nye muligheter knyttet til samhandling og organisering av arbeidet, både i og rundt fastlegekontoret, og i kontakten med innbyggerne. Ny teknologi gir også innbyggerne nye muligheter til selv å bidra til bedring og mestring av egen sykdom.

4 effektmål for målområde 3:

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

3.2

Status for målområde 3

Befolkningssammensetningen i Norge er i endring, den gjennomsnittlige levealderen øker og vi blir stadig flere brukere med omfattende behov.[52] Samtidig med dette skjer en rask teknologisk og medisinsk utvikling som bidrar til å øke innbyggernes krav og forventninger. I en bærekraftig allmennlegetjeneste vil kontinuerlig innovasjon og nye måter å organisere og løse oppgavene på være avgjørende, ikke minst i en tid med knappe personellressurser.

For lykkes med omstillingsarbeid må organiseringen 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, og flere evalueringer er gjennomført. Samtidig gjør den høye kompleksiteten ved flere av prosjektene at gjennomføringen er tidkrevende og at det fortsatt er for tidlig å se endelige effekter for mange av tiltakene.

Mer teambasert arbeid og tverrfaglighet

Et av hovedmålene i handlingsplanen er at oppgavene i større grad skal løses i samarbeid med annet helsepersonell, at tilgjengelig kompetanse brukes og at oppgavene deles med annet personell.

Gjennom utprøving av primærhelseteam er kunnskap om virkningene av teambasert arbeid og tverrfaglighet økt. Evalueringsrapport V av primærhelseteam, som ble publisert i januar 2023, underbygger de positive kvalitative effektene av teamorganiseringen som er presentert ved tidligere evalueringer. [53] Flertallet av pasientene opplever at organisering i primærhelseteam gir en mer tilgjengelig fastlegetjeneste, større grad av trygghet, og mer regelmessighet i oppfølgingen. Helsepersonell i legekontorer med primærhelseteam opplever at organiseringen bidrar til nye måter å løse utfordringer på, gitt at faktorer som tydelig ledelse, klare mål og en strukturert arbeidsmåte prioriteres. Den utprøvde organisasjonsformen tilrettelegger for at andre yrkesgrupper kan avlaste fastlegen og bidra til redusert arbeidsbelastning.

Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten peker også på at økt tverrfaglighet på fastlegekontoret kan avlaste fastlegen og bedre kvaliteten i tjenesten, og fikk i sitt mandat i oppdrag å utrede gruppeavtaler.

Ifølge evalueringsrapport om II fra OE er antall legekantor i Norge redusert fra 1633 legekantor i 2001 til 1334 legekantor i 2022. [54] Gjennomsnittlig antall fastleger per legekantor har i samme tidsrom økt fra 2,25 til 3,82. Det pågår en utvikling i retning av færre, men større fastlegekontor. Organisering i større enheter hvor flere helsepersonellgrupper jobber sammen kan bidra til økt kvalitet i tjenesten og bedre fordeling av oppgaver. Større fagmiljø kan også virke rekrutterende på yngre leger.

Gjennomføringen av pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam, som pågår i fire kommuner, tar betydelig lengre tid enn planlagt og det er for tidlig å si hvilke effekter oppfølgingsteam kan ha. Videre evaluering skal blant annet vurdere om innføringen av slike team gir ønskede effekter for pasientene og etablere erfaringsgrunnlag som kan være til nytte ved innføring i andre kommuner.

Tilstedeværende og tydelig ledelse av fastlegekontoret

God ledelse er viktig både for å lykkes med utvikling av et godt fungerende team på fastlegekontoret og gode, sammenhengende helsetjenester til pasientene. Større fastlegekontor gir økte muligheter for teamarbeid og mer hensiktsmessig arbeidsdeling, men vil også sette større krav til ledelse. I januar 2022 startet BI ny tilrettelagt utdanning rettet mot allmennleger. Gjennom et nettbasert tilbud har flere allmennleger fått mulighet til lederutdanning. Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten har blitt utvidet og plasser som er øremerket for leger, er etablert. Det er gledelig å registrere at nettkurset også stimulerer til videre utdanning via den nasjonale lederutdanningen. Fortsatt markedsføring og tilrettelegging er viktig, slik at allmennlegene prioriterer å ta lederutdannelse.

Fastlegeordningen bør innrettes slik at kommunene kan bidra til å utvikle en god og bærekraftig tjeneste. Gode løsninger forutsetter lokal kunnskap og ledelse. Ledelse av fastlegeordningen er nødvendig for å etablere fleksible løsninger tilpasset den enkelte leges livssituasjon og arbeidskapasitet, samt for å etablere gode fagmiljø som gir mulighet for kvalitetsforbedring og faglig utvikling. I november 2022 fikk Helsedirektoratet i oppdrag å understøtte kommunens ledelse av fastlegeordningen. Gjennomføring av oppdraget er underplanlegging og iverksetting skal skje høsten 2023.

Velfungerende digitale plattformer, og verktøy i kommunikasjon og pasientoppfølging

På grunn av kompliserte verdikjeder og begrensninger i dagens IT-løsninger er det utfordrende å realisere endringer som er nødvendige for å forenkle samhandlingen i helsetjenesten. Digitaliseringsarbeidet innebærer omfattende tiltak som forventes å bidra til bedre helsetjenester og mer sømløse pasientforløp til innbyggerne over hele landet, men arbeidet tar tid, og det er per i dag for tidlig å se effektene av arbeidet.

Det er igangsatt en rekke prosjekter og utprøvinger av løsninger for digitalisering og integrering av journalløsninger, informasjonsutveksling og dokumentdeling. Forenklet samhandling med NAV, ny og forbedret funksjonalitet i elektroniske pasientjournaler, muligheter til dokumentdeling med spesialisthelsetjenesten samt tilgang til pasientens legemidler og prøvesvar er forbedringstiltak som alle skal legge til rette for mer effektiv samhandling og et helhetlig pasientforløp. Erfaringer fra fastlegekontor og legevakt som er tilknyttet Helseplattformen, viser at det er behov for tilpasninger for å gjøre denne til en tilfredsstillende samhandlingsløsning for fastlegene og legevakt.

Antall og andel e-konsultasjoner hos fastleger økte som følge av koronapandemien, men andelen avtok noe i 2022. E-konsultasjoner utgjorde i 2022 om lag 25 prosent av alle konsultasjoner hos fastleger. I tråd med handlingsplanens intensjon kan det synes som om det er en dreining mot mer elektronisk kontakt med fastlegen enn tidligere. Det er delte meninger blant fastlegene rundt bruken av e-konsultasjon, og undersøkelser peker på at e-konsultasjoner kan bidra til økt arbeidsmengde gjennom at terskelen for å kontakte fastlegen blir lavere. Balanseringen av tilgjengelighet, prioritering og effektiv ressursbruk kan utfordres av dette. Erfaringene fra utprøvingen av digital triageringsløsning ved fastlegekontorene tilsier at dette verktøyet kan bidra til mer hensiktsmessig bruk av e-konsultasjon og tidsbesparelser for fastleger. Ved riktig bruk har også triageringsverktøy potensiale til å øke kvaliteten og effektiviteten for pasientene.

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

En fastlegjetjeneste som er godt integrert med øvrig kommunale helse og omsorgstjeneste, og hvor innbyggerne opplever at tjenestene henger sammen, er viktig for et godt og helhetlig allmennlegetilbud. Flere av de igangsatte digitaliseringsprosjektene som er omtalt i avsnittet over, forventes å bidra til å bedre samarbeidet på tvers av tjenester.

Evalueringen av utprøvingen av primærhelseteam viser at innretningen med primærhelseteam synes å ha en positiv påvirkning på fastlegekontorets samhandling med øvrige deler av den kommunale helsetjenesten, hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Ifølge en spørreundersøkelse blant landets fastleger, gjennomført av Oslo Economics, oppgir de fleste fastlegene at samhandling med spesialisthelsetjenesten og andre helse- og omsorgstjenester fungerer godt. [55] Samhandlingen med spesialisthelsetjenesten oppgis å være bedre enn ved tilsvarende undersøkelse for et år siden, mens det for samhandlingen med andre kommunale helse- og omsorgstjenester ikke sees en signifikant endring.

Oslo Economics har i årets rapport også undersøkt fastlegers samhandling med NAV. NAV-veiledere oppfatter arbeidsdelingen mellom NAV og fastlegene som hensiktsmessig, men ønsker å involvere fastlegene i større grad. Fastleger har derimot delte meninger om arbeidsdelingen, og peker på at de ikke alltid har forutsetninger for å gi informasjonen som etterspørres av NAV. Flere NAV-veiledere og fastleger opplever at de har et velfungerende samarbeid, særlig hvis de har god kjennskap til hverandre, og peker på behovet for kommunikasjonsplattformer og samarbeidsmøter. NAV-veiledere merker at fastlegetjenesten preges av høy arbeidsbelastning og mangel på fastleger, både ved mangelfulle legeerklæringer og sykmeldinger. Økt vikarbruk forsinker saksgangen. NAV-veiledere ønsker forbedret kvalitet på den medisinske dokumentasjonen de mottar, mens fastlegene synes det er utfordrende å gjøre funksjonsvurderinger og opplever utfordringer med skjemaene.[56]

Evaluerings av arbeidet med Digital hjemmeoppfølging (DHO), som gjennomføres i samarbeid mellom helseforetak, kommuner og fastleger viser at DHO kan bidra til å bedre kvaliteten på samhandlingen mellom fastlege, pasient og hjemmetjeneste. Betydningen av å involvere fastleger fra oppstart, og avklare kommunikasjonskanaler og informasjonsflyt for å få til effektiv helsetjeneste og god samhandling understrekes.

Fotnoter

[52] NOU 2023/4 Tid for handling, Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, Helse og omsorgsdepartementet

[NOU 2023: 4 \(regjeringen.no\)](#)

[53] [Evaluerings av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger - statusrapport V.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

[54] Oslo Economics (2023) Evaluerings av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, rapport 2

[55] Oslo Economics (2023) Evaluerings av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, rapport 2

[56] Oslo Economics (2023) Evaluerings av handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024, rapport 2

3.3

Mer teambasert arbeid og tverrfaglighet

3.3.1 Primærhelseteam (PHT)

I utprøvningsprosjektet Primærhelseteam er tverrfaglig teamorganisering med fastleger, sykepleiere og helsesekretærer utprøvd ved 17 fastlegekontorer i 9 kommuner. Målet har vært å skaffe erfaringer rundt tverrfaglige team i fastlegekontor, og å prøve ut om organisering og finansiering av teamorganisering kan gi bedre tjenester til de pasientene som trenger det mest.

Utprøvingen ble avsluttet som pilotprosjekt 31. mars 2023.

Utprøvingen av primærhelseteam evalueres gjennom et samarbeid mellom Universitetet i Oslo ved Institutt for helse og samfunn, Nasjonalt senter for distriktsmedisin (Universitetet i Tromsø) og Oslo Economics. Det

er gjennom pilotperioden publisert totalt fem evalueringsrapporter på oppdrag fra Helsedirektoratet. Statusrapport V[57] ble publisert 1. februar 2023 og beskriver effektene på følgende hovedområder:

- Pasienters erfaring med PHT
- Likheter og ulikheter mellom PHT-legekontor med ulike finansieringsmodeller
- Variasjon i teamarbeid og team effektivitet
- Samspill mellom PHT og øvrig helse- og omsorgstjeneste

Ifølge evalueringsrapporten opplever flertallet av pasientene en mer tilgjengelig fastlegetjeneste, en større grad av trygghet og ivaretagelse og mer regelmessighet i oppfølgingen sammenlignet med tiden før utprøvingen. Omtrent 50 prosent av pasientene oppgir i stor eller svært stor grad bedre livskvalitet med bedre eller mer stabil helse. Pasientene trekker fram samtale og informasjon fra sykepleier som særlig betydningsfullt

Videre opplever de fleste ansatte på legekontorene at primærhelseteam bidrar til nye måter å løse utfordringer på. Sykepleier utfører ofte både oppgaver for fastlegen og andre oppgaver enn fastlegens, og dette bidrar til at fastlegene kan bruke mer av sin tid til direkte pasientkontakt. 4 av 5 fastleger i som deltar angir at de opplever redusert arbeidsbelastning gjennom primærhelseteam.

Tydelig ledelse, klare og omforente mål og en felles strukturert og prosedyrestyrt arbeidsmåte angis ved evalueringen som viktige kriterier for at teamorganiseringen skal fungere godt og være effektiv i den forstand at den og gir flere konsultasjoner og hjemmebesøk for innbyggerne.

Når det gjelder samhandling med øvrige deler av den kommunale helsetjenesten, angir omentrent 50 prosent av pasientene at tjenestene fra de ulike delene av helsetjenesten er bedre koordinert enn før. Også de fleste fastlegene og helsesekretærene opplever at innretningen med primærhelseteam har en positiv påvirkning på samhandlingen med hjemmetjenesten og spesialisthelsetjenesten. For legekontor med primærhelseteam registreres blant annet økt flerfaglig kontakt og samtaler med ansatte i andre tjenester, raskere oppfølging etter sykehusinnleggelse og en reduksjon i omfanget av kommunale omsorgstjenester som gis i pasientens hjem.

Evalueringsrapporten V er både en bekreftelse på, og en styrking av, de faktorene som fjorårets rapport ga grunnlag for, når det gjelder positiv samfunnsøkonomisk effekt av primærhelseteam.

Pilotprosjektet avsluttes formelt 31.mars 2023. Likevel videreføres inntil videre de igangsatte primærhelseteamene med samme finansieringsmodeller og forsøksforskrift som under utprøvingen. Det er fra 1.4.23 etablert et nytt tilskudsregelverk for finansiering av dette. Evalueringen vil fortsette gjennom hele 2023, og en sjettede og siste statusrapport er planlagt til januar 2024.

3.3.2 Pilot for strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam

Strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam er en arbeidsform som med utgangspunkt i brukers behov skal bidra til målrettet og koordinert innsats slik at nytten av helse- og velferdstjenester bedres. Målgruppen for oppfølgingsteamene er brukere med store og sammensatte behov, uavhengig av diagnose.

Effektmålene 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.

Seks kommuner startet i 2018 opp med pilotutprøvinger av strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam. Pilotvirksomheten skulle opprinnelig avsluttes i 2021, men er på grunn av krevende kommunesammenslåinger og pandemi besluttet forlenget ut 2023. Fire av de seks opprinnelige kommunene deltar i forlengelsen.

Hovedaktiviteter i pilotperioden handler om etablering av strukturer og systemer for identifisering av brukere med behov for oppfølging, etablering av oppfølgingsteam som en arbeidsform på tvers av tjenester og nivå, samt tydeliggjøring av koordinatorrollen og mer bevisst brukermedvirkning.

Fastleger prøver i piloten ut et verktøy for forebyggende risikokartlegging som et redskap i identifisering av brukere i målgruppen. Verktøyet er koplet opp mot legenes journalsystem, og det gjøres uttrekk av pasienter som iht. definert algoritme har store og sammensatte behov og følgelig kan ha behov for koordinerte tjenester. Foreløpig evalueringsrapport fra Sintef viser at legene har benyttet verktøyet i ulik grad og har ulik erfaring med bruk og nytte.[58]

Arbeidet med implementering av tiltakene i pilotkommunene har tatt betydelig lengre tid enn det som ble planlagt og effekt av tiltakene på individnivå er så langt ikke gjennomført. Videre evaluering skal vurdere om innføringen av slike team gir ønskede effekter for pasientene, vurdere aktørene i piloten sitt arbeid for å oppnå tidlig identifisering av brukerbehov, se på hvordan strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam fungerer som integrert arbeidsform, og hvilke resultater det gir. Evalueringens mål er også å etablere et erfaringsgrunnlag fra piloten som kan gjenbrukes av andre kommuner.[59]

Fotnoter

[57] [Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger - statusrapport V.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

[58] Evalueringsrapport fra perioden 2018 -2021: [2022-00096_oppfolgingsteam_hovedrapport_signert.pdf \(sintef.no\)](#)

[59] [Evaluering av forsøk med strukturert tverrfaglig oppfølgingsteam - SINTEF](#)

3.4

Styrket lederkompetanse i allmennlegetjenesten

Helsetjenesten står fremfor en økning i antall brukere med komplekse og sammensatte behov. Samtidig pågår det en medisinskfaglig og teknologisk utvikling i høyt tempo. Systematisk, god og trygg ledelse i og av allmennlegetjenesten i kommunene vil være viktig for å møte disse utfordringene og for å sikre kvalitet i tjenestene og en effektiv ressursutnyttelse.

Lederkurs for allmennleger skal bidra til å økt lederkompetanse i tjenesten, og til økt fokus på kontinuerlig forbedringsarbeid som sikrer god kvalitet og pasientsikkerhet.

3.4.1 Nasjonal lederutdanning i primærhelsetjenesten

Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten ble etablert i 2015, var et tiltak i Kompetanseløft 2020 og er også et sentralt tiltak i Kompetanseløft 2025. Målgruppen er mellomledere i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Bevilgningen til den nasjonale lederutdanningen ble fulgt opp i 2022 og er i 2023 ytterligere styrket med 5,3 mill. kroner som er øremerket leger i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Utdanningen skal bidra til å styrke lederne i å gjennomføre nødvendig omstilling og utvikling i tjenestene framover. Ifølge følgeevalueringen har utdanningen hatt stor betydning for de positive endringene i deltakernes lederrolle. Det fremheves særskilt at lederne har håndtert krysspress som sektoren står i på en bedre måte enn før.

Søkertallene til studiet er gode, og tilfredsheten er høy blant deltakerne. Samlet sett har 1500 ledere gjennomført utdanningen i perioden 2015 til våren 2023. Det åttende kullet gjennomføres med tre klasser ved BI campus Oslo og en klasse ved BI campus Bergen. Dette studieåret er det 25 allmennleger fordelt på de fire klassene som fullfører studiet.

3.4.2 Nettbasert lederutdanning for allmennleger

Et kortere nettbasert lederkurs for allmennleger ble utviklet i 2021, med intensjon om å gi kunnskap og ferdigheter som skal gjøre deltakerne tryggere og mer effektive i utøvelsen av sin lederrolle på fastlegekontoret. Handelshøyskolen BI har oppdraget med å gjennomføre utdanningen, som også er godkjent av Legeforeningen.

Kurset omfatter syv samlinger der første samling gjennomføres på campus over 1,5 dag i tillegg til seks korte digitale samlinger. Grunnprinsippene for utdanningen er de samme som i Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten. En pilotklasse med 30 studenter gjennomførte studiet i perioden januar til juni 2022. Høsten 2022 ble det gjennomført to klasser med totalt 43 studenter.

I 2023 er har antall søknader gått noe ned, og våren 2023 har 19 allmennleger deltatt på lederkurs. Totalt har 101 allmennleger gjennomført lederkurset siden oppstarten i 2021.

Følgeevalueringen som er gjort av Rambøll viser at deltakerne i stor grad er tilfredse med utdanningen, både overordnet og med enkeltmodulene som utgjør programmet. [60] Majoriteten synes det har fungert å kombinere jobb og studier. Hele 86 prosent vil anbefale andre å delta på Lederkurs for allmennleger. Omtrent tre av fire respondenter svarer at Lederkurs for allmennleger har påvirket deres motivasjon for å delta på Nasjonal lederutdanning.

Fotnoter

[60] Evaluering av Lederkurs for allmennleger, Rambøll Management Consulting og Agenda Kaupang, notat 1.mars 2023.

Digitale løsninger for pasientoppfølging og samhandling

Ny teknologi og digitale løsninger muliggjør nye måter å jobbe på, og er virkemiddel som ved riktig utnyttelse kan bidra til gevinster som økt effektivitet og tilgjengelighet, bedret kvalitet og høyere pasientsikkerhet. Arbeidet med digitaliseringstiltak for allmennlegetjenesten pågår på flere nivåer og involverer en rekke nasjonale, regionale og lokale aktører. Oppfølgingen av konkrete prosjekter på nasjonalt nivå skjer i tett samarbeid mellom blant annet er Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Norsk Helsenett og NAV. Noen spesielt relevante arbeider er beskrevet nedenfor.

3.5.1 Digital triagering på fastlegekontor

Et tiltak i handlingsplanen for allmennhelsetjenesten 2020-2024 er å prøve ut et system for triagering av e-konsultasjoner.

Gjennom digitalisering er det tilrettelagt for at innbyggerne selv kan bestille og igangsette konsultasjoner via nettbaserte løsninger. En utfordring når bestillingen går direkte til fastlegen og ikke via fastlegekontoret, kan være å velge riktig konsultasjonsform. Feil valg her kan ha uheldige konsekvenser for innbyggeren. Ved å kombinere nettbasert timebestilling med digital triage er målet å bidra til at innbyggerne tilbys helsetjenester på riktig nivå, og avlaste og bidra til bedre ressursbruk for både helsepersonell og pasienter.

Første fase med utprøving av digital triageringsløsning startet i november 2021 og ble avsluttet med en sluttevaluering 31.1.2022. I den første pilotfasen testet 4 legekontorer med i alt 30 fastleger ut en triageringsløsning levert av svenske Doctrin. Evalueringen av prosjektet, som ble utført av Menon Economics i 2022, viste at det er nyttig for legene å få informasjon fra pasienten før konsultasjonen. Pasientene ble også bedre forberedt til konsultasjonen gjennom triageringsprosessen, og hadde en bedre forståelse av sin helsesituasjon. Evalueringen pekte på utfordringer ved integrasjon av det eksterne verktøyet på Helsenorgeplattformen, og at dette arbeidet ville være krevende både ressursmessig og teknisk.

Gjeldende fra 1.1.2023, ble det besluttet å utvikle en ny og uavhengig løsning for triagering på Helsenorge.no. Den nye utprøvingen er finansiert med midler fra både Medfinansieringsordningen og HOD for perioden 2022-2025. Fra januar til juli 2023 prøves ny løsning for triagering ut i 5 legekontor, hvorav 4 er de samme kontorene som i første piloteringsfase. Det er videre planlagt utbredelse til 15 fastleger i 2024, og til ytterligere 450 fastleger i 2025. Målet er at løsningen skal bli tilgjengelig for alle fastleger fra 2026.

3.5.2 Digital behandling- og egenbehandlingsplan

Det har lenge vært behov for en mer strukturert tilnærming for opplegg av behandlingsløp for pasienter, og for mer koordinering og informasjonsdeling på tvers i helse- og omsorgstjenesten. Også i pilotprosjektene Primærhelseteam og Digital hjemmeoppfølging er disse behovene identifisert, og teknologi som understøtter deling av innholdet i slike planer er etterspurt.

Digital behandlings- og egenbehandlingsplan (DBEP) er et prosjekt som eies av Helsedirektoratet og som gjennomføres i tett samarbeid med Norsk Helsenett, Direktoratet for e-helse og Helse Nord RHF. Verktøyet

skal muliggjøre informasjonsdeling og forenkle samarbeid rundt behandlings- og egenbehandlingsplaner i sektoren, primært mellom sykehus, fastleger og kommunal pleie- og omsorgstjeneste. Videre skal det benyttes av pasienter for å gi bedre oversikt over egne behandlingsforløp.

Utviklingen av den tekniske løsningen er i gang, og videreutvikling skjer parallelt med utprøvningsperioden. Utprøvingen gjennomføres i samarbeid med Helse nord RHF, Bodø, Tromsø, Alta og Rana kommune og løper fra høsten 2022 til juni 2023. Det er gjennomført flere innsiktsrunder med helsepersonell og pasienter.

3.5.3 Digital hjemmeoppfølging

Digital hjemmeoppfølging (DHO) skal bidra til bedre tjenester for personer med kroniske lidelser, til økt mestring og selvstendighet for disse pasientene og til bedre ressursbruk. Målet er å etablere digital hjemmeoppfølging innen alle 19 helsefelleskap innen utgangen av 2024. Arbeidet skal bygge på nasjonale faglige råd publisert i november 2022, og er basert på forskning og erfaringer fra gjennomført utprøving i Norge (2018-2021).

Alle prosjektene innenfor DHO gjennomføres i samarbeid mellom helseforetak, to eller flere kommuner og fastleger lokalt. Prosjektene jobber med forankring og innsiktsarbeid for å se utfordringsbildet lokalt, og ser på hvor digital hjemmeoppfølging kan være hensiktsmessig, sett fra hjemmesykepleiens, fastlegens og spesialisthelsetjenestens ståsted.

Erfaringer fra utprøvingen tilsier at det er viktig å involvere fastleger fra oppstart, og avklare kommunikasjonskanaler og informasjonsflyt for å få til effektiv helsetjeneste og god samhandling. Fastleger som har hatt flere pasienter med digital hjemmeoppfølging, opplever at dette bidrar til bedre kommunikasjon ved at pasientene forstår mer av sin sykdom og bedre kan formidle egen sykdomsstatus. Kvaliteten i samhandlingen mellom fastlege, pasient og hjemmetjeneste synes også å påvirkes positivt av DHO og egenbehandlingsplanen, som bidrar til struktur i behandlingsplanen og gir bedre grunnlag for etterlevelse hos pasienten.[61] Kommunene som deltok i utprøvingen har i stor grad etablert digital hjemmeoppfølging som en ordinær del av sin helsetjeneste, da de ser at dette bidrar til effektive og fremtidsrettede tjenester.

I samarbeid med Direktoratet for e-helse og lokale prosjekter, jobbes det med å se spesielt på hvilken informasjon fastleger og spesialisthelsetjenesten har behov for i samhandlingen om felles pasienter innenfor DHO. I tillegg ses det på hvordan slik informasjon kan tilgjengeliggjøres digitalt for å gi en mer effektiv arbeidsflyt.

Fra høsten 2022 gikk prosjektet over i en fase hvor spredning og implementering skal gjennomføres. Våren 2023 planlegges det å igangsette prosjekter innen alle 19 helsefelleskap. Spredningsprosjektet følges med forskning, der det blir særlig viktig å få mer kunnskap om effekter på forbruk av helsetjenester.

3.5.4 Journalmodernisering gjennom EPJ-løftet, FKJ og Helseplattformen

Modernisering av journalsystemene og tilhørende samhandlingsløsninger er et sentralt tiltak for å sikre sømløse pasientforløp og gode helsetjenester til innbyggerne over hele landet. Dette forventes å gi store gevinster for pasientbehandlingen, og det vil gi helsepersonell tilgang til nødvendig og relevant informasjon uavhengig av hvor pasienten har fått behandling tidligere.

Viktige igangsatte journalmoderniseringstiltak er:

- felles journalløsning i helseregion Midt-Norge (Helseplattformen)
- samordnet utvikling av de øvrige regionale helseforetakenes journalløsninger,
- felles journalløsning for kommuner utenfor helseregion Midt-Norge,
- EPJ-løftet (bidrar til kvalitetsheving av dagens pasientjournaler for legekantor).

Journalmoderniseringstiltakene understøttes av samhandlingsløsninger, både etablerte og nye nasjonale e-helseløsninger og felleskomponenter.

EPJ-løftet

EPJ-løftet er et samarbeid mellom Direktoratet for e-helse, Helsedirektoratet og Legeforeningen. Prosjektprotokoll og finansiering reetableres årlig som en del av normaltarifforhandlingene.

EPJ-løftet 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. Prosjektet involverer EPJ-systemleverandører, NHN og normerende standardiseringsmyndigheter tidlig i utviklingen av konsepter.

Prosjektet har spilt en viktig rolle under pandemien og bidratt til raskere innføring av tiltak som understøtter TISK og koronavaksinasjon. I 2022 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 forbedret 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.

Felles kommunal journal (FKJ)

Prosjektet Felles kommunal journal har siden høsten 2021 blitt styrt av Felles kommunal journal interim AS, som eies av KS på vegne av kommunene. Prosjektets styringsdokument er under ekstern kvalitetssikring og skal behandles av styret i selskapet juni 2023. Deretter vil det bli gjennomført en forankringsprosess i kommunene, og ambisjonen er å gjennomføre noen utprøvinger av en journalplattform i 2023 og 2024. Direktoratet for e-helse bistår samarbeidsprosjektet som myndighetsorgan med relevant kunnskap, erfaring og veiledning, og bistår departementet med faglige vurderinger og avklaringsbehov rundt Felles kommunal journal.

Helseplattformen for fastleger

Prosjektet Helseplattformen har som mål å innføre en felles pasientjournal i helseregion Midt-Norge på tvers av aktører og omsorgsnivå. Det er første gang det blir etablert en felles journalløsning for sykehus, avtalespesialister, kommuner og fastleger. Per mai 2023 er Helseplattformen innført i ett Helseforetak (St.Olav Hospital HF), i ti kommuner, ved ett legekantor og på en legevakt.

Erfaringer fra fastlegekantor og legevakt viser at det er behov for å gjøre tilpasninger for å få en tilfredsstillende løsning. Det pågår arbeid hos Helseplattformens leverandør Epic for å utvikle en konkurransedyktig løsning for fastleger i region Midt-Norge.

Det pågår dialog om pilotering av forbedret fastlegeløsning fra desember 2023. Planen for videre utrulling er at Helseplattformen, innen 1.mai 2024 skal være innført i regionens resterende to helseforetak samt i ytterligere 15 kommuner. Videre utbredelse til kommuner og andre aktører vil skje stegvis.

3.5.5 Helseportal

Det er i dag ingen omforent løsning for digital informasjonsutveksling mellom helsepersonell og den sentrale helseforvaltningen eller andre myndighetsorganer. Dette har medført ulike portaler og løsninger for registrering og rapportering av data som fastlegene og annet helsepersonell må forholde seg til ved siden av journalløsningen. Informasjonsflyten fremstår som uoversiktlig, kompleks og den innebærer ofte en uhensiktsmessig arbeidsbyrde. Konsekvensene av dette ble tydeligere under koronapandemien, da det i denne perioden ble etablert ytterligere løsninger.

Tilbakemeldingene fra helsepersonell er at de ulike digitale løsningene samlet gir en fragmentert brukeropplevelse. Legene må logge inn og ut av ulike eksterne portaler, det benyttes ulike påloggingsmetoder, det er forskjellige brukergrensesnitt og det er ulik grad av integrasjon med EPJ-systemene, nasjonale fellesløsninger og sentrale registre. Dette gjør at de samme opplysninger ofte må registreres flere ganger noe som er tidkrevende og som gir risiko for feilregistreringer og redusert datakvalitet.

Direktoratet for e-helse har i 2023 satt i gang arbeid for å etablere anbefalinger for hvordan rapportering og informasjonsutveksling mellom helsepersonell og myndigheter bør håndteres fremover. Målsetningen er å redusere rapporteringsbyrden fra helsepersonell til myndighetene, forenkle informasjonsutvekslingen, og skape tydeligere rammer for leverandørene.

3.5.6 Informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten

Oppfølging av brukere, forvaltning av ytelser, vurdering av behov for hjelpemidler og tilrettelegging er en av Arbeids- og velferdsetaten (NAV) sine fremste samfunnsoppgaver. Helsemessige forhold hos innbyggeren utløser en rekke rettigheter til ytelser og tjenester fra NAV. Det foregår omfattende utveksling av helseopplysninger mellom helsetjenesten og NAV, både i forbindelse med søknadsbehandling for konkrete ytelser og i forbindelse med oppfølging av brukere. Betydelige mengder informasjon må tilgjengeliggjøres fra behandler, sykehus og bruker til NAV. Det er ofte nødvendig å dele informasjon med NAV fra pasientens elektroniske journal (EPJ). Per i dag skjer mye av denne informasjonsutvekslingen gjennom bruk av skjema som delvis kan være integrert med behandlerens EPJ-system, og som er knyttet til ulike takster som definerer honorering av behandlere.

I Rapport om informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger[62] fremgår det at mye av frustrasjonen blant bunner i den manglende digitaliseringen av dialogen og den unødvendig høye arbeidsbelastningen dette medfører for fastlegene. På grunn av kompliserte verdikjeder og aldrende IT-løsninger er det utfordrende å realisere endringer som er nødvendige for å ivareta brukernes behov og en effektiv oppgaveløsning i offentlig sektor. Et hovedfunn i rapporten er at det ikke vil la seg gjøre å utløse større gevinster på området uten å endre selve metoden for informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten. Dagens tekniske løsning og forvaltningen av den setter store begrensninger for gjennomføring og implementering av forbedrede eller nye tjenester.

Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV), Direktoratet for E-helse og Helsedirektoratet har i 2023 likelydende oppdrag om å delta i forprosjekt for bedre informasjonsutveksling mellom NAV og helsetjenesten. Direktoratene skal levere forprosjektrapport med anbefalinger innen 1. oktober 2023.

3.5.7 Pasientens legemiddelliste

Per i dag finnes det ikke én samlet oversikt over pasientens legemidler. Leger og helsepersonell bruker derfor mye tid på å innhente informasjon om hvilke legemidler pasienten bruker. Dersom informasjonen ikke er tilgjengelig, øker risikoen for feil. 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 er summen av tiltak som sammen skal gi en mer helhetlig og oppdatert oversikt over pasientens legemidler. Tiltakene tar utgangspunkt i eksisterende nasjonale løsninger, som e-multidose, reseptformidleren, kjernejournal og Helsenorge. Det er også utviklet en ny tjeneste for legemiddelforskrivning - sentral forskrivningsmodul - som skal gi et enhetlig og brukervennlig brukergrensesnitt med god funksjonalitet. Den nye forskrivningsmodulen skal innlemmes med fastlegenes og andre rekvirenters EPJ-systemer, noe som betyr at de fleste fastleger vil om noen år ha en ny legemiddelmodul.

Arbeidet med pasientens legemiddelliste innebærer en stor endring i helsepersonells arbeidsprosesser. Fastlegene har en viktig rolle i arbeidet med å holde legemiddellisten oppdatert, men alle leger må bidra. Oppdaterte legemiddellister og bedre kvalitet i e-resept vil være til nytte i fastlegenes arbeid med legemiddelsamstemming og -gjennomgang, og vil styrke pasientsikkerheten.

Over 50 legekantor har per i dag tatt i bruk ny forskrivningsmodul fra Norsk Helsenett og Pasientens legemiddelliste prøves nå ut Bergen.

3.5.8 Pasientens prøvesvar

Per i dag finnes det ikke en samlet oversikt over pasienters laboratorie- og radiologisvar, og helsepersonell som trenger tilgang til prøvesvar må ofte etterspørre dette via telefon, brev eller faks. I mange tilfeller vet ikke helsepersonell hvor prøvesvarene er lagret, noe som medfører at blodprøver eller røntgenbilder må tas på nytt og at samfunnet påføres unødvendige kostnader.

Pasienter har i liten grad tilgang til egne prøver digitalt, og må ofte kontakte rekvirent via telefon, oppmøte eller skriftlig via brev og helsenorge.no for å få tilgang til egne prøvesvar. Dette kan være en tidkrevende prosess og bidra til at innbygger synes møtet med helsevesenet er tungt.

Pasientens prøvesvar vil gi helsepersonell tilgang til en samlet oversikt over prøvesvar i kjernejournal eventuelt i den elektroniske pasientjournalen. Innbyggerne vil få en samlet oversikt over sine prøvesvar på helsenorge.no. Gjennom dette vil fastlegen få bedre beslutningsgrunnlag for behandling av sine pasienter og sannsynligvis spare tid ved å slippe å viderefordre resultater til innbygger og annet helsepersonell, eller spore opp prøvesvar som ikke er lett tilgjengelig.

Status per nå er at to legekantor kvalitetssikrer tjenesten med prøvesvar fra ett laboratorium i påvente av at ny lovhjemmel skal tre i kraft fra 1.1.24.

3.5.9 Dokumentdeling

Dokumentdelingstjenesten skal gjøre det mulig for helsepersonell, med tilgang til kjernejournal, å gjøre oppslag i journaldokumenter på tvers av regioner, virksomheter og omsorgsnivåer. Dokumentdeling skal

legge til rette for mer effektiv samhandling gjennom pasientforløpet. Det er i første omgang helseforetak som deltar som kilde til dokumentdeling.

Fastlegene mottar de fleste epikrisene til pasientene og har i stor grad oppdatert informasjon om sine pasienter. Dokumentdeling kan imidlertid frigi tid og bidra til bedre og mer effektive pasientforløp i situasjoner der fastlegen ikke har tilgang til nødvendige journaldokumenter. For eksempel kan det være behov for oppslag i journaldokumenter dersom pasienten nylig har byttet fastlege, eller dersom fastlegen av andre årsaker ikke har mottatt en epikrise.

Tjenesten prøves ut i Oslo og Bodø kommune. Det planlegges for at fastleger får tilgang på sine pasienters journaldokumenter fra Helse Nord, Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest i løpet av 2023. Helse Midt har planer om å tilgjengeliggjøre dokumenter fra 2024.

Fotnoter

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

[62] [Informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger](#), En gjennomgang av attester og erklæring som fastleger utsteder for Arbeids- og velferdsetaten, 2021

Del 2 - allmennlegetjenesten i tall 2022

Utgifter til allmennlegetjenesten

4.1

Utgifter til allmennlegetjenesten

Utgifter til allmennlegetjenesten omfatter utgifter til fastlegeordningen, legevakt og andre allmennlegetjenester i kommunene, inkludert sykehjem, helsestasjoner og skolehelsetjenester. Per i dag finnes det ikke tilgjengelig registerdata som viser alle utgifter for hele allmennlegetjenesten. Utgifter som det mangler sammenstilt informasjon om er blant annet:

- Kommunenes egenfinansiering av fastlegeordningen, det vil si kommunenes merutgifter utover basisfinansieringen
- Kommunenes utgifter for drift av legevaktstjenesten
- Kommunenes utgifter for LIS1-leger
- Utgifter for allmennlegetjenester i tilknytning til helsestasjoner, skolehelsetjeneste og eldreomsorg i kommunene

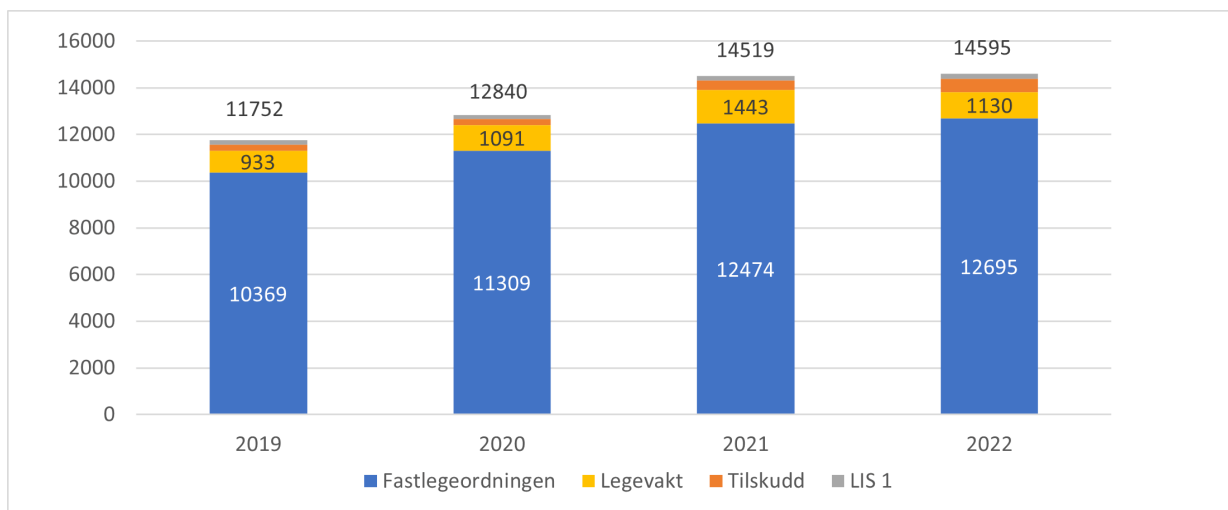
Utgiftene som presenteres i dette kapittelet er basert på tilgjengelige registerdata, blant annet fra FLO og KUHR.

Beregnete utgifter til allmennlegetjenesten utgjorde 14,6 mrd. kroner i 2022. Sammenlignet med 2021 er dette en økning på 0,5 prosent. Hensyntatt lønn- og prisvekst[63] så var det en utgiftsreduksjon på 2,2 prosent fra 2021 til 2022. For utvikling 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	2022	2021-2022	2019-2022
Fastlegeordningen	10 369	11 309	12 474	12 695	1,8	22,4
LIS 1	189	175	202	213	5,3	12,9
Legevakt	933	1 091	1 443	1 130	-21,7	21,1
Tilskudd[64]	261	266	400	557	39,2	113,1
Totalt	11 752	12 840	14 519	14 595	0,5	24,2

Kilde: FLO, KUHR og Helsedirektoratets saksbehandlingssystem for tilskudd, TIFO



Figur 4.1 Kostnader allmennlegetjenesten 2019 -2022. I løpende priser. Mill. kroner

Kilde: FLO, KUHR og Helsedirektoratets saksbehandlingssystem for tilskudd, TIFO

Fotnoter

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

[64] Utbetalinger fra tilskuddsordninger som understøtter allmennlegetjenesten

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 varierer mellom kommunene, kan en kommune 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 usikkerhet basisfinansiering, takstrefusjoner og pasientbetalinger.

På oppdrag fra KS har Ipsos i samarbeid med Samfunnsøkonomisk analyse kartlagt kommunenes egenfinansiering av fastlegeordningen utover hovedmodellen. Kommunenes samlede merkostnader utover hovedmodellen er estimert til 813 mill. kroner i 2021,[65] men det er knyttet til estimatet.

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.

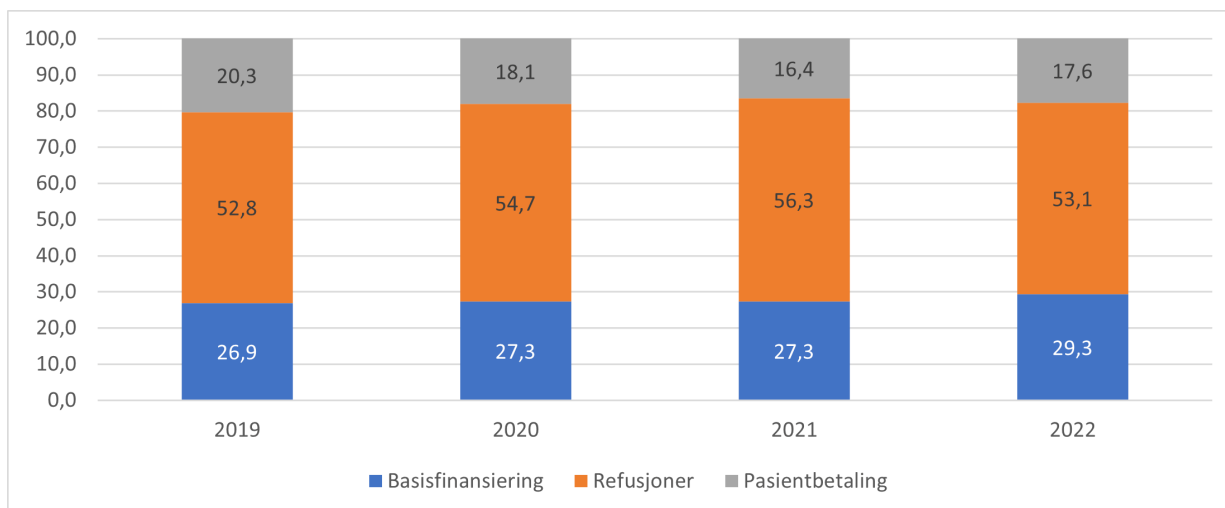
Utgifter til fastlegeordningen utgjorde 12,7 mrd. kroner i 2022, noe som er en økning på 1,8 prosent fra 2021. Målt i faste priser var det en reduksjon i utgiftene på 1,0 prosent. Fra tabell 4.2 ser vi at basisfinansieringen økte med 9,3 prosent, en reduksjon i refusjoner fra folketrygden på 4,1 prosent og en økning i egenandeler og egenbetaling fra pasienter på 9,2 prosent sammenlignet med 2021. I 2020 og 2021 ble mange egenandeler dekket av folketrygden fordi Covid-19 er definert som en allmennfarlig smittsom sykdom. I 2022 ble egenandelstaket økt betydelig. Disse to forholdene kan forklare økningen i pasienters betaling av egenandeler og reduksjonen i folketrygdrefusjoner fra 2021 til 2022.

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

	Utgifter i løpende priser. Mill. kroner				Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2021-22	2019-22
BASISFINANSIERING						
Grunntilskudd og basistilskudd	2 633	2 930	3 227	3 522	9,1	33,8
Utjamningstilskudd	159	155	175	197	12,3	23,4
Sum basisfinansiering	2 792	3 085	3 402	3 719	9,3	33,2
REFUSJONER						
Takstrefusjoner	3 947	4 334	4 804	4 680	-2,6	18,6
Refusjon frikortegenandeler	817	939	1 215	1 054	-13,2	29,1
Refusjon øvrige egenandeler	412	624	696	671	-3,5	62,7
Refusjon L-takster NAV	299	284	307	332	7,9	11
Sum refusjoner	5 475	6 181	7 022	6 737	-4,1	23,1
PASIENTBETALING						
Egenandeler	1 947	1 906	1 914	2 099	9,7	7,8
Egenbetaling	154	137	136	140	3	-9,4
Sum pasientbetaling	2 101	2 043	2 050	2 239	9,2	6,6
SUM TOTALT	10 369	11 309	12 474	12 695	1,8	22,4

Kilde: FLO og KUHR.

Som det framgår av figur 4.2 så har basisfinansieringens andel av totale utgifter til fastlegeordningen økt med 2 prosentpoeng fra 2021 til 2022. Videre ser vi at andelen for folketrygdrefusjoner er redusert og at andelen for pasientbetaling har økt.



Figur 4.2. Basisfinansiering, refusjoner og pasientbetaling som prosentvis andel av totale utgifter for fastlegeordningen. 2019 - 2022.

Kilde: FLO og KUHR.

Fotnoter

[65] Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2022), Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – fjerde oppfølgingsundersøkelse. Rapport på oppdrag av KS.

4.3

Nærmere om basistilskudd, grunntilskudd og utjamningstilskudd

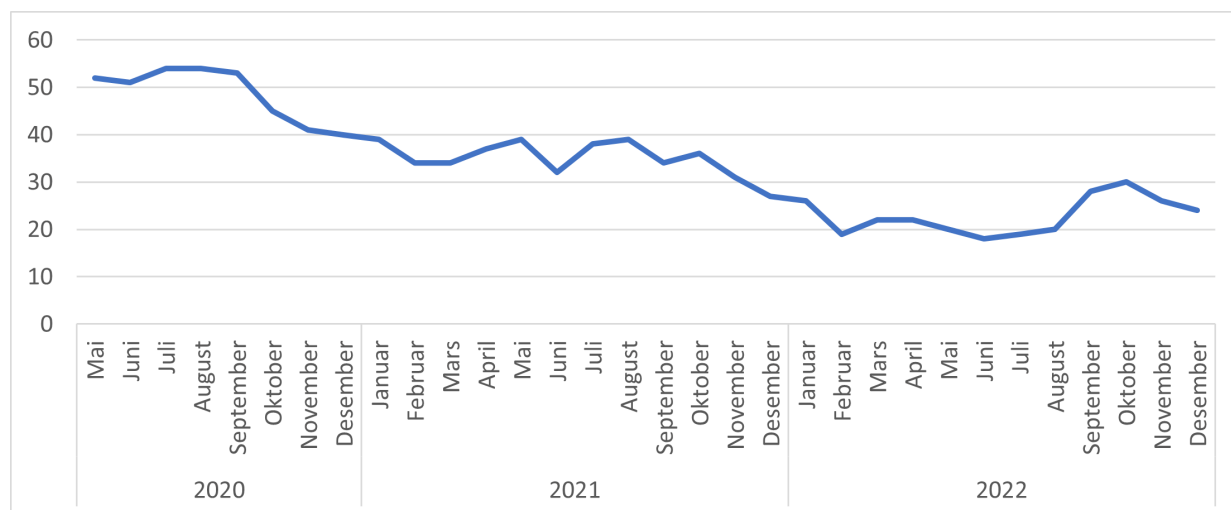
Hovedmodellen for drift i fastlegeordningen er basert på privat næringsdrift finansiert gjennom listeinnbyggertilskudd fra kommunene, refusjoner fra folketrygden og pasientbetaling. Listeinnbyggertilskuddene utbetales månedlig på grunnlag av antall listeinnbyggere på den enkelte fastleges liste.

Basistilskudd ble fram til mai 2023 utbetalt med en høyere årlig sats per listeinnbygger for de 1000 første listeinnbyggerne på listen (knekkpunkt). I 2022 ble basistilskuddet under knekkpunktet økt fra 653 kroner per listeinnbygger til 675 kroner med virkning fra 1. juli. Tilskudd over knekkpunktet ble økt fra 526 kroner til 544 kroner. Fra 1. juli 2022 utgjorde "knekkpunkttillegget" 131 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 2022 utgjør beregnet utjamningstilskudd 58,8 mill. kroner for lister med fast lege. Av totalt beregnet utjamningstilskudd på 196,5 mill. kroner, utgjør dette 29,9 prosent. I 2022 var det 224 næringsdrivende fastleger som kunne motta utjamningstilskudd.

Grunntilskudd kan 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 2022 utgjorde grunntilskudd til næringsdrivende fastleger 7,6 mill. kroner. For fastlegene som kunne motta grunntilskudd i 2022 utgjorde grunntilskuddet en økning i basisfinansieringen på 2,9 mill. kroner sammenlignet med basistilskudd etter faktisk listelengde. Gjennomsnittlige månedlige utbetalinger utgjorde 10 679 kroner for fastlegene som kunne motta grunntilskudd. Etter at grunntilskuddet ble innført i mai 2020 er det stadig færre fastleger som kan motta grunntilskudd. I desember 2022 var det 24 fastleger som kunne motta grunntilskudd.



Figur 4.3 Antall utbetalte grunntilskudd til næringsdrivende fastleger.

Kilde: FLO.

Tabellen nedenfor viser de ulike elementene i basisfinansieringen fordelt på næringsdrivende og ansatte fastleger, og om listen var med eller uten fast lege den måneden tilskuddet ble beregnet. Tilskuddene utbetales til næringsdrivende fastleger. Fastleger ansatt i kommunene mottar ikke disse tilskuddene.

Tabell 4.3 Basisfinansiering 2022 fordelt på næringsdrivende og fast ansatte fastleger, og lister med og uten fast lege. Tall i 1000 kroner.

	Liste med fast lege	Liste uten fast lege	Sum
Lister med ansatte leger			
Grunntilskudd	16 920	7 524	24 444
Basistilskudd <= 1000	351 265	41 447	392 713
Basistilskudd >1000	3 097	323	3 420
Utjamningstilskudd	114 322	17 268	131 591
Sum fastlønnede	485 605	66 562	552 167
Lister med næringsdrivende leger			
Grunntilskudd	7 590	2 927	10 517
Basistilskudd <= 1001	2 596 870	64 251	2 661 122
Basistilskudd >1001	428 002	2 160	430 162
Utjamningstilskudd	58 810	6 116	64 926
Sum næringsdrivende	3 091 272	75 455	3 166 727
Alle lister			

Grunntilskudd	24 510	10 451	34 961
Basistilskudd <= 1001	2 948 136	105 699	3 053 834
Basistilskudd >1001	431 099	2 483	433 582
Utgjamningstilskudd	173 132	23 385	196 517
Sum alle lister	3 576 877	142 017	3 718 894

Kilde: FLO.

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 lønn til veileder, utgifter til kontor med mer. Tall for kommunenes faktiske utgifter foreligger ikke. Det kan være behov å få mer kunnskap om kommunenes faktiske kostnader knyttet til LIS1-stillinger. Refusjoner og pasientbetaling for LIS1-leger utgjorde 213 mill. kroner i 2022, noe som er en økning på 5,3 prosent fra 2021, se tabellen under.

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	2022	2021-2022	2019-2022
Refusjoner						
Takstrefusjoner	81	76	90	95	5,8	17,3
Refusjon frikortegenandeler	18	16	23	21	-9,9	17,3
Refusjon øvrige egenandeler	17	19	23	20	-13,9	14,0
Refusjon L-takster NAV	3	3	3	3	11,2	22,1
Sum refusjoner	119	114	139	139	0,0	16,9
Pasientbetaling						
Egenandeler	65	56	59	70	18,2	6,8
Egenbetaling	5	4	4	4	0,5	-5,0
Sum pasientbetaling	70	61	63	74	17,0	6,0
Sum totalt	189	175	202	213	5,3	12,9

Kilde: Tall for refusjoner og pasientbetaling er hentet fra KUHR-databasen.

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 fullstendig oversikt over kommunenes samlede utgifter til drift av legevaktstjenesten.

Helsedirektoratet har i 2022 samarbeidet med SSB for å få en utvidet kartlegging av legevaksordningen i KOSTRA-skjema 1.[66], [67] Alle kommuner ble bedt om å oppgi netto driftsutgifter for sin legevaktstjeneste. Disse tallene var til dels mangelfullt rapportert og beheftet med usikkerhet om hva som var inkludert hos de ulike kommunene. Tallene antyder likevel at det er noe lavere netto driftsutgifter hos kommuner som er med i et interkommunalt samarbeid enn de som kun har egen kommunal legevakt hele døgnet.

Refusjoner fra folketrygden for legevakt er redusert med 27,9 prosent fra 2021 til 2022, se tabell under. Samlet for refusjoner og pasientbetaling har det vært en utgiftsreduksjon på 21,7 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	2022	2021-2022	2019-2022
Takstrefusjoner	501	541	667	583	-12,5	16,5
Refusjon frikortegenandeler	76	71	91	87	-4,3	14,6
Refusjon øvrige egenandeler	115	270	477	219	-54,1	91,0
Refusjon L-takster NAV	2	1	2	2	14,9	-4,1
Sum refusjoner	693	885	1237	891	-27,9	28,6
Egenandeler	224	191	191	224	17,1	-0,1
Egenbetaling	16	15	15	15	-1,7	-8,2
Sum pasientbetaling	240	206	206	239	15,8	-0,6
Sum totalt	933	1091	1443	1130	-21,7	21,1

Kilde: Tall for refusjoner og pasientbetaling for legevakt er hentet fra KUHR-databasen.

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 2022 ble 51 prosent av refusjoner og pasientbetaling utbetalt til kommunene og 49 prosent til næringsdrivende leger. I 2021 utgjorde næringsdrivendes andel 35 prosent av refusjoner og pasientbetaling.

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

	Utgifter 2022			Andel i prosent	
	Fastlønnet	Næringsdrivende	Totalt	Fastlønnet	Næringsdrivende
Refusjoner	461	430	891	52	48
Pasientbetaling	118	121	239	49	51
Totalt	579	551	1 130	51	49

Kilde: Tall for refusjoner og pasientbetaling for legevakt er hentet fra KUHR-databasen.

Fotnoter

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

[67] SSB 2023/6: Legevakttjenesten i norske kommuner i 2021

4.6

Andre kostnader tilknyttet allmennlegetjenesten

Det finnes flere tilskuddsordninger som understøtter allmennlegetjenesten. Tabellen nedenfor viser utbetalt beløp for disse ordningene fra 2019 til 2022. Tilskuddsordningene forvaltes av Helsedirektoratet.

I 2022 ble det utbetalt 557 mill. kroner i tilskudd som gjelder allmennlegetjenesten til kommunene. Dette er en økning på 113 prosent fra 2019. Økningen skyldes i hovedsak en økning i tilskudd til ALIS-kontor og ALIS-avtaler, samt økning i 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	2022
Veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon	6	1		
Rekruttering av fastleger i kommuner som har rekrutteringsvansker	64	38		
Allmennmedisin - veiledning av LIS3 i ny ordning	2	7	21	
ALIS-avtaler for fastleger i næringsdrift og fastlegevikarer i næringsdrift utover ett års varighet	10	16	88	
ALIS-avtaler for fast ansatte fastleger og fastlegevikarer ansatt i kommunen utover ett års varighet			42	
Reise- og flytteutgifter for leger i del 1 av spesialistutdanningen og fysioterapeuter i turnus	1	1	2	2
Kommuner som mottar lege i spesialisering del 1 (LIS1)	126	126	160	192
Primærhelseteam	45	55	55	61
Pilotprosjekt på legevaktfeltet	7	11	9	6
ALIS-kontor		10	22	44
Pilot for utprøving av digitalt triageringsverktøy			1	2
Nasjonal ALIS og veiledning				242
Senter for Kvalitet i Legetjenester				8
Sum tilskudd	261	266	400	557

Kilde: Utbetalinger fra direktoratets saksbehandlingssystem for tilskudd, TIFO.

Leger i kommunale helse- og omsorgstjenester

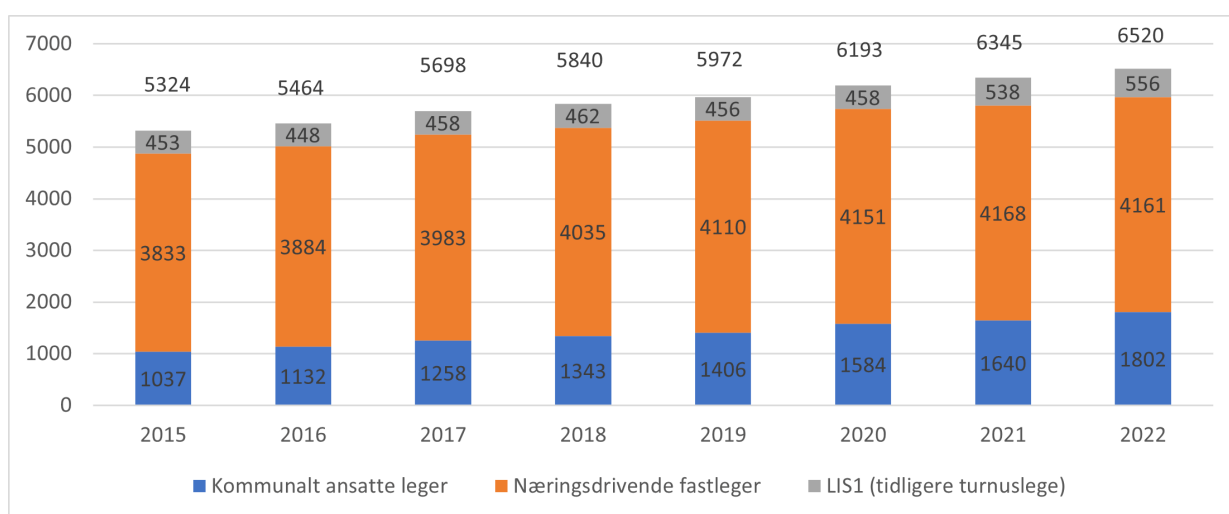
Dette kapittelet beskriver utviklingen i årsverk, både for leger og andre yrkesgrupper i allmennlegetjenesten. Tallene er basert på KOSTRA-tall og annen statistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB). I kapittel 7 beskrives utvikling i antall fastleger basert på data fra Helsedirektoratets system for administrasjon av fastlegeordningen (FLO), mens dette kapitlet inkluderer andre deler av allmennlegetjenesten i kommunene og teller avtalte årsverk.

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 fengselshelsetjenesten er 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. SSB vurderer at det foreløpig ikke vil være hensiktsmessig å innføre en rapportering i KOSTRA av årsverk for leger ved legevakt fordi en for stor andel kommuner opplyser om utfordringer knyttet til en slik rapportering.

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 2022 var det 6520 avtalte legeårsverk i kommunene. Dette er 174 flere enn året før og utgjør en økning på 2,7 prosent. Både for kommunalt ansatte leger og LIS1-leger har det vært en økning i årsverk. For næringsdrivende fastleger er antall årsverk redusert med 7 fra 2021, noe som tilsvarer 0,2 prosent.

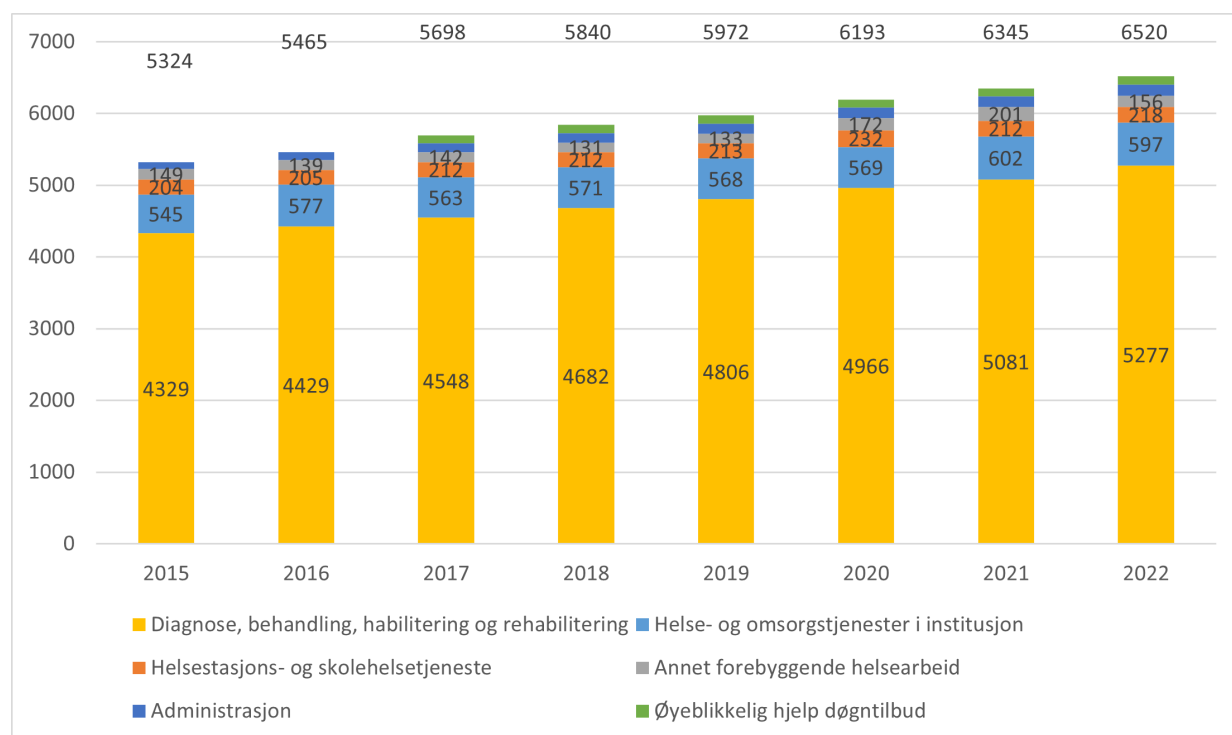


Figur 5.1. Avtalte legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter avtaleform, 2015-2022.

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 ikke var med 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.

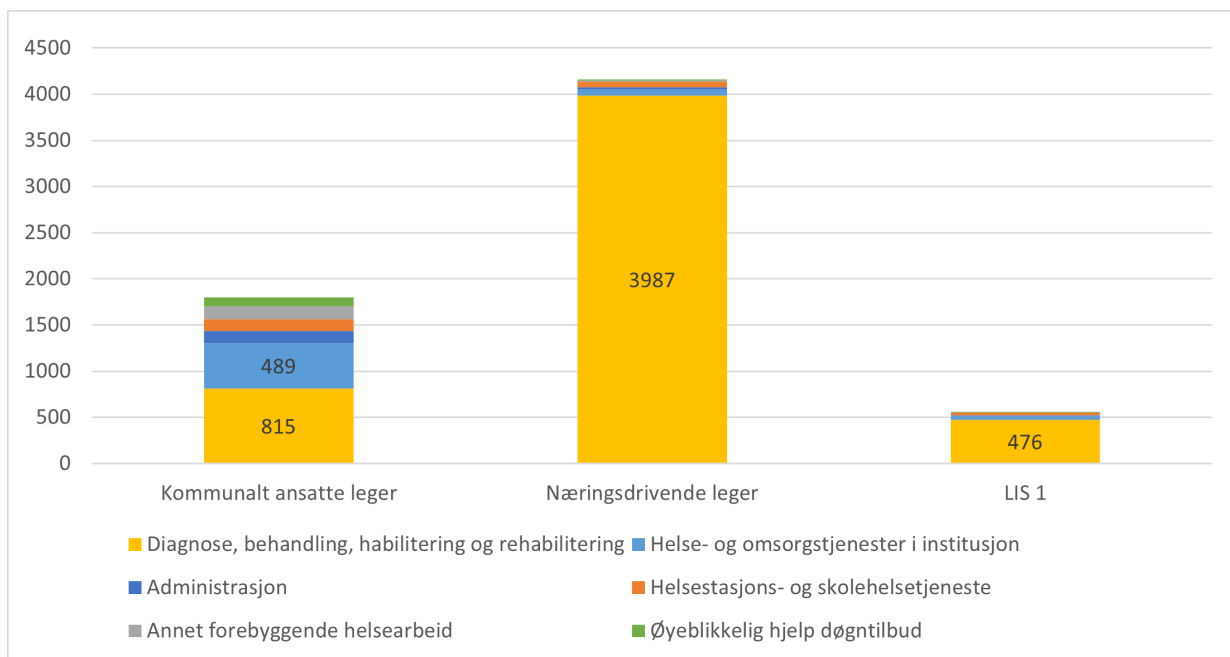
Kommunene rapporterer legeårsverkene fordelt på KOSTRA-funksjoner. Figuren under viser at funksjonen "Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering", som inkluderer vanlig fastlegearbeid, utgjør 81 prosent av legeårsverkene i kommunene.



Figur 5.2. Avtalte legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter funksjon, 2015-2022. 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 196 årsverk (3,7 prosent). Størst prosentvis endring i årsverk har det vært for funksjonen "Annet forebyggende helsearbeid" med en reduksjon på 28,9 prosent (45 årsverk). Annet forebyggende helsearbeid inkluderer smittevernberedskap og tiltak som smittesporing og testing, og reduksjonen skyldes trolig lavere behov for årsverk i bekjempelsen av covid-19-pandemien.

Figur 5.3 viser avtalte legeårsverk i 2022, 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, 2022.

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 11,9 årsverk i perioden 2015 til 2022. Veksten i legeårsverk har altså vært større enn befolkningsveksten disse årene. Det er samtidig viktig å huske at andelen eldre øker, og at eldre benytter fastlegen i større grad enn yngre.

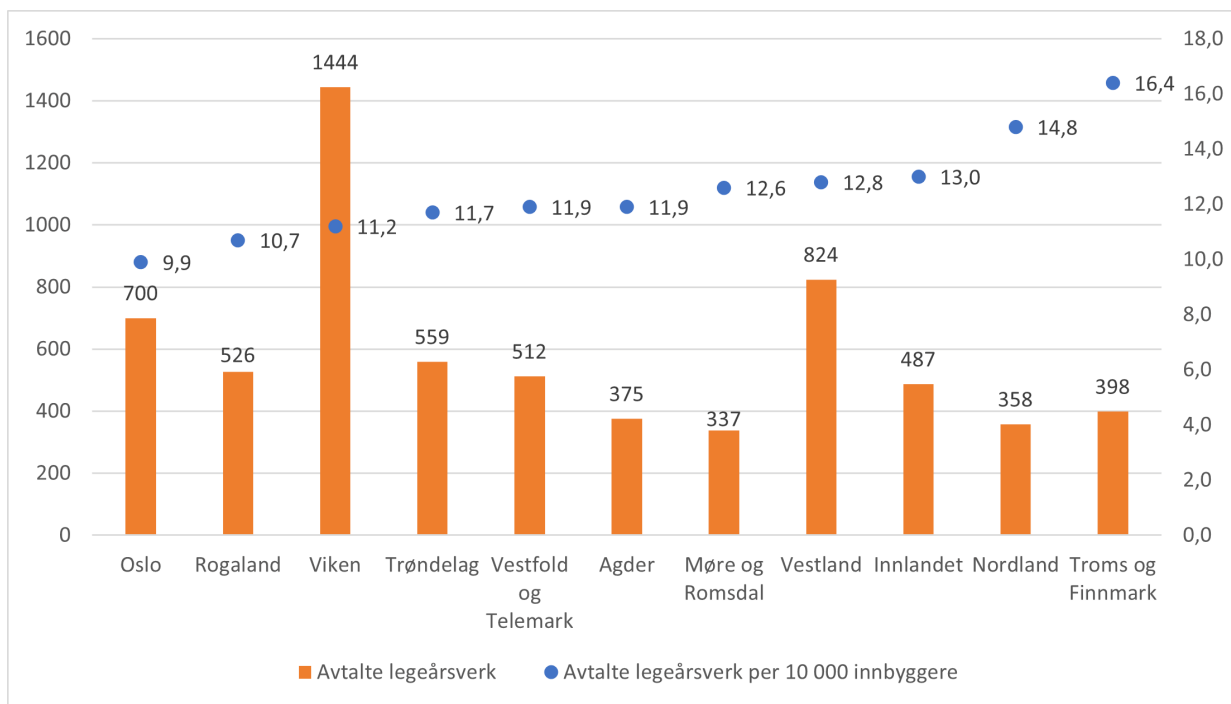
Tabell 5.1. Avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere, 2015-2022.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Avtalte legeårsverk i kommunene per 10000 innbyggere	10,2	10,4	10,8	11,0	11,2	11,5	11,7	11,9

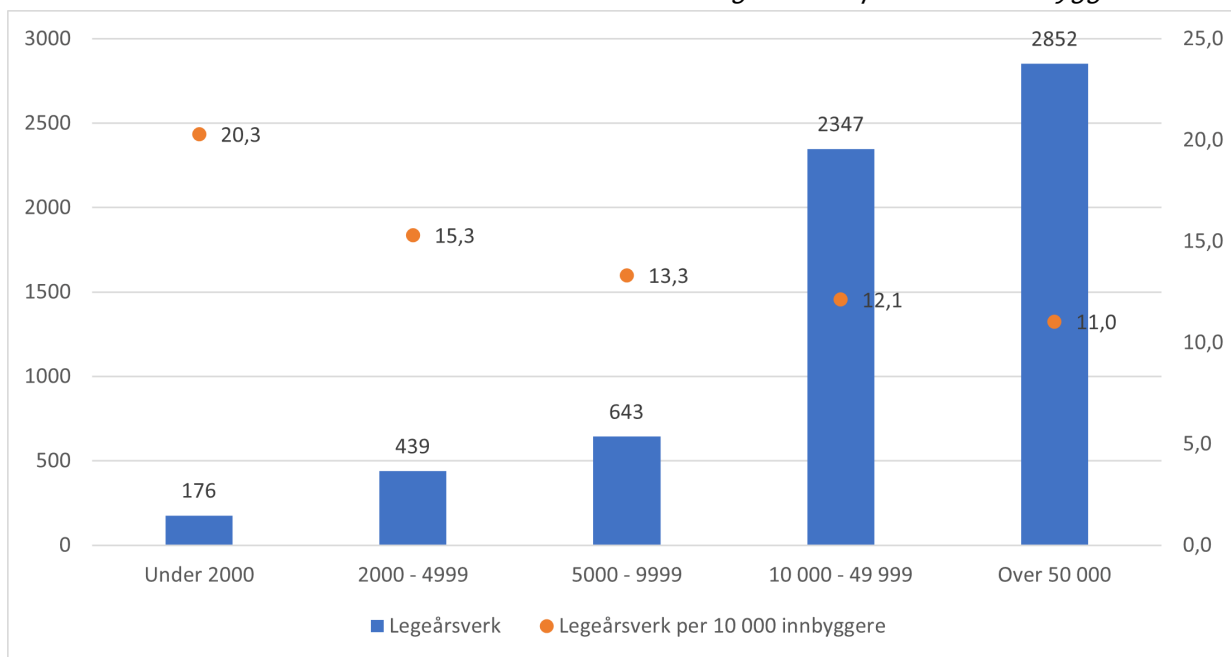
Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996. [68]

Figur 5.4 viser avtalte legeårsverk (søylene) og avtalte årsverk per 10 000 innbyggere (punktene), fordelt på fylker. Antallet varierer fra 9,9 årsverk per 10 000 innbyggere i Oslo til 16,4 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 allmennmedisinsk arbeid til å gå opp samtidig med å drive fastlegeordningen.



Figur 5.4. Avtalte legeårverk og avtalte legeårverk per 10 000 innbyggere, fordelt på fylker. 2022.
Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996. Sortert etter avtalte legeårverk per 10 000 innbyggere.



Figur 5.5 Avtalte legeårverk og årsverk per 10 000 innbyggere etter kommunestørrelse. 2022.

Fotnoter

[68] For å få sammenlignbare data, er private leger utenfor fastlegeordningen fjernet for årene 2015 til 2019, 2021 og 2022 (i 2020 var ikke disse inkludert i KOSTRA-rapporteringen). Dermed avviker tallene for 2015-2019 og 2021 noe fra SSBs statistikkbank.

Helprivate allmennlegetjenester og bruk av vikarbyråer

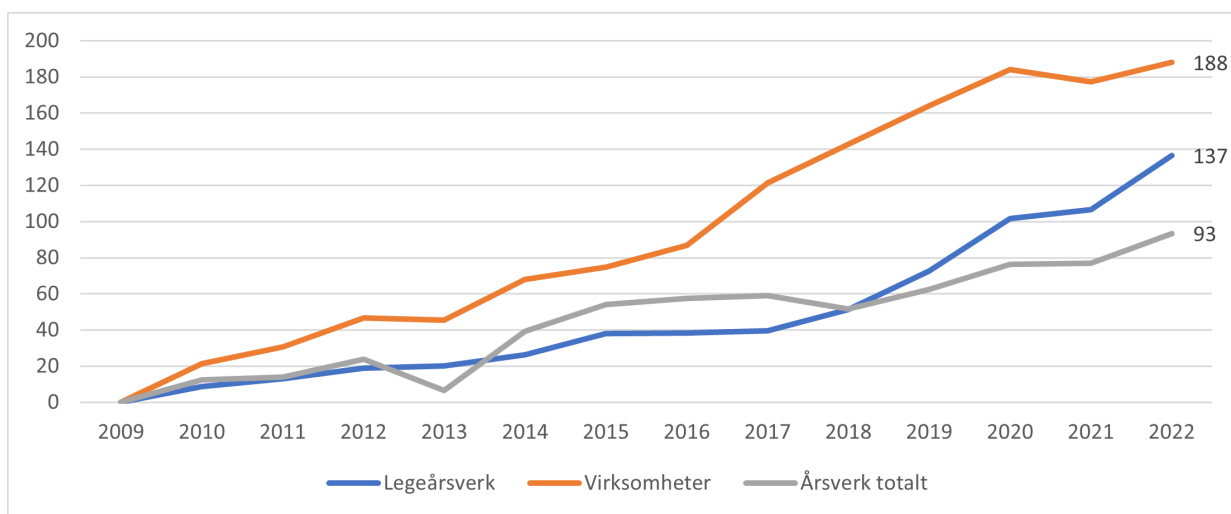
Det er en utbredt oppfatning at det helprivate allmennlegetilbudet er voksende, men kunnskapen om den helprivate allmennlegetjenesten er i dag begrenset. Vi mangler kunnskap om antall tilbydere, om hvilke tjenester som tilbys og om befolkningens bruk av helprivate allmennlegetjenester. Uten denne kunnskapen kan vi heller ikke vurdere hva slags betydning helprivate allmennlegetjenester har for det offentlige tilbudet og for befolkningens bruk av allmennlegetjenester.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å blant annet dokumentere status og utvikling i den helprivate allmennlegetjenesten og i bemanningsbyråer, herunder geografisk utbredelse. Direktoratet er bedt om å vurdere forskjeller i klinisk praksis mellom fastleger med avtale med kommunene og helprivate virksomheter med hensyn til legemiddelforskrivning, henvisninger og sykemeldinger. Helprivate allmennleger har i dag ikke rapporteringsplikt til Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR), slik allmennleger i den offentlige helsetjenesten har. Helsedirektoratet har derfor forsøkt å kartlegge andre mulige kilder til data om den helprivate allmennlegetjenesten.

Kartleggingen Helsedirektoratet har gjort viser at det er få tilgjengelige datakilder om den helprivate allmennlegetjenesten. Alle virksomheter og autorisert helsepersonell som gir helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten, skal melde inn årsverk og betale tilskudd til Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Tilskuddsordningen fungerer som en profesjonsforsikring for privat helsetjeneste.

Helsedirektoratet har innhentet årsverksdata fra Norsk pasientskadeerstatning for å belyse omfang og utvikling i den helprivate allmennlegetjenesten. Basert på data fra NPE anslås omfanget av helprivate allmennlegeårsverk til å utgjøre under 200 årsverk i 2022. Figur 5.6 viser prosentvis utvikling i antall virksomheter, legeårsverk og årsverk totalt for virksomheter registrert med næring allmenn legetjeneste i Enhetsregisteret. Som figuren viser så har det vært en sterk vekst i tilbudet av helprivate allmennlegetjenester i perioden 2009 til 2022.

Figur 5.6. Prosentvis utvikling i antall årsverk, legeårsverk og virksomheter innen helprivat allmennlege-tjeneste. 2009-2022.



Figur 5.6. Prosentvis utvikling i antall årsverk, legeårsverk og virksomheter innen helprivat allmennlege-tjeneste. 2009-2022.

Kilde: Enhetsregisteret

Per i dag foreligger det ingen fullstendig oversikt over tilbudet av helprivate allmennlegetjenester, hvilke tjenester som tilbys og befolkningens bruk av helprivate allmennlegetjenester. 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.

Direktoratet er også bedt om å utrede og foreslå hjemler dersom det er manglende hjemmelsgrunnlag for innhenting og registrering av data fra den helprivate allmennlegetjenesten, samt utrede mulig lovhjemmel for regulering av etablering av helprivate allmennlegetjenester. Utredningen skal vurdere behovet og det rettslige handlingsrommet, herunder forholdet til EØS-retten.

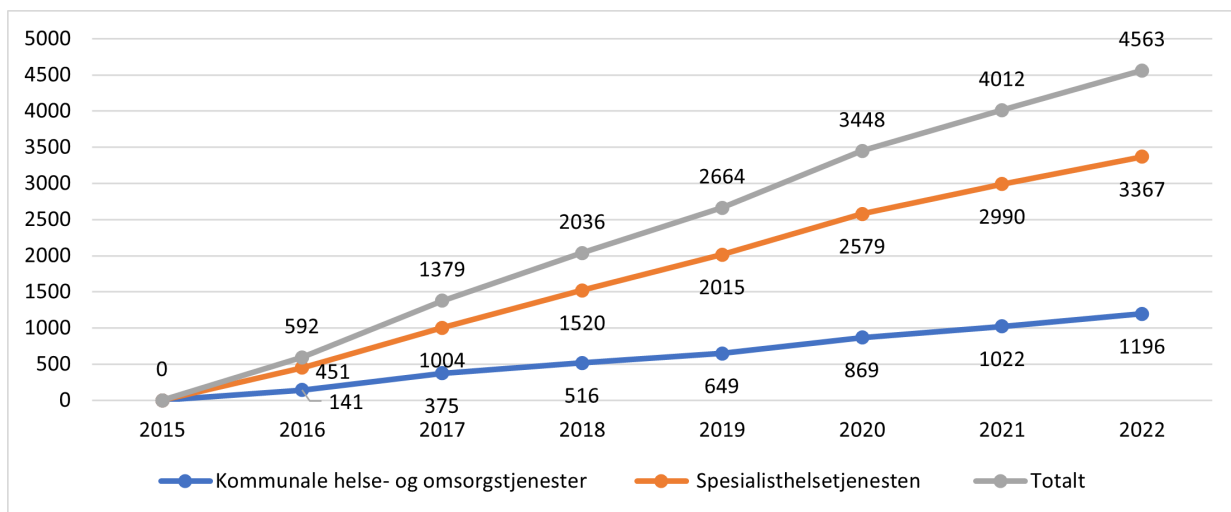
Når det gjelder innleie av leger fra vikarbyråer i den offentlige allmennlegetjenesten, ser det ut til at data i registre dels mangler, dels har svak kvalitet eller er vanskelig tilgjengelig, særlig for vikarbruk på legevakt. Helsedirektoratet har våren 2023 gjennomført en spørreundersøkelse blant kommunene og de 15 bydelene i Oslo for å få mer informasjon. Det er stort og økende omfang av vikarbruk i allmennlegetjenesten. Etterspørselen etter vikarer og vikarbyråer påvirkes bl.a. av kapasitetsmangel lokalt, kort- og langtidsfravær, kompetansekrav, utfordrende hjemmelsoverdragelser og rekrutterings-problemer.

Et stort flertall av kommunene over hele landet leier inn leger fra vikarbyrå, i sentrale som i mindre sentrale kommuner. Ifølge vår spørreundersøkelse leide to av tre kommuner inn lege via vikarbyrå de siste tre årene (tre av fem gjorde det i 2022). Halvparten av dem økte i stor grad slik innleie de siste 3 årene. Vikarbyrå benyttes primært ved langvarig fravær og ubesatte lister. Ingen av de mest sentrale kommunene i undersøkelsen har benyttet vikarbyrå for å dekke ubesatte lister. Blant kommunene med lavere sentralitetsgrad har om lag 60-70 prosent i noen eller stor grad gjort dette. Tre av fire av de kommunene som har leid inn fra vikarbyrå de siste tre årene er fornøyde med kvaliteten på legene.

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. 22 prosent både i kommunene i spesialisthelsetjenesten. Av en anslått vekst på 4563 legeårsverk kom 3367 i spesialisthelsetjenesten og 1196 i kommunenes helse og omsorgstjeneste. Veksttaket i antall avtalte legeårsverk i helsetjenesten samlet avtok litt fra 2021 til 2022. Det kan hende pandemien på ulike måter har påvirket utviklingen de siste 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 5.7. Endring i antall avtalte legeårsverk i spesialisthelsetjenesten sammenholdt med avtalte legeårsverk i kommunale helse og omsorgstjenester. 2015 til 2022.

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	2022	2015 - 2022
Kommunale helse- og omsorgstjenester	Avtalte årsverk*	5324	5465	5698	5840	5972	6193	6345	6520	
	Endring		141	234	142	132	220	153	174	1196
	Prosentvis endring		2,6	4,3	2,5	2,3	3,7	2,5	2,7	22
	Årsverk per 1000	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	0,2
Spesialist-helsetjenesten	Avtalte årsverk	15 191	15 642	16 195	16 711	17 206	17 770	18 181	18 558	
	Endring		451	553	516	495	564	411	377	3367
	Prosentvis endring		3,0	3,5	3,2	3,0	3,3	2,3	2,1	22,2
	Årsverk per 1000	2,9	3,0	3,1	3,1	3,2	3,3	3,4	3,4	0,5
Totalt	Årsverk	20 515	21 107	21 893	22 551	23 178	23 963	24 526	25 078	
	Endring		592	787	658	627	784	564	551	4563
	Prosentvis endring		2,9	3,7	3,0	2,8	3,4	2,4	2,2	22,2

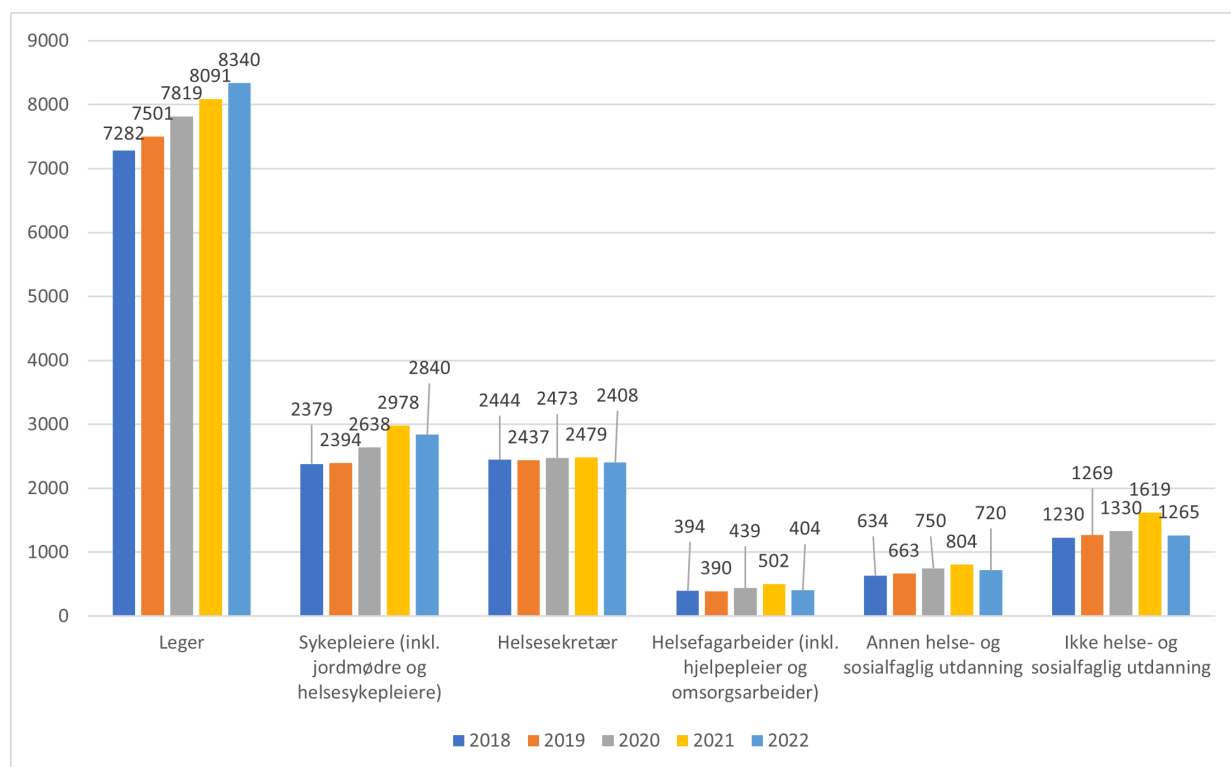
*Kilde: SSB Tabell 13953 og tabell 11996 i statistikkbanken. ** Ekskl. næringsdrivende utenfor fastlegeordningen

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 5.8 viser avtalte årsverk i allmennlegetjenesten fordelt etter utdanning. Det har vært en økning i antall årsverk for alle utdanningsgrupper med unntak for helsesekretærer i perioden 2018 til 2022. I perioden har det vært størst absolutt vekst for leger, mens den prosentvise veksten har vært større for sykepleiere. De største enkeltgruppene i samlekategoriene annen helse- og sosialfaglig utdanning, er fysioterapeuter 123 årsverk og bioingeniører 114 årsverk i 2022. Datagrunnlaget gir ikke mulighet for å skille ut avanserte kliniske allmennsykepleiere. Det er indikasjoner på at minst halvparten av sykepleierårsverkene er tilknyttet legevaktjenesten.



Figur 5.8. Avtale årsverk i næringen "allmenn legetjeneste". 2018-2022.

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

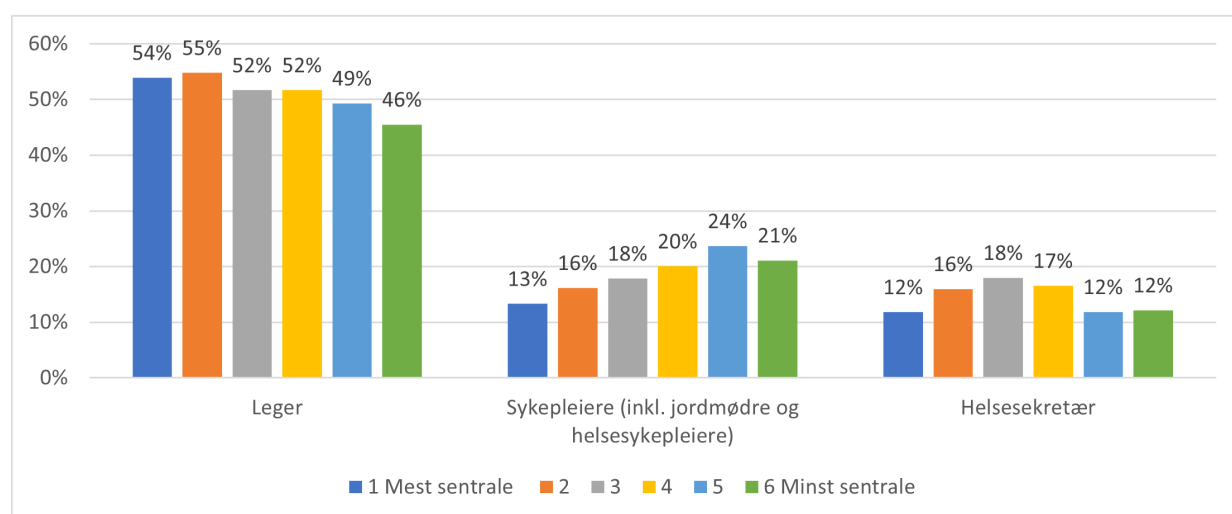
Legers andel av avtalte årsverk i allmennlegetjenesten utgjorde omtrent 52 prosent av årsverkene i 2022. Avtalte årsverk for sykepleiere utgjorde i underkant av 18 prosent og helsesekretærer utgjorde 15 prosent. Fra 2021 til 2022 har andelen gått opp for leger, mens det er kun små endringer i andelen for sykepleiere og helsesekretærer.

Tabell 5.3. Legers, sykepleieres og helsesekretærers andel av årsverkene i "allmenn legetjeneste". 2018--2022.

	2018	2019	2020	2021	2022
Leger	50,7 %	51,2 %	50,6 %	49,1 %	52,2 %
Sykepleiere (inkl. jordmødre og helsesykepleiere)	16,6 %	16,3 %	17,1 %	18,1 %	17,8 %
Helsesekretær	17,0 %	16,6 %	16,0 %	15,0 %	15,1 %

Kilde: SSB. For mer informasjon om datagrunnlaget, se tekst under figur 5.8.

Figur 5.9 viser at legenes andel av årsverkene er lavest i de minst sentrale kommunene. For sykepleiere er andelen lavest i de mest sentrale kommunene. For helsesekretærer er andelen lavest i den mest sentrale og de to minst sentrale kommunekategoriene.



Figur 5.9 Legers, helsesekretærers og sykepleieres andel av årsverkene i næringen "allmenn legetjeneste", fordelt på kommunens sentralitet. 2022.

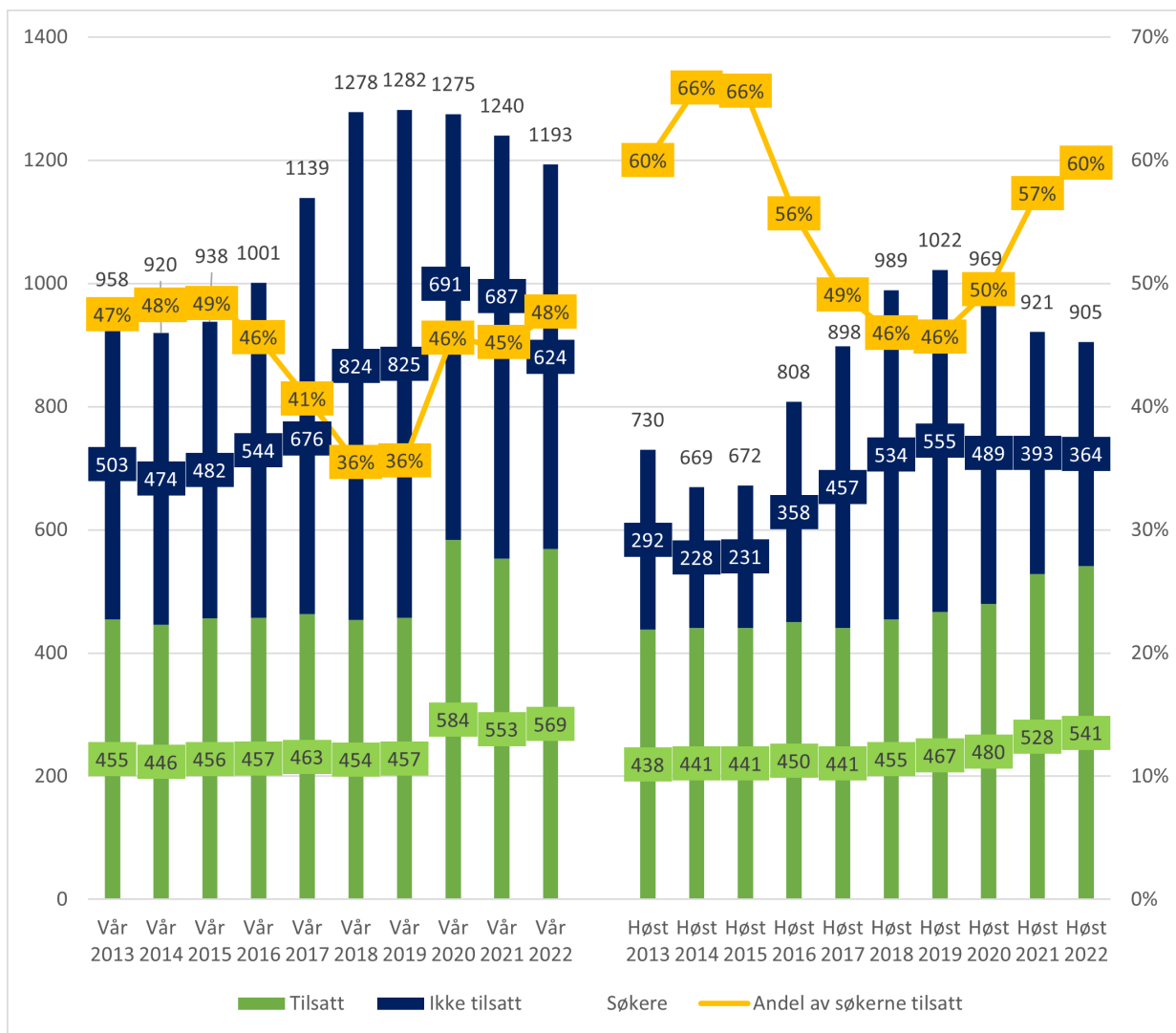
Leger i spesialisering

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 tilsettingsrunden høsten 2022 er andelen tilsatt 60 %. 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. Tilsetningsrunder fra våren 2013 til høsten 2022.

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

6.2

Tilskudd til ALIS-avtaler som nasjonal ordning

ALIS-tilskudd som nasjonal ordning er et rekrutteringstiltak som ble etablert med virkning fra 2022. Den nasjonale tilskuddsordningen erstatter tidligere ordninger for ALIS-tilskudd. Bevilgningene til ALIS tilskuddet økte betydelig til 241,9 mill. kroner i 2022, og satsningen fortsetter i 2023, da det er avsatt 431 mill. kroner til ordningen. Alle søknader om tilskudd over ordningen Nasjonal ALIS og veiledning, som tilfredsstilte regelverkets krav i 2022, ble innvilget.

Gjennom den nasjonale ordningen kan alle landets kommuner søke om tilskudd til tilrettelegging av utdanningsløp for sine tilknyttede leger under spesialisering i allmennmedisin, og som kommunen har inngått ALIS avtale med. Det er et krav at ALIS er under spesialisering i ny ordning for spesialistutdanning. Tilskuddsordningen skiller ikke på legens driftsform. Den nye ordningen innbefatter også tilskudd til forskriftsfestet veiledning for leger som velger å ikke inngå ALIS avtale, som før 2022 var en egen tilskuddsordning.

Helsedirektoratet mottok for 2022 søknader fra 201 kommuner over hele landet om 1983 tilskudd til ALIS avtaler og veiledning. Av dette antallet utgjorde ALIS tilskuddet 1581 mens antallet søknader om tilskudd til forskriftsfestet veiledning var 402. De 1581 søknadene om ALIS tilskudd gjaldt 1338 unike ALIS leger. Differansen mellom antall innvilgede ALIS tilskudd og antall unike ALIS leger forklares ved at en kommune i løpet av et år har mulighet til å søke flere ganger for hver lege, og at enkelte av legene som det søkes for innehar flere ulike stillinger i samme kommune eller i nabokommuner. I tallet på 1581, er derfor noen av legene som det ble innvilget tilskudd for, regnet med dobbelt. Kommuner som faller inn under regelverkets definisjon av særlig rekrutteringssvake kommuner, kan søke om tilleggselementer for sine ALIS.

1338 tilskudd til unike ALIS leger innebærer mer enn en dobling av antall tilskudd sett i forhold til 2021, da det ble utbetalt tilskudd til 564 ALIS avtaler, også det en kraftig økning fra 2020 da antallet ALIS avtaler med tilskudd kun var 71. Se avsnitt 1.4.3 for mer informasjon om tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning.

Tabellene nedenfor viser fordelingen av innvilget antall tilskudd og kronebeløp etter kriteriene sentralitet, kommunestørrelse og fylke. Kilde er TIFO, Helsedirektoratets løsning for tilskuddsforvaltning.

Tabell 6.1 Nasjonal ALIS og veiledning, Antall tilskudd og innvilgede beløp.

Type tilskudd	Antall tilskudd	Innvilgede standard elementer	Innvilgede tilleggselementer	Sum innvilgede ALIS tilskudd
ALIS	1581	264 299 180	8 447 500	272 746 680
LIS3	402	12 259 590		12 259 590
Totalsum	1983	276 558 770	8 447 500	285 006 270

Tabell 6.2 Nasjonal ALIS og veiledning, Antall ALIS-tilskudd og innvilgede kronebeløp for standardelementer og tilleggselementer. Etter sentralitet.

Sentralitet	Antall ALIS tilskudd	Innvilgede standard elementer	Innvilgede tilleggselementer	Sum innvilgede ALIS tilskudd
1	255	36 371 835	0	36 371 835
2	440	66 037 901	0	66 037 901
3	424	73 599 746	0	73 599 746
4	234	45 532 113	0	45 532 113
5	146	28 021 243	0	28 021 243
6	82	14 736 342	8 447 500	23 183 842
Totalsum	1581	264 299 180	8 447 500	272 746 680

Tabell 6.3 Nasjonal ALIS og veiledning, Antall ALIS-tilskudd og innvilgede kronebeløp for standardelementer og tilleggselementer. Etter kommunestørrelse.

Kommunestørrelse/ antall innbyggere	Antall ALIS tilskudd	Innvilgede standard elementer	Innvilgede tilleggs-elementer	Sum innvilgede ALIS tilskudd
a.100 000 innb.+	489	74 315 170	0	74 315 170
b.50 000-99 999	266	41 177 471	0	41 177 471
c.20 000-49 999	380	66 980 929	0	66 980 929
d.10 000-19 999	196	35 432 661	0	35 432 661

e.5 000-9 999	128	25 401 168	1 876 664	27 277 832
f.2 000-4 999	107	17 875 948	5 154 170	23 030 118
g. under 2 000	15	3 115 833	1 416 666	4 532 499
Totalsum	1581	264 299 180	8 447 500	272 746 680

Tabell 6.4 Nasjonal ALIS og veiledning, Antall ALIS-tilskudd og innvilgede kronebeløp for standardelementer og tilleggselementer. Etter fylke.

Per fylke	Antall ALIS tilskudd	Innvilgede standard elementer	Innvilgede tilleggs-elementer	Sum innvilgede ALIS tilskudd
Agder	109	20 467 794	0	20 467 794
Innlandet	80	16 949 280	620 001	17 569 281
Møre og Romsdal	50	10 069 432	240 000	10 309 432
Nordland	91	18 546 301	2 490 837	21 037 138
Oslo	145	18 782 736	0	18 782 736
Rogaland	130	20 616 814	286 666	20 903 480
Troms og Finnmark	75	14 017 413	2 173 333	16 190 746
Trøndelag	116	213 54 331	583 334	21 937 665
Vestfold og Telemark	135	234 35 161	499 999	23 935 160
Vestland	265	43 929 873	1 553 330	45 483 203
Viken	385	56 130 045	0	56 130 045
Totalsum	1581	264 299 180	8 447 500	272 746 680

I henhold til Helsedirektoratets tall har 1108 av 1338 leger, tilsvarende 82 prosent av legene som spesialiserer seg i allmennmedisin i ny ordning, og som har ALIS avtale, synes å være i fulltidsstillinger. Bare et fåtall av disse legene har stillinger som utgjør mindre enn 50 prosent. Omtrent 18,8 prosent av disse legene er allmennleger utenfor fastlegeordningen.

Tabell 6.5 Nasjonal ALIS og veiledning, Antall ALIS-tilskudd, fordelt på leger i ulike kategorier og stillingsprosent.

Stillingsprosent	Allmennlege i annet kommunalt arbeid	Fastlege/ Fastlegevikar	Introduksjonslege	Totalt antall ALIS/leger
Under 20	10	1	0	11
20-49	20	8	0	28
50	40	52	0	92
51-79	12	36	0	48
80-99	14	37	0	51
100	155	950	3	1108
Samlet	251	1084	3	1338

Se tabell V6.1 i vedlegg for fordeling av ALIS tilskudd og innvilgede tilleggselementer på kommunenivå.

Tabell 6.6 Nasjonal ALIS og veiledning, Antall Tilskudd til kun forskriftsfestet veiledning, med innvilgede kronebeløp. Etter fylke.

Fylke	Antall tilskudd	Sum innvilget veiledningstilskudd
Agder	18	780 583
Innlandet	12	403 771
Møre og Romsdal	15	673 747
Nordland	22	821 012
Oslo	42	806 093
Rogaland	32	975 972
Troms og Finnmark	15	591 937
Trøndelag	45	1 028 909
Vestfold/Telemark	45	1 656 938
Vestland	95	3 029 227
Viken	61	1 491 401
Totalsum	402	12 259 590

Utvikling fastlegeordningen

I dette kapitlet beskrives utviklingen i fastlegeordningen på nasjonalt nivå og etter kommunestørrelse i perioden 2019 til 2022, det vil si i perioden før handlingsplanen startet og framover. Se vedlegg til Årsrapportens Del 2 for mer tallgrunnlag fordelt på kommunestørrelse og fylker. Til forskjell fra kapittel 5 inngår ikke tall som inkluderer andre deler av allmennlegetjenesten her. Datagrunnlaget i dette kapitlet er hentet fra Helsedirektoratets system for administrasjon av fastlegeordningen (FLO), mens datakilden i kapittel 5 er tall fra KOSTRA-rapporteringen fra kommunene til Statistisk Sentralbyrå (SSB).

For å ha et mest mulig oppdatert bilde av status vises det til noen nasjonale tall helt fram til mai 2023. Ved bruk av de aller nyeste tallene må man være oppmerksom på at det kan være litt etterslep i meldinger om endringer fra kommune og innregistrering i det administrative systemet for fastlegeordningen (FLO).

Tabell 7.1 viser tall for nasjonal utvikling på utvalgte sider ved fastlegeordningen som omtales i kapitlet.

Tabell 7.1 Utvikling i sentrale kjennetegn ved fastlegeordningen 4. kvartal 2019-2022 og mai 2023, samt endring 2021-2022.

	2019 Kv4	2020 Kv4	2021 Kv4	2022 Kv4	Endring 2021 -2022	Prosent endring	Tall per 1.mai 2023
Antall fastleger	4 858	4 928	4 961	5 057	96	1,9	5 138
Fastleger per 1 000 listeinnbygger	0,90	0,91	0,91	0,92	0,1		
Andel fastleger er spesialist	62,5	62,5	62,7	62,6	-0,42*		63,6
Andel fastleger er kvinner	44,4	44,9	45,2	45,5	0,6 *		
Antall lister totalt	5 010	5 133	5 223	5 399	176	3,4	5 478
Ant lister med fast lege	4 884	4 949	4 997	5 085	88	1,8	5 161
Lister uten fast lege (ubesatt)	126	181	221	310	89	40,3	317
Andel lister uten fast lege	2,5	3,5	4,2	5,7	1,5*		5,8
Andel fastlønn lister m fast lege	14,0	14,6	15,6	17,9	2 *		18,9
Andel fastlønn av alle lister	14,5	15,7	16,5	19,6	3 *		20,9
Antall lister ubesatt >1 år	48	68	96	106	10	10,4	109
Gj.snitt listelengde- kun faste leger	1 084	1 069	1 059	1 034	-24		1 024
Gjennomsnittlig listetak- Fast lege	1 121	1 103	1 074	1 041	-32		1 030
Differanse gjs. listetak-listelengde	37	35	15	7	-8		6,6
Gj.snitt listelengde inkl. ubesatte	1 072	1 052	1 040	1 014	-26		1 003
Ledige plasser per 1000 innb**	35	33	17	8	-9		6

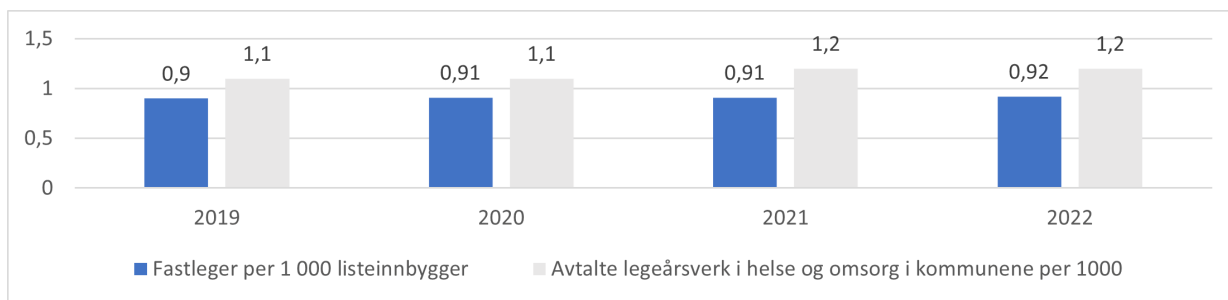
*Endring i prosentpoeng

**Ledige plasser per 1000 innbyggere på liste med fast tilknyttet lege (fastlege)

7.1

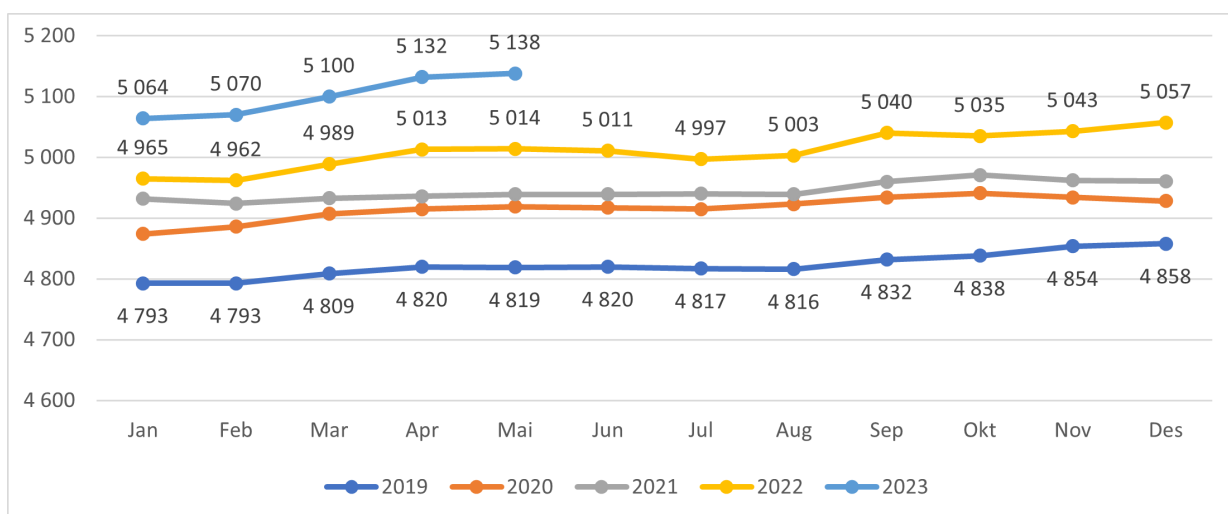
Antall fastleger økte mer i 2022 enn forutgående år

Fra 2021 til 2022 økte antall fastleger i fastlegeordningen med 96 unike leger (utgangen av året). Dette var betydelig høyere enn tilveksten i 2021 (+31) og også høyere enn i 2020 (+70). Vi må tilbake til 2017 for å finne en like stor årlig endring (. For perioden 2019-2022 økte antall fastleger fra 0,90 til 0,93 per 1000 listeinnbygger, altså var legeveksten litt høyere enn befolkningsveksten. Det må påpekes at vi her teller hoder og ikke årsverk. Tall for utvikling i avtalte legeårsverk i allmennlegetjenesten inklusive andre legeårsverk i kommunene viser også en vekst per innbygger (se også kap. 5). Det anslås at omtrent 80 prosent av legeårsverkene i kommunene gjelder fastlegeordningen).



Figur 7.1 Antall leger i fastlegeordningen og avtalte legeårsverk i kommunehelsetjenesten samlet. Per 1000 listeinnbyggere/innbyggere, 2019-2022.

Videre viser oppdaterte månedstall per 1.mai 2023 fra Helsedirektoratet[69] en vekst på 81 nye fastleger siden årsskiftet, som er en klart større økning enn for samme periode de tre forutgående årene.

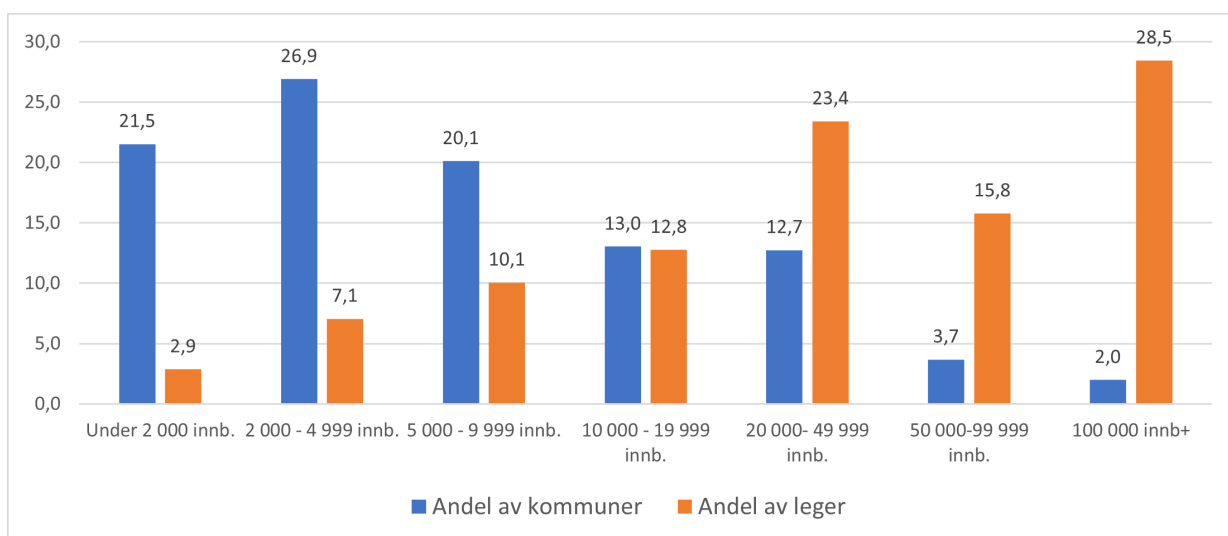


Figur 7.2 Antall leger i fastlegeordningen per måned 2019- mai 2023.

Litt mindre legevekst i små enn i store kommuner siden 2019

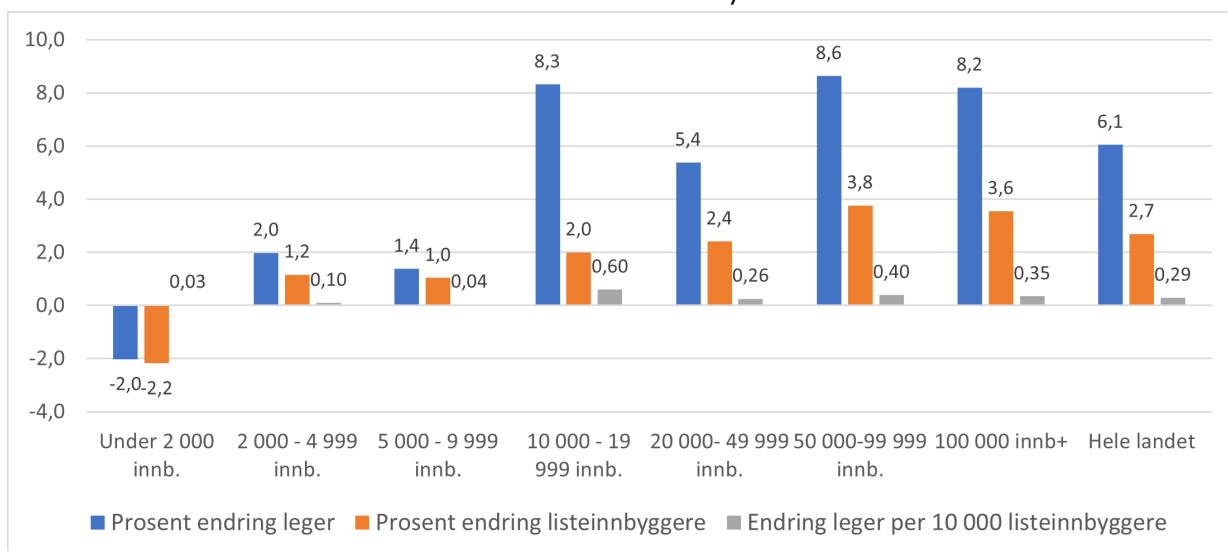
Nesten 30 prosent av legene har praksis i en av de 7 største kommunene med over 100 000 innbyggere og 40 prosent i en kommune med over 50 000 innbyggere. Omtrent 48 prosent av fastlegene er kvinner.

Kommuner med under 5000 innbyggere utgjør nesten halvparten av kommunene og 10 prosent av legene. De siste fire årene har antall leger økt mer i større kommuner enn i små kommuner. Dette rimer med at det har vært mindre befolkningsvekst i små kommuner, men målt per listeinnbygger er også veksten noe større i større kommuner.



Figur 7.3 Fordeling av leger og kommuner etter kommunestørrelse per 1.kvartal 2023.

Kilde: FLO. *Kommuner er definert etter kommunestruktur per 01.01.2023.



Figur 7.4 Prosent endring i leger og listeinnbyggere fra 1.kv 2019 til 1.kv 2023.

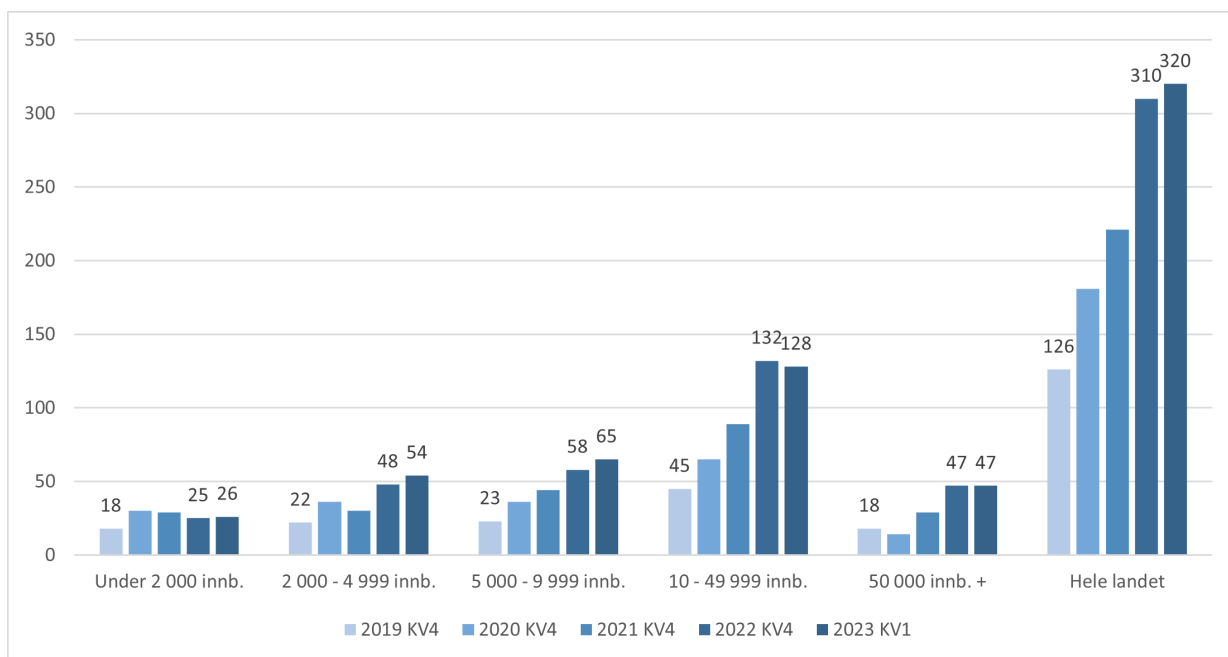
Kilde: FLO. *Kommuner er definert etter kommunestruktur per 01.01.2023.

Fotnoter

7.2

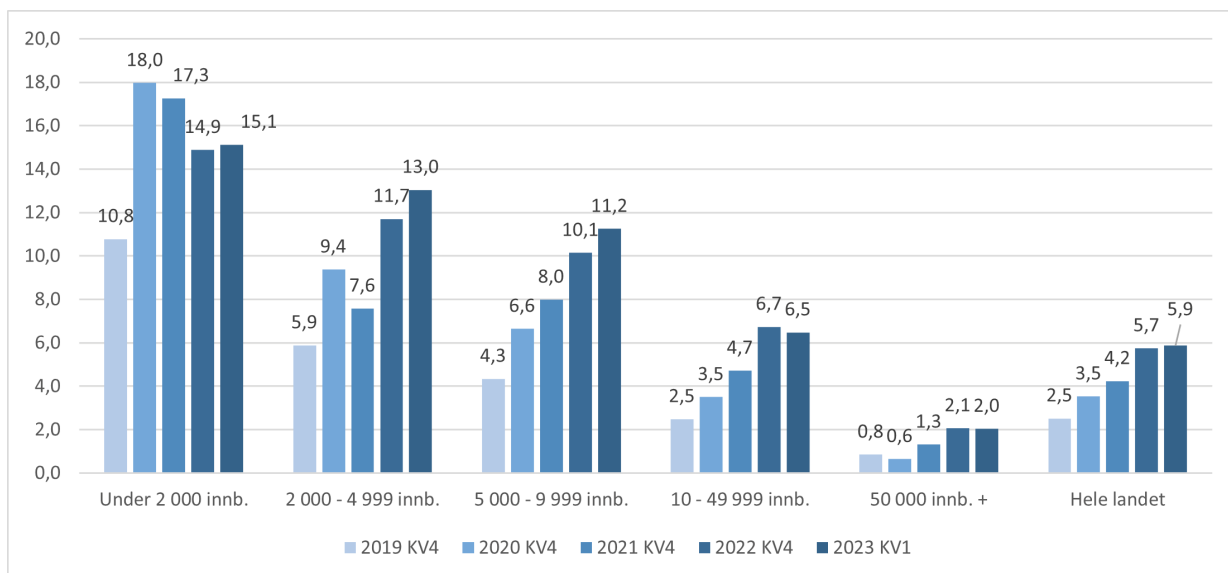
Økning både i lister med og uten fast lege i 2022

Antall pasientlister i fastlegeordningen øker jevnt. I løpet av 2022 ble det opprettet 176 flere lister totalt og det var 88 flere lister som hadde en fast lege ved utgangen av 2022 sammenlignet med året før. Det var også flere ubesatte lister (+89), en større økning enn forutgående år. Ubesatte lister har ikke en fast tilknyttet lege til pasientlista. Dette skyldes som oftest at en lege som avslutter praksis/slutter i gjeldende stilling ikke er erstattet av ny lege når avtalen opphører. I slike tilfeller må listeinnbyggerne følges opp av vikar eller eventuelt andre fastleger inntil vikar eller ny fastlege er på plass. Hvor fort ny fast lege er på plass varierer, men tallene viser en gradvis vekst i lister som har blitt stående ubesatt over ett år (106 lister per mai 2023). Månedstall for 2023 viser at antallet ubesatte lister har holdt seg relativt stabilt i perioden januar-mai 2023. Av figurene nedenfor ser vi at antall og andel lister uten fast lege økte fra 2019 til 2022 i store og små kommuner, med unntak av de aller minste kommunene. Andelen ubesatte lister er som før høyere for små kommuner (samlet sett) enn for større kommuner (samlet sett), og bak tallene ligger det til dels store forskjeller fra kommune til kommune. For små kommuner med få lister og fastleger vil frafall av en eller to fastleger ha store konsekvenser og situasjonen kan endre seg fra å være stabil og god til å være ustabil og svært krevende.



Figur 7.5. Utvikling i antall lister uten fast lege 4. kvartal 2019 – 2022 og 1. kvartal 2023 fordelt etter kommunestørrelse*.

Kilde: FLO. *Kommuner er definert etter kommunestruktur per 01.01.2023.



Figur 7.6. Utvikling i andel lister uten fast lege 4. kvartal 2019 – 2022 og 1. kvartal 2023 fordelt etter kommunestørrelse*.

Kilde: FLO. *Kommuner er definert etter kommunestruktur per 01.01.2023.

Av fylkene hadde Troms og Finnmark som tidligere år høyest andel lister uten fast lege sammenlignet med andre fylker (Ca. 11 prosent) (Se vedleggstabell V7.6). Ved utgangen av 2022 hadde også Møre og Romsdal like høy andel, og Vestfold -Telemark hadde hatt en ganske stor vekst fra 2021.

7.3

Antall fastlønnsavtaler fortsetter å øke

Ved utgangen av 2022 (per 4.kvartal) var 82 prosent av fastlegene selvstendig næringsdrivende, mens 18 prosent var på fastlønn i kommunen. Ett år tidligere var 15,6 på fastlønn. En vekst på 133 lister med leger på fastlønn var den største årlige økningen siden 2019 (+17 pst), som var året før handlingsplanen ble iverksatt. Antall og andel med fastlønn fortsetter å øke i første del av 2023. Per 1. mai hadde 18,9 prosent av legene fastlønn som driftsform. Sammenlignet med desember 2022 var det 64 flere fastlønnsavtaler i FLO.

Når ubesatte lister inkluderes blir andelen på fastlønn per 4.kvartal 2022 rett under 20 prosent. Dette var en økning fra utgangen av forrige år på litt over 3 prosentpoeng. I faktiske tall var veksten i 2022 på 200 fastlønnsavtaler og hittill i 2023 på 87 avtaler (per 1.mai). Her er det verdt å merke seg at de ubesatte lister kan endre driftsform ved ansettelse av ny lege. Ved bruk av de aller nyeste tallene kan det være litt etterslep i meldinger om endringer fra kommune og innregistrering i FLO.

Se vedleggstabellene V7.9 og V7.10 for tall etter kommunestørrelse og fylker.

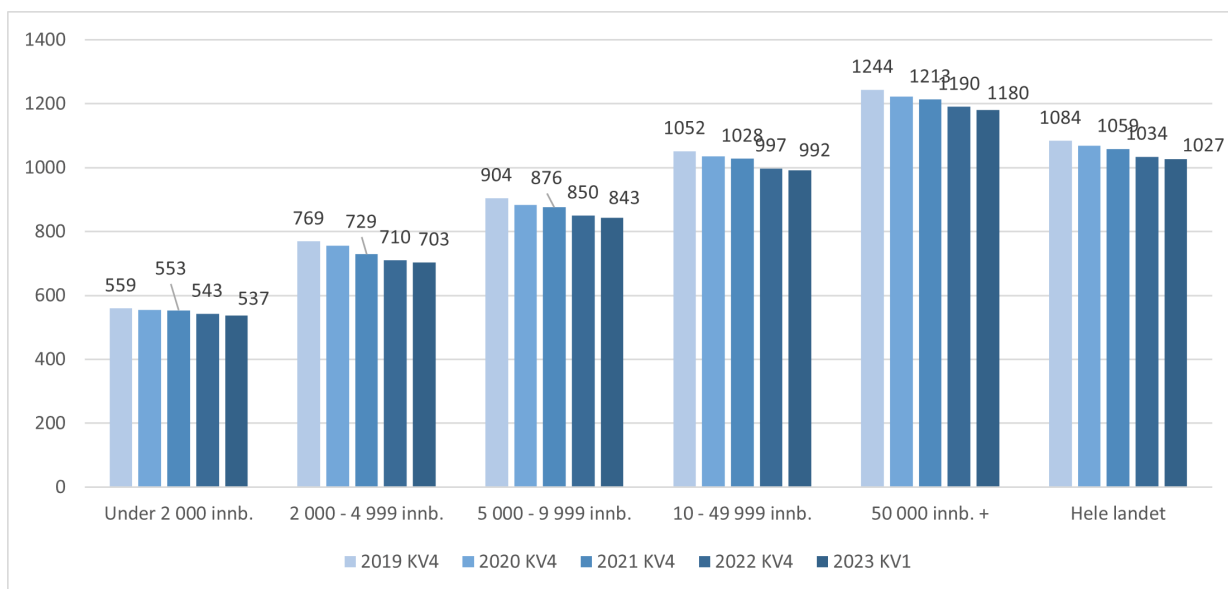
7.4

Gjennomsnittlig listelengde fortsetter å gå ned i store og små kommuner

For å ta ned arbeidsmengden til den enkelte lege har det vært en ønsket utvikling med kortere lister. Gjennomsnittlig listelengde går gradvis nedover hvert år, og nedgangen fortsetter også gjennom 2022. Fra

desember 2019 til desember 2022 hadde listene i snitt 50 færre listeinnbyggere, og det har vært en ytterligere reduksjon på 7 plasser i første kvartal 2023. Samtidig som kortere lister bidrar til en bedre arbeidssituasjon for den enkelte lege må det kompenseres med flere lister og leger for å opprettholde kapasiteten i fastlegeordningen.

Grupperes kommunene etter størrelse som vist i figur 7.7 framgår at gjennomsnittlig listelengde for lister med fast lege er redusert i alle kommunegruppene. Størst nedgang ser man i kommuner med 2 000- 4 999 innbyggere (-9,2 prosent). Det har vært minst reduksjon i kommuner med innbyggertall over 50 000. Innen hver kommunegruppe vil det være variasjon mellom kommunene.

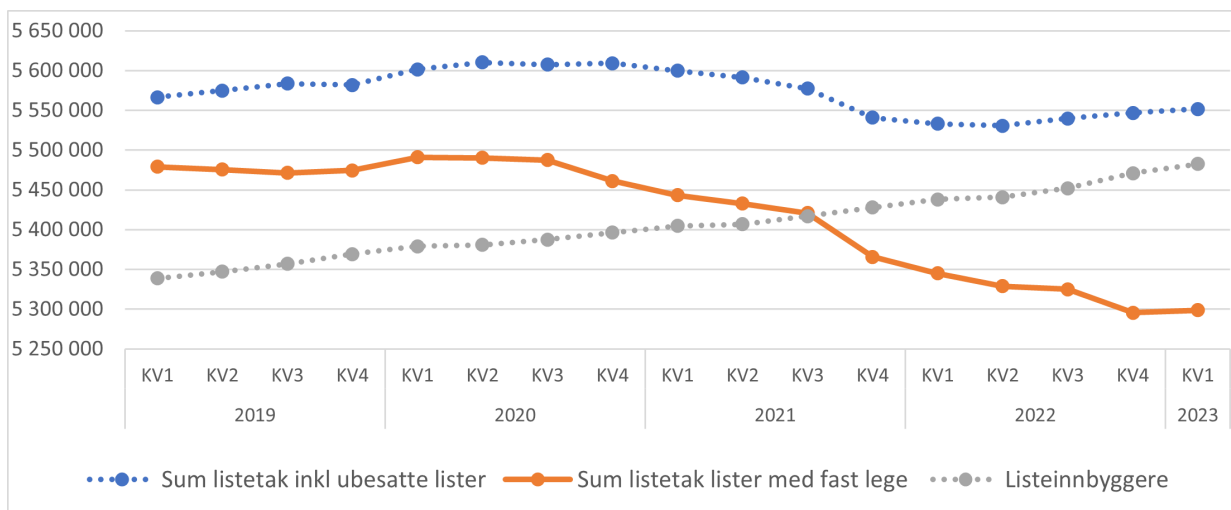


Figur 7.7. Gjennomsnittlig listelengde alle kvartaler i årene 2019 til 2022, samt 1. kvartal 2023. Lister med fast lege. Fordelt etter kommunestørrelse*.

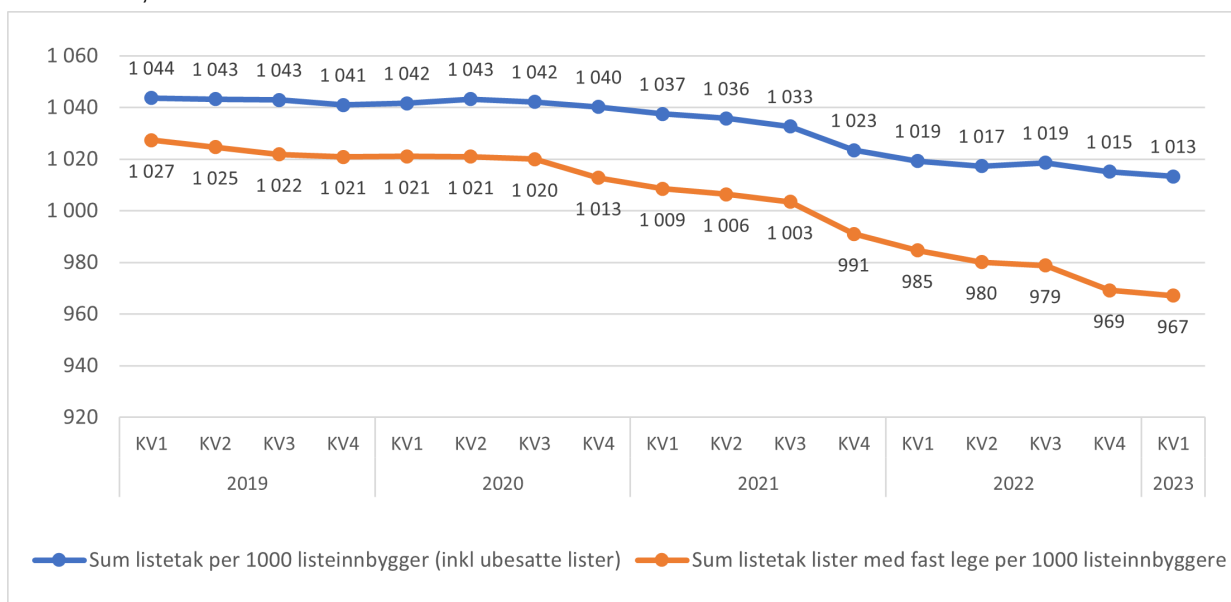
7.5

Fortsatt reduksjon i fastlegekapasiteten i 2022

Den faktiske fastlegekapasiteten i fastlegeordningen kan uttrykkes gjennom å summere listetak for alle lister med fast lege (antall listeplasser). Fra utgangen av 2019 til utgangen av 2022 ble det nesten 180 000 færre plasser på lister med fast lege (-3,2 prosent). For å få et inntrykk av den totale listekapasiteten i fastlegeordningen kan vi summere listetak for alle lister (med og uten fast lege). Da var reduksjonen i plasser (listetak) omtrent 34 000 plasser i samme periode. Målt per listeinnbygger gir disse to størrelsene en indikasjon på utviklingen i planlagt listekapasitet og faktisk fastlegekapasitet når vi tar hensyn til befolkningsendringer. Siden befolkningen/antall listeinnbyggere vokser hvert år og antall plasser er redusert viser figur 7.8 og 7.9 en tydelig nedgang i faktisk fastlegekapasitet, men vi ser også indikasjoner på at den samlede "planlagte" kapasiteten synes å ha gått litt ned de siste årene. Gjennom 2022 var det ikke reduksjon i faktisk antall planlagte plasser (samlet sett), men det var en lite reduksjon målt per innbygger. Listetak og listelengde går ofte ned når ny lege inngår avtale med kommunen og tar over en ubesatt liste. Dette gjør antakelig at vi overvurdere antallet tilgjengelige plasser noe når ubesatte lister tas i betraktning.



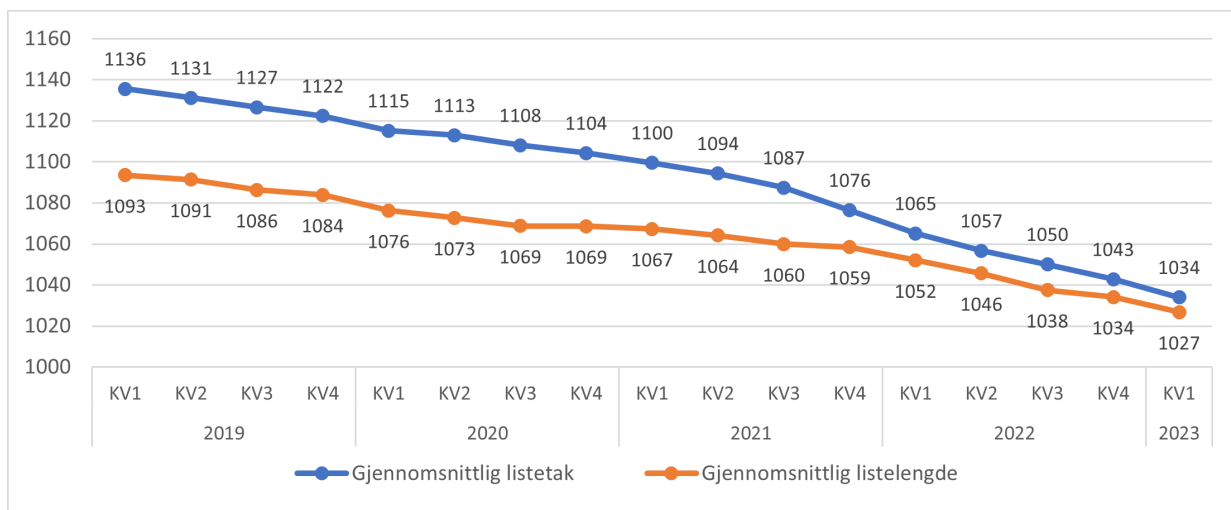
Figur 7.8. Sum listetak alle lister, sum listetak med fast lege og antall listeinbyggere. Per kvartal 2019-2022, samt 1.kvartal 2023.



Figur 7.9. Sum listetak alle lister (sum listeplasser) og sum listetak på lister med fast lege (sum plasser hos fast lege). Målt per 1000 listeinbyggere per kvartal 2019-2022, samt 1 kvartal 2023.

Differansen mellom listetak og listelengde ytterligere redusert

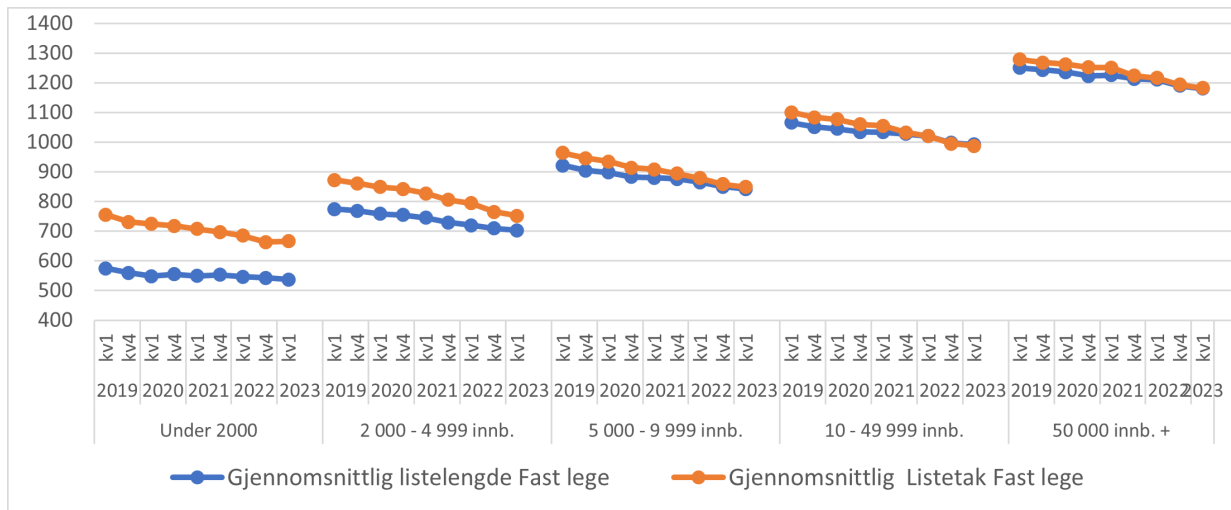
Fastlegekapasiteten påvirkes både av antall lister med fast lege og listetaket på listene. Som vist i figur 7.10 har reduksjonen i gjennomsnittlig listetak (avtalte listeplasser) for lister med fast lege gått ned mer enn gjennomsnittlig listelengde. Dette viser at det de siste årene har blitt stadig mindre ledig fastlegekapasitet.



Figur 7.10. Gjennomsnittlig listelengde og gjennomsnittlig listetak for alle kvartaler fra 2019-2022, samt 1.kvartal 2023. Lister med fast lege.

Differansen mellom gjennomsnittlig listetak og gjennomsnittlig listelengde har gjennom hele 2022 vært lav, mellom 6 og 7 plasser i snitt. I starten av 2019 lå differansen på rundt 40 plasser. Både gjennomsnittlig listetak og gjennomsnittlig listelengde går videre ned også for 1.kvartal 2023.

Gjennomsnittlig listelengde og listetak for lister med fast lege har blitt kortere både i store og små kommuner [70]. I befolkningsrike kommuner er det svært liten forskjell mellom listetak og listelengde. Samlet for kommunegruppen med 10-49 999 innbyggere er gjennomsnittlig listelengde oversteget gjennomsnittlig listetak. Det kan indikere at listelengden er satt ned, men at man ikke har fått redusert listelengden tilsvarende.



Figur 7.11. Gjennomsnittlig listelengde og listetak fordelt etter kommunestørrelse per 1. og 4. kvartal årene 2019 til 2021, samt 1. kvartal 2023. Lister med fast lege.

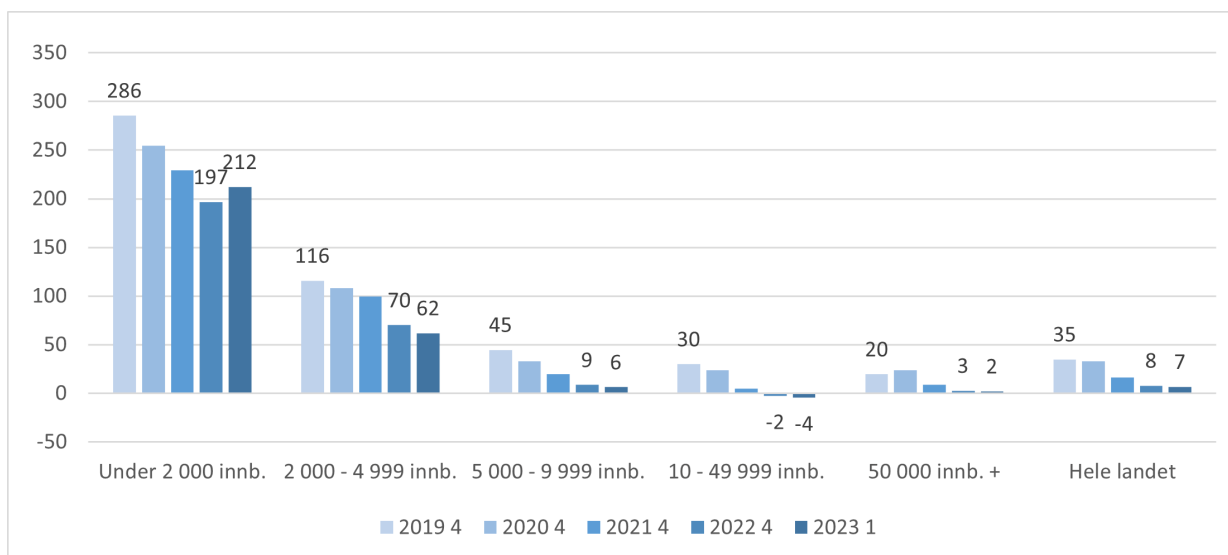
Kilde: FLO

Fortsatt nedgang i ledige plasser hos fast lege

En velfungerende fastlegeordning er avhengig av ledige plasser på fastlegelister slik at alle som vil kan ha fastlege i den kommunen de er bosatt, eller annen kommune etter ønske. Hvor mange listeinnbyggere en

fastlegeliste skal ha avtales mellom den aktuelle lege og kommunen. I avtalen skal listetak spesifiseres, det vil si hvor mange innbyggere som maksimalt skal kunne stå på den aktuelle listen. Summen av alle listetak viser omtrent hvor mange listeplasser som er tilgjengelig i fastlegeordningen. Ledige plasser er differansen av summen av listeplasser (listetak) og antall listeinnbyggere (listelengde).

I løpet av 2022 ble det nesten 45 000 færre plasser på lister med fast lege. Figur 7.12 viser at ledige plasser per 1000 listeinnbygger ble redusert fra 35 ledige plasser i slutten 2019 til 8 plasser i slutten av 2022. Antallet forsetter å gå litt nedover også i 2023.



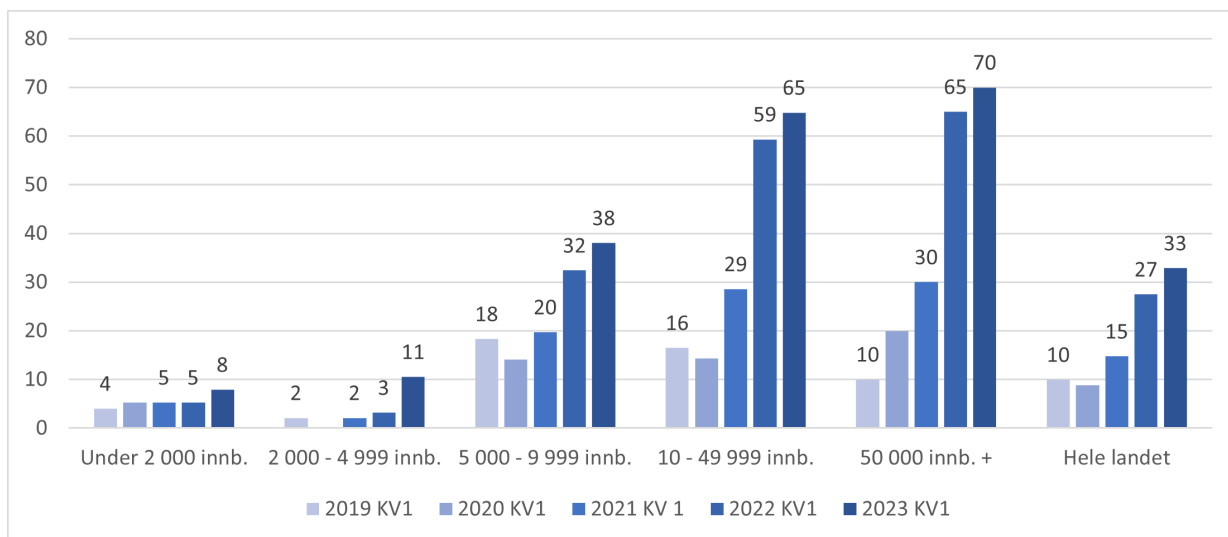
Figur 7.12. Utvikling i antall ledige plasser hos fast lege per 1 000 listeinnbygger. Fordelt etter kommunestørrelse 4 kvartal 2019-2022 og 1 kv. 2023.

Kilde: FLO

De siste to årene er antall ledige plasser på liste med fast lege blitt redusert i alle kommunegrupper. Vi har tidligere sett at det er en høyere andel ubesatte lister i mindre kommuner. Parallelt med dette ser man, basert på tallene registret i FLO, en svært negativ utvikling i ledige plasser hos fast lege i større kommuner (Figur 7.13). For kommunegruppene med innbyggertall over 10 000 har antall ledige plasser per 1 000 innbygger holdt seg under 10 plasser gjennom hele 2022 og til og med 1. kvartal 2023. Per 1. kvartal 2023 var det samlet sett ingen ledige plasser på lister med fast lege per 1 000 innbygger i kommuner med 10 000 – 49 999 innbyggere.

På fylkesnivå er det spesielt befolkningen i Vestfold og Telemark, Rogaland og Agder som ut fra tallene har minst tilgang til plasser hos fast lege (se vedleggstabell V7.14).

Innbyggernes begrensede mulighet til å bytte lege eller få plass på en liste som har fast lege tydeliggjøres ytterligere når vi teller antall kommuner som samlet sett ikke har noen ledige plasser på en liste som har fast lege. Figur 7.13 viser tall for dette per 1 kvartal i årene 2019-2022. I 2019 gjaldt det 10 prosent av kommunene, mens det gjaldt 1 av tre kommuner i mars 2022. 70 prosent av kommunene med mer enn 50 000 innbyggere hadde ingen ledige plasser.



Figur 7.13 Andel kommuner uten ledige plasser på liste med fast lege innen hver kommunegruppe etter størrelse. Per 1.kvartal 2019- 2022.

Kilde: FLO. *Kommuner er definert etter kommunestruktur per 01.01.2023.

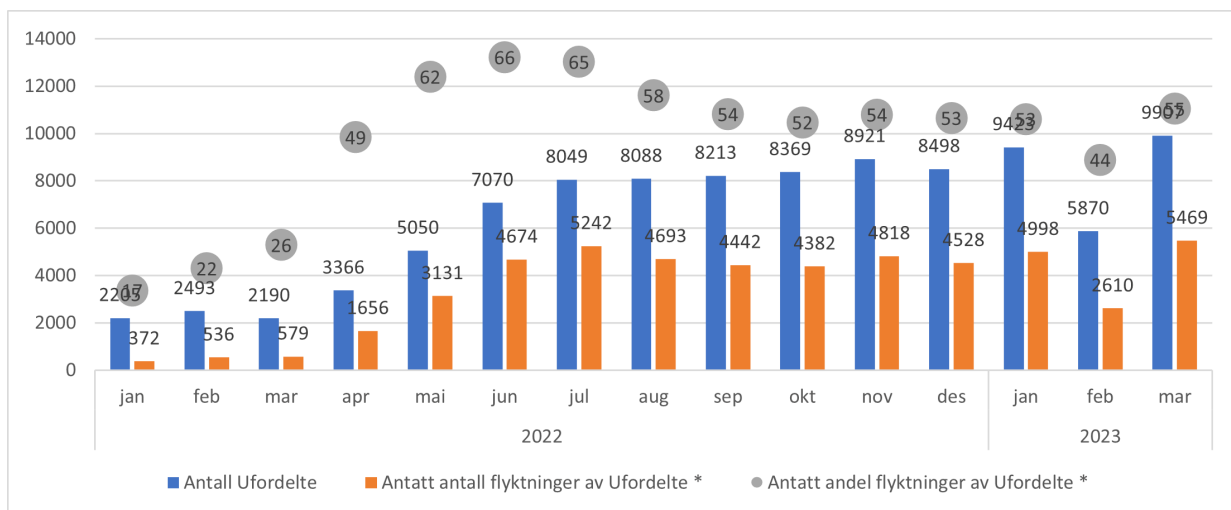
Fotnoter

[70] 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.

7.6

Ufordelte personer med rett til plass i fastlegeordningen (FLO)

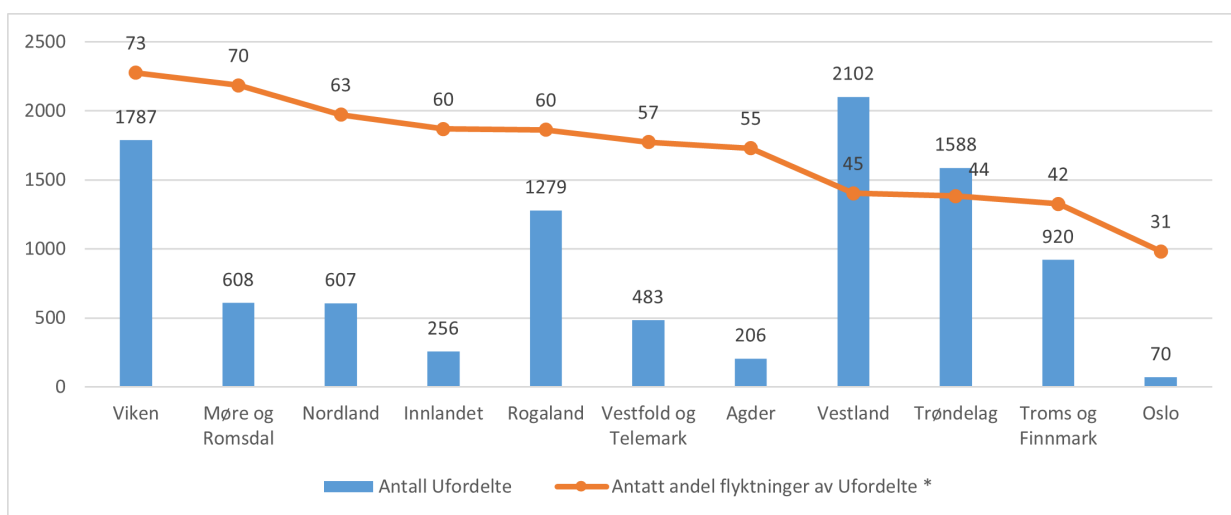
Enhver som er registrert bosatt i en norsk kommune, har rett til å stå på en fastlegeliste. Denne retten endres hver dag for mange innbyggere, og systemet FLO fanger automatisk opp endringene gjennom løpende oppslag mot folkeregisteret. Nyfødte tildeles listeplass hos mors fastlege. Innflyttere til Norge, eller andre som av ulike grunner får endret status til bosatt, får dermed rett til listeplass. Dersom det ikke er ledig listeplass i bostedskommunen for disse, sjekker FLO listestatus hvert døgn og tildeler der det er mulig med virkning fra den første i kommende måned. Denne gruppen innbyggere kalles "ufordelte" inntil de får tildelt plass på en fastlegeliste. Antall ufordelte i en kommune og på landsbasis øker når listekapasiteten går ned.



Figur 7.14: Antall ufordelte personer i FLO og antatt andel av ufordelte som er flyktninger per mars 2023.

*Kilde: FLO. *Antall flyktninger er de med innvilget opphold som ligger under Ufordelte og automatisk skal tildeles fastlege. De har fått status bosatt i en kommune, og har gått fra et d-nummer til et fødselsnummer i perioden 02.2022 - tom mars 2023.*

Asylsøkere har også rett på fastlege. Men FLO kan ikke tildele dem listeplass automatisk så lenge de har d-nummer og ikke er bosatt i en kommune. Asylmottak sender derfor lister over asylsøkere som ønsker fastlege til Helfo, hvor på Helfo deretter tildeler dem fastlege manuelt i FLO. Flyktninger som har fått innvilget asyl, er tildelt et fødselsnummer og er registrert bosatt i en kommune, blir imidlertid med i de automatiske kjøringene nevnt over. Antall og andel av de ufordelte som er flyktninger fra Ukraina har økt det siste året, etter hvert som de ble bosatt i kommunene. I mars 2023 anslås at omtrent 55 prosent av de ufordelte er flyktninger. Andelen varierte fra 73 samlet for kommunene i Viken fylke til 31 prosent i Oslo.



Figur 7.15 Antall ufordelte og antatt andel av ufordelte som er flyktninger per mars 2023.

Kilde: FLO

7.7

Vikarbruken i fastlegeordningen øker også i 2022

Vikarer brukes til å dekke opp fastlegers fravær og til å betjene lister uten fast lege (ubesatte lister). Det er ønskelig at alle lister som står uten fast lege skal ha en vikar knyttet til listen, men det er ikke alltid slik. Lister uten fast lege kan dekkes av kollegial fraværsordning i inntil 8 uker per år. Slikt kollegialt fravær registreres ikke som bruk av vikar. Ut over disse åtte ukene er det helt avgjørende med tilgjengelige vikarer for å betjene listen.

Vikarbruk måles her på to måter. Det første er andel fastleger og ubesatte lister som har hatt vikar i en gitt periode (hvor mange) [71] og det andre er sum vikardager korrigert for stillingsprosent[72] basert på rapporterte vikaravtaler (hvor mye).

Datakilden er inngåtte vikaravtaler meldt til Helfo som inngår i Helsedirektoratets administrative system for fastlegeordningen FLO. Tallene viser en økning i vikarbruken fra 2021 til 2022 på omtrent ni prosent når dette måles som (hele) vikardager. Det samlede antall vikardager tilsvarer grovt sett omtrent 870 vikarårsverk i 2022, og i overkant av 20 prosent var knyttet til lister uten fast lege. Fra 2021 til 2022 økte antall vikardager for å dekke ubesatte lister med 36 prosent ut fra innmeldte vikaravtaler. De siste to årene har store deler av den samlede veksten i vikarårsverk gått med til å dekke flere lister uten fast lege (hhv 79 og 70 prosent av veksten).

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

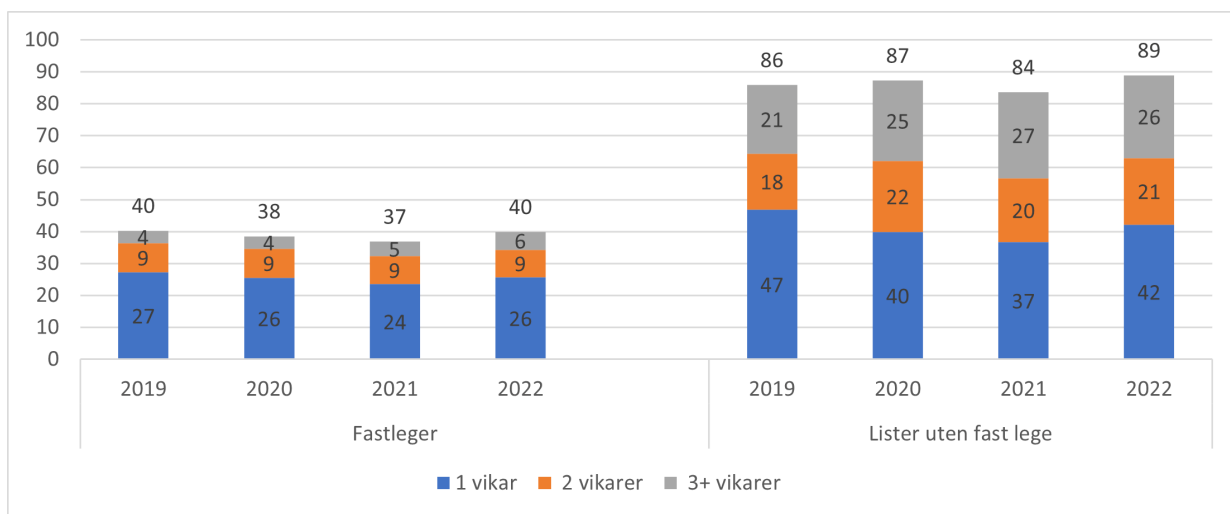
	Vikardager				Prosent endring			
	2019	2020	2021	2022	2019-2020	2020-2021	2021-2022	2019-2022
Vikar for fastleger	156 281	163 913	166 481	171 940	5	2	3	10
Vikar på lister uten fast tilknyttet lege	20 142	25 398	35 324	48 134	26	39	36	139
Totalt	176 422	189 332	201 805	220 437	7	7	9	25
Andel som gjelder lister uten fast lege	11,4	13,4	17,5	21,8				

Nesten 90 prosent av listene uten fast lege ble betjent av minst en vikar (med vikaravtale) i 2022, og 26 prosent av listene ble gjennom året betjent av 3 eller flere vikarer (personer). Det kan være store forskjeller i varighet av ubesatte lister og det kan ta tid å finne vikar. Andel lister uten fast lege som har vært uten vikar i løpet av en gitt måneden har ligget mellom 15 -20 prosent de siste årene (se fig. 7.17).

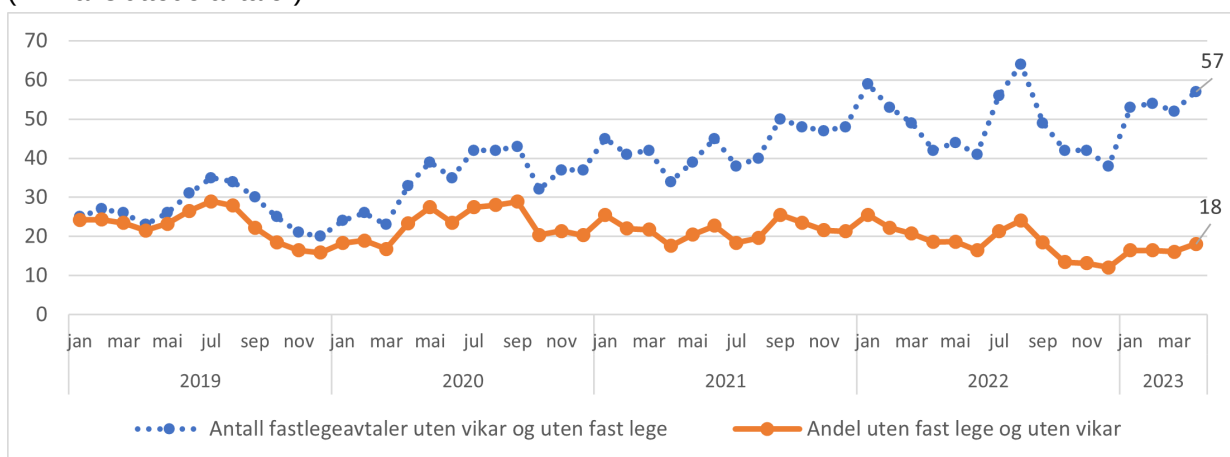
Av de faste legene (fastlegene) hadde 40 prosent avtale med minst en vikar og 14 prosent med 2 eller flere vikarer i løpet av 2020. I tillegg til fraværdekning gjennom vikaravtaler kommer at fastleger ofte dekker opp for hverandres fravær gjennom den kollegiale fraværsordningen. Vi har ikke oversikt over utviklingen av dette.

Faktisk antall vikarårsverk er samlet sett høyest i store kommuner, mens antall vikardager per innbygger reduseres med økende kommunestørrelse. De to nordligste fylkene har som tidligere år et langt høyere antall vikardager enn de andre fylkene også i 2022, med hhv 19 og 23 vikardager per 1000 listeinnbygger, mot 10 vikardager for hele landet samlet. Dette kan knyttes til høyest andel lister uten fast lege i disse fylkene, men også at en høyere andel av fastlegene har hatt vikar. I tillegg var det flere vikarer per lege/liste enn de andre fylkene og det var større økning i vikardager siste år. Større bruk av "Nordsjøturnus" hvor kun en lege er registrert som "listeeier" og flere andre leger går som fast vikarer kan muligens være en av flere forklaringer på den observerte økningen. Oslo skiller seg også ut ved at andelen fastleger som har hatt vikar i 2022 er nesten på nivå med Nordland (53 vs. 55 prosent), men samtidig er

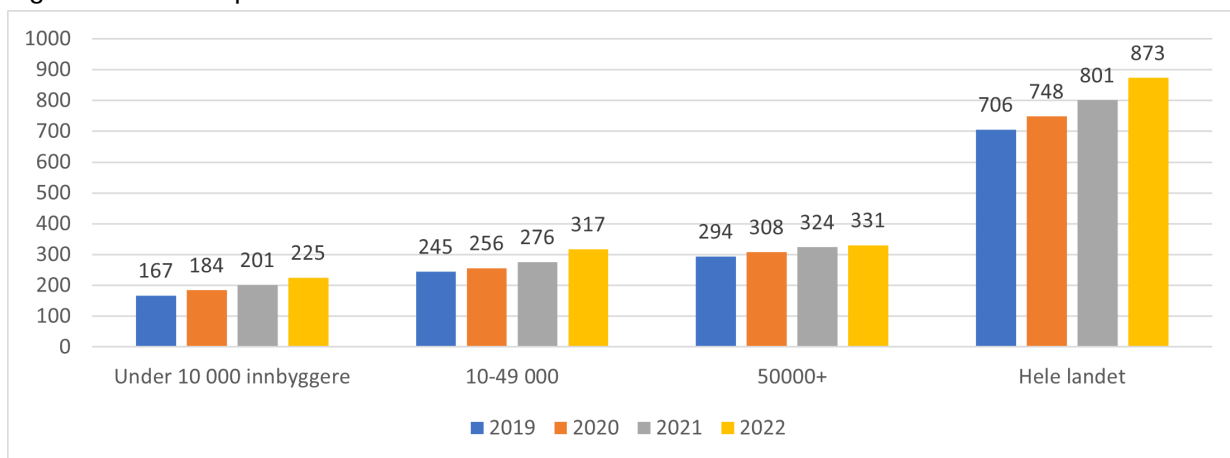
antall vikardager per listeinnbygger under landet som helhet. En nærmere undersøkelse av vikaravtalene i årsrapporten for 2020[73] viste at det var større innslag av langvarige vikaravtaler på små stillingsprosenter i Oslo, mens de nordligste fylkene i langt større grad hadde kortvarige vikaravtaler på 100 prosent stilling. Alderssammensetningen på fastlegene er et av flere forhold som kan påvirke vikarbehovet.



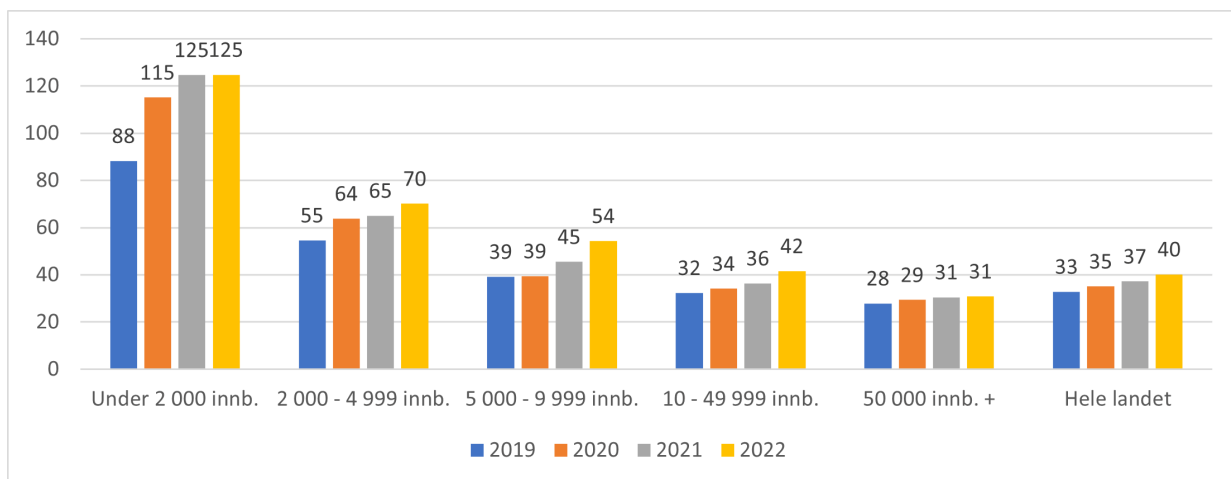
Figur 7.16 Andel fastlegeavtaler og lister uten fast lege registrert med minst en vikar ila. siste året (inkl. avsluttede avtaler).



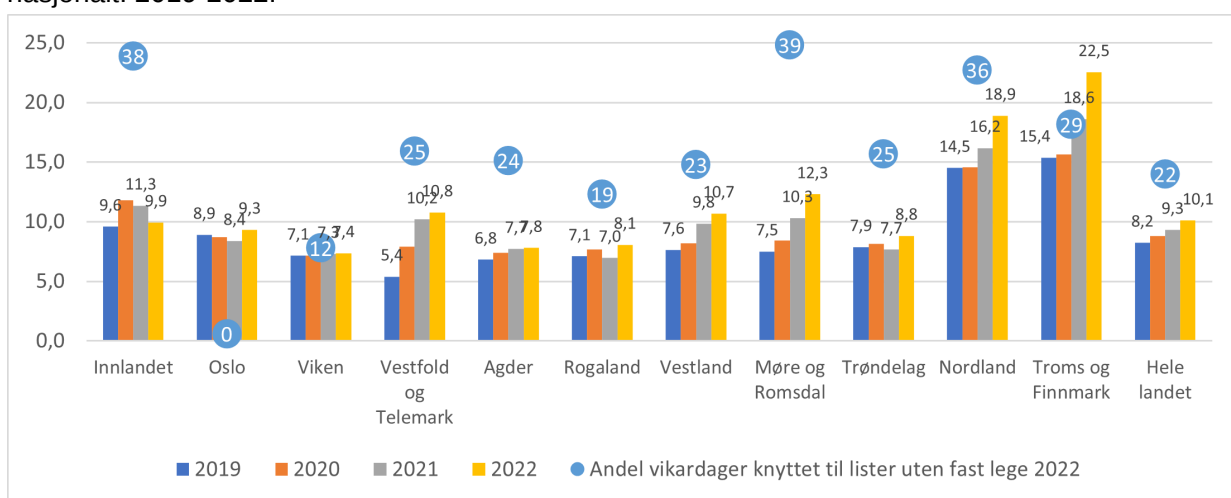
Figur 7.17 Antall lister uten fast lege og uten vikar, og andel dette gjelder av alle lister uten fast lege. Per måned i perioden 2019- mars 2023.



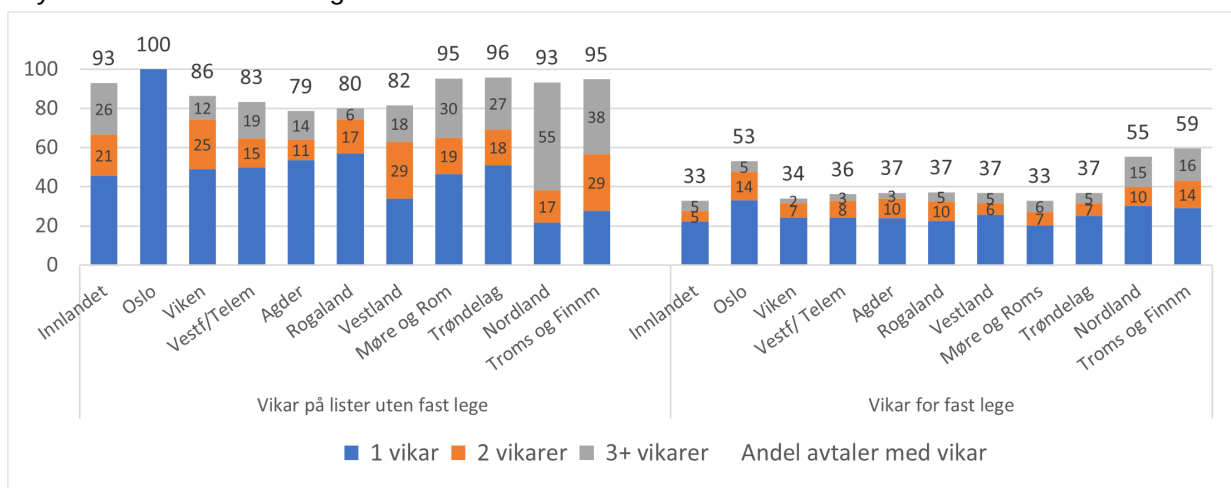
Figur 7.18 Antall beregnede vikarårsverk* fordelt etter kommunestørrelse og nasjonalt. 2019-2022.



Figur 7.19 Antall beregnede vikardager per 1000 listeinnbygger fordelt etter kommunestørrelse og nasjonalt. 2019-2022.



Figur 7.20 Antall beregnede vikardager per 1000 listeinnbygger etter fylke 2019-2022 og andel knyttet til lister uten fast lege i 2022.



Figur 7.21 Andel av faste leger og andel ubesatte lister som har hatt vikar i 2022. Fylker 2022.

Fotnoter

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

[72] 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.

[73] Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. Årsrapport 2020 se:

[Årsrapportering \(helsedirektoratet.no\)](https://helsedirektoratet.no/arsrapportering)

Organisering av legevakt - utvidet KOSTRA-rapportering

Helsedirektoratet har i 2022 samarbeidet med SSB for å få en utvidet kartlegging av legevaksordningen i KOSTRA-skjema 1. Hensikten er å få bedre kunnskap om organiseringen av legevakt (kommunal legevakt, interkommunal legevakt eller en kombinasjon). SSB leverte rapporten i januar 2023[74] og resultatene viser blant annet følgende:

Tabell 8.1. Kommuner med ulik organisering av legevakt (flere avkryssinger er mulig). Absolutte tall og prosent.

		Antall kommuner (av totalt 356)	Andel i prosent
A	Kommunen hadde egen kommunal legevakt for sine innbyggere uten samarbeid med andre kommuner (inkluderer også eventuell daglegevakt)	139	39
B	Kommunen var fast vertskommune for interkommunal legevakt (inkluderer IKS)	75	21
C	Kommunen var deltakerkommune i interkommunal legevaksordning (inkluderer IKS og kommuner som hadde legevakt på omgang)	208	58
D	Kommunen kjøpte hele eller deler av legevakttjenesten fra private leger/aktører eller fra offentlig spesialisthelsetjeneste	2	1
	Kommuner med kombinasjon av to eller tre ulike legevaktorganisering	66	19

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå

Kartleggingen viser at 70 prosent av fastlegene (3465) av totalt antall fastleger deltar i legevaksarbeid, inkludert daglegevakt. 24 prosent av kommunene har fast ansatte leger ved legevakten. En langt større andel, 92 prosent, benyttet egne fastleger, 67 prosent andre leger, 42 prosent bemannet legevakt med sykepleier og 25 prosent med annet helsepersonell. Kartleggingen viser til dels tydelige forskjeller mellom store og små kommuner, og etter organisasjonsform.

37 prosent av kommunene rapporterte at de har hatt utfordringer med å besette legestillinger i legevakt, mens 15 prosent har bemanningsutfordringer av sykepleierstillinger i 2021. Det er de største kommunene som i størst grad rapporterer om bemanningsutfordringer.

Den vanligste vakttypen er primærvakt som har tilstedevakt på legevakt. Når det gjelder regionale forskjeller, er det en tendens til at store kommuner har større forekomst av både primærvakt og sekundærvakt som er til stede på legevakt enn mindre kommuner hvor det er mer vanlig med primærvakt i hjemmenvakt/beredskapsvakt.

Fotnoter

[74] SSB 2023/6: Legevakttjenesten i norske kommuner i 2021 [Legevakttjenesten i norske kommuner i 2021 \(ssb.no\)](https://ssb.no)

Befolkningens bruk av fastlege og legevakt

Det er et mål å sikre befolkningen god tilgjengelighet til allmennlegetjenester. Endringer i, og stor variasjon i bruken av ulike former for kontakt med tjenesten kan indikere endringer eller ulikhet i tilgjengelighet. Rapporten beskriver endringer i absolutte tall og bruk av ulike typer kontakter med fastlege og legevakt, og vil ikke i seg selv si noe om årsaker til endringer eller om det er overforbruk/underforbruk av tjenester. Pandemien har påvirket aktiviteten hos fastlege og legevakt i 2020 og 2021. I tillegg til tall for 2020 og 2021 inkluderes tall for 2019. Dette for å kunne sammenligne med aktiviteten hos fastlege og legevakt før pandemien.

Der er mange ulike former for kontakt en innbygger kan ha med fastlege eller legevakt. En konsultasjon innebærer at det er utført helsehjelp som er journalverdig og kontakten vil normalt utløse egenandel fra pasienten (fram til evt. frikort). En konsultasjon kan skje som ordinær konsultasjon på legekontoet, som e-konsultasjon eller ved sykebesøk. Enkle kontakter er også en del av aktiviteten hos fastleger og legevakt. Enkle kontakter inkluderer enkel pasientkontakt ved personlig fremmøte eller enkel kontakt via telefon, brev, eller elektronisk. I tillegg til konsultasjoner og kontakter med pasienter har leger kontakt med andre instanser på vegne av eller sammen med pasienten. Slike kontakter inkluderer enkle kontakter med helsepersonell/kommunale tjenester eller NAV, tverrfaglige samarbeidsmøter eller det kan være dialogmøter med NAV.

Informasjon om datagrunnlag og framstilling

Kapitlet presenterer aktiviteten i fastlege- og legevaktstjenesten for 2022 samt utvikling i bruk av fastlege og legevakt fra 2019 (noen tilfeller 2017) til og med 2022. Det presenteres noen absolutte tall, men hovedvekt legges på utvikling i bruk av fastlege og legevakt målt per innbygger. Ved å presentere utvikling målt per innbygger kan vi se om befolkningen bruker tjenestene mer eller om vekst i aktivitet bare gjenspeiler befolkningsutviklingen. Vi bruker begrepet konsultasjonsrater som viser antall registrerte konsultasjoner/kontakter per 100 innbygger hos fastlege eller legevakt i løpet av et gitt kalenderår.

Det presenteres tall som viser utviklingen for totalbefolkningen, for ulike aldersgrupper og for kommunegrupper gruppert etter befolkningstall. Små kommuner er kommuner med få innbyggere, store kommuner er befolkningsrike kommuner. Der hvor det presenteres tall for kommunestørrelser inkluderes kun regninger med informasjon om bosted, og totalt antall regninger som inngår her vil derfor være noe lavere enn der hvor vi presenterer kun nasjonale tall. Det kan derfor være noe avvik mellom absolutte tall og rater nasjonalt og totalt for aldersgrupper og kommunestørrelser. Andelen regninger uten informasjon om bosted er noe høyere i 2022 sammenlignet med tidligere år.

Tall som presenteres i dette kapitlet er basert på data utlevert fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). KPR henter data om enkeltregninger fastlegene sender inn til Helfo for refusjon. Data fra KPR er basert på takstfinansieringssystemet for tjenesten.[75] Med utgangspunkt i dette systemet kan kontakter med fastlege og legevakt grupperes. Se tabell V9.1 i vedlegg for oversikt over hvilke takster som inngår i de ulike kontaktypene. Befolkningstall er hentet fra Statistisk sentralbyrå.

En forenkling av normaltariiffen ble ferdigstilt våren 2022 og gjeldende fra 1. juli 2022. En av endringene som ble gjort i dette arbeidet var å inkludere takst for enkel elektronisk kontakt (1be) i takst for enkel pasientkontakt skriftlig, per telefon eller ved elektronisk kommunikasjon (1bd). Dette gjør at man ikke kan følge utviklingen i bruken av enkle elektroniske kontakter slik man har gjort tidligere. I denne rapporten har man slått sammen 1be og 1bd også bakover i tid. Tverrfaglig e-konsultasjon har tidligere vært omtalt i våre rapporter. Denne taksten ble innført under pandemien, og er ikke lengre tillatt brukt. Tverrfaglig e-konsultasjon inngår derfor ikke lengre i

våre rapporter. Takst for nødvendig dialog mellom fastlege eller dennes stedfortreder og lege i spesialisthelsetjenesten (1j) har inngått i tidligere rapporter. Denne taksten ble også fjernet som del av forenklingsarbeidet som ble gjort våren 2022.

Fotnoter

[75] Se Normaltariff for fastleger og legevakt – oppdateres hvert år

9.1

Økning i totalt antall konsultasjoner siste år

En konsultasjon kan skje som ordinær konsultasjon på legekontoret, som e-konsultasjon eller ved sykebesøk. Samlet sett for fastlege og legevakt skjer omtrent 90 prosent av alle konsultasjoner med en fastlege, mens 10 prosent skjer ved legevakt (2017-2022).

Det har vært en økning i bruk av konsultasjoner samlet for fastlege og legevakt på 8 konsultasjoner per 100 innbyggere fra 2021 til 2022. Som vist i tabell 9.1 skyldes økningen en økning i fysiske konsultasjoner. Bruken av e-konsultasjoner går noe ned, mens antall sykebesøk per 100 innbygger er uendret for samme periode.

Fra 2017 til 2022 har antall konsultasjoner samlet for fastlege og legevakt økt med 16 prosent, en økning som skyldes en sterk økning i e-konsultasjoner. Fysiske konsultasjoner har i samme periode gått ned med 10 prosent.

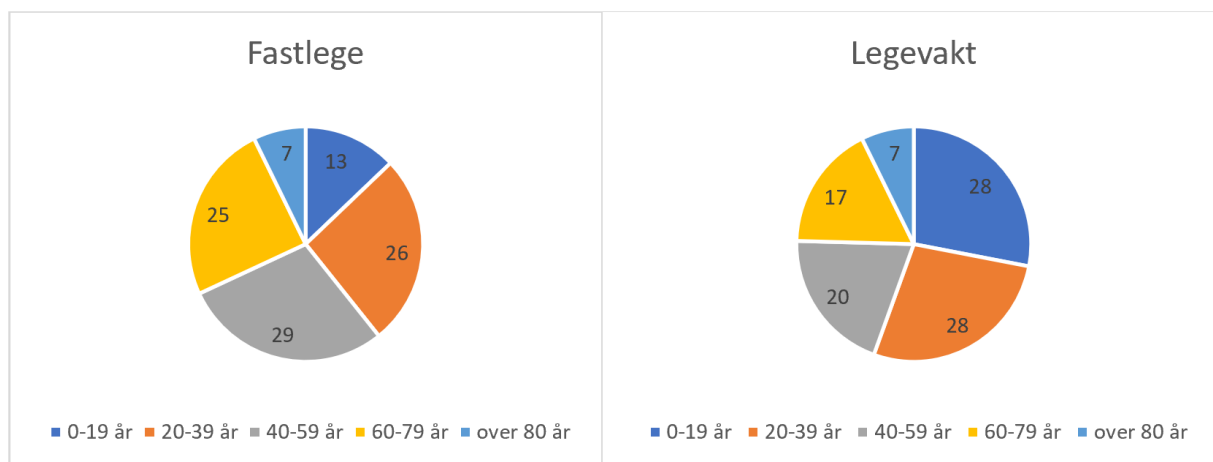
Tabell 9.1. Antall konsultasjoner totalt for fastlege og legevakt i absolutte tall og i antall per 100 innbyggere, 2017-2022. Inkluderer sykebesøk.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Prosent endring siste år
Fysisk konsultasjon	15 600	15 534	15 617	13 129	13 176	13 964	
Per 100 innbygger	849	967	552	975	918	790	+ 6
	284	283	285	239	240	254	
E-konsultasjon	91 912	238 374	445 093	3 613	4 535	4 202	
Per 100 innbygger	2	4	8	778	009	407	- 7
				66	83	77	
Sykebesøk	155 173	158 300	163 804	204 442	181 338	170 118	
Per 100 innbygger	3	3	3	4	3	3	- 6
SUM							
Totalt antall konsultasjoner	15 847	15 931	16 226	16 948	17 893	18 337	
Per 100 innbygger	934	641	449	195	265	315	+ 2
	289	290	296	309	326	334	

Kilde: KPR.

De eldste i befolkningen har flest konsultasjoner med fastlege og legevakt målt per innbygger (konsultasjonsrate). Hver person over 80 år hadde i gjennomsnitt mer omtrent 5 konsultasjoner hver med

fastlege og legevakt i 2022 (over 500 per 100 innbygger). Dette er dobbelt så mange som aldersgruppen 0-19 år, og 1,5 flere konsultasjoner i gjennomsnitt enn innbygger mellom 40 og 59 år. I absolutte tall utgjør konsultasjoner med personer over 80 år likevel bare 7 prosent av antall konsultasjoner både hos fastlegen og hos legevakten (Figur 9.1).



Figur 9.1. Viser fordeling av antall konsultasjoner med fastlege og legevakt for ulike aldersgrupper, 2022. Prosent fordeling av absolutte antall konsultasjoner.

Kilde: KPR.

9.2

Konsultasjoner med fastlege

Fortsatt økning i 2022

Tabell 9.2. Antall konsultasjoner totalt hos fastlege i absolutte tall, 2017-2022.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Prosent endring siste år
Fysisk konsultasjon	14 299 501	14 245 671	14 292 722	11 949 567	11 944 753	12 672 635	+ 6
E-konsultasjon	91 912	238 374	445 093	3 540 361	4 489 026	4 159 700	- 7
Sykebesøk	88 889	88 575	88 519	116 501	97 127	81 052	- 17
SUM							
Totalt antall konsultasjoner	14 480 302	14 572 620	14 826 334	15 606 429	16 530 906	16 913 387	+ 2

Kilde: KPR.

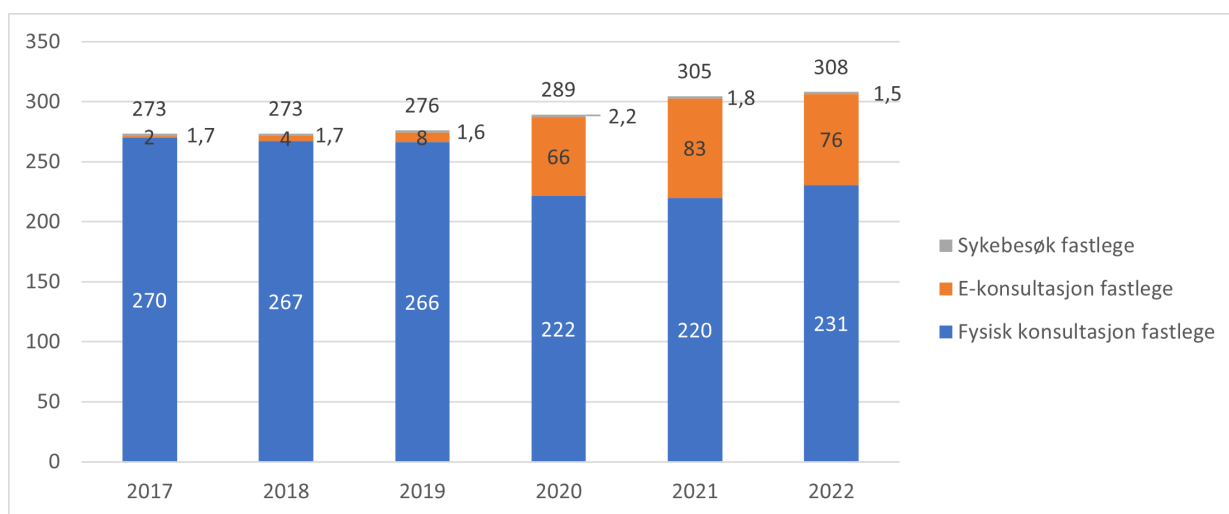
Tabell 9.2 viser at antallet konsultasjoner i fastlegetjenesten økte med to prosent fra 2021 til 2022. Antall konsultasjoner målt per 100 innbygger økte også noe (Figur 9.2). Økningen siste år skyldes til forskjell fra tidligere år en vekst i bruken av fysiske konsultasjoner, mens bruken av e-konsultasjoner går noe ned.

Konsultasjonsraten økte med 3 konsultasjoner per 100 innbygger fra 2021 til 2022, til 308. Antall fysiske konsultasjoner økte med 11 konsultasjoner per 100 innbygger og raten for e-konsultasjoner gikk ned med 7.

Ser vi på endringer de siste fem år (2017 til 2022) framkommer det tydelig av Figur 9.2 at veksten i konsultasjonsraten med fastlege skyldes en kraftig økning i bruken av e-konsultasjoner, spesielt fra 2020. Samlet antall konsultasjoner økte fra 273 per 100 innbyggere i 2017 til 308 i 2022 (Figur 9.2). Fysiske konsultasjoner ble i samme periode redusert fra 270 til 231 konsultasjoner per 100 innbygger og raten for e-konsultasjoner økt fra 2 til 76 per 100 innbygger. Antall sykebesøk ble noe redusert fra 1,8 til 1,5 per 100 innbygger fra 2017 til 2022.

Hver fjerde konsultasjon med fastlegen er en e-konsultasjon

I 2022 var 25 prosent av alle konsultasjoner en e-konsultasjon, noe lavere enn i 2021 med 27 prosent. Til sammenligning var andelen 1 prosent i 2017 og 3 prosent i 2019. Den kraftige økningen i e-konsultasjoner de de siste årene kan i stor grad forklares av pandemien, som forsterket en allerede pågående dreining til mer elektronisk kontakt med fastlegen.[76] Noe reduksjon i andelen e-konsultasjoner kan indikere en stabilisering, men på et langt høyere nivå enn før pandemien. Det er verdt å merke seg at fra mars 2020 inkluderer e-konsultasjonstaksten telefonkonsultasjoner i tillegg til tekstlig e-konsultasjon og videokonsultasjon.



Figur 9.2. Antall konsultasjoner hos fastlege inkludert sykebesøk per 100 innbygger, 2017 til 2022.

Kilde: KPR.

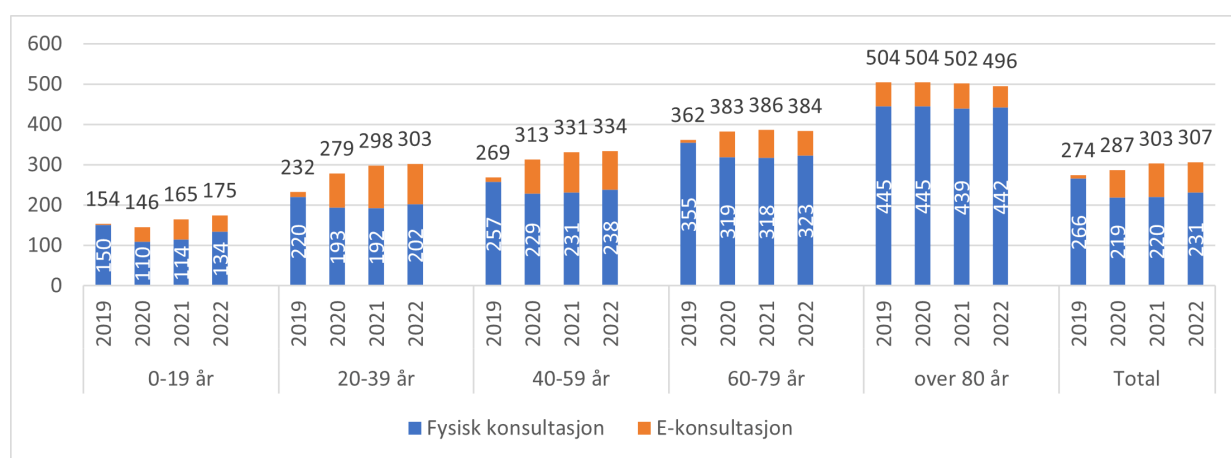
Færre konsultasjoner blant de eldste, flere konsultasjoner blant de yngste.

Figur 9.3 viser at økende konsultasjonsraten øker med økende alder, fra de yngste (0-19 år) med 175 konsultasjoner per 100 innbygger til de eldste (80+) med 496 konsultasjoner per 100 innbygger i 2022. I absolutte tall utgjør konsultasjoner med fastlegen med personer over 80 år likevel bare 7 prosent av totalt antall konsultasjoner med fastlegetjenesten.

Fra 2021 til 2022 gikk konsultasjonsraten for de eldste litt ned (-6 per 100), mens for de øvrige aldersgruppene har raten gått litt opp (Figur 9.3). Økningen var størst blant de yngste (0-19 år) med 10 flere konsultasjoner per 100 innbygger. Gjeninnføringen av fraværsregler for ungdomsskolen og i videregående skole høsten 2022 kan forklare noe av denne økningen.

Sammenlignes 2022 med 2019 har vært en økning i total konsultasjonsrate for samtlige aldersgrupper, unntatt for de aller eldste hvor raten har gått ned fra 504 til 496 konsultasjoner per 100 innbygger (Figur 9.3). Blant de yngre gruppene hvor raten øker, er det størst økning blant de mellom 20 og 39 år. Her har raten økt fra 232 til 303 konsultasjoner per 100 innbygger fra 2019 (+71).

Andel e-konsultasjoner med fastlegen er fortsatt høy, men det er en liten nedgang i bruken av e-konsultasjoner i samtlige aldersgrupper fra 2021 til 2022. Alle aldersgrupper har en økning i bruken av fysiske konsultasjoner per innbygger for samme periode. Økningen er størst hos de aller yngste med 20 flere per 100 innbygger (+ 17 prosent). Hos de to eldste aldersgruppene øker bruken av fysiske konsultasjoner med henholdsvis 5 og 3 konsultasjoner per 100 innbygger.

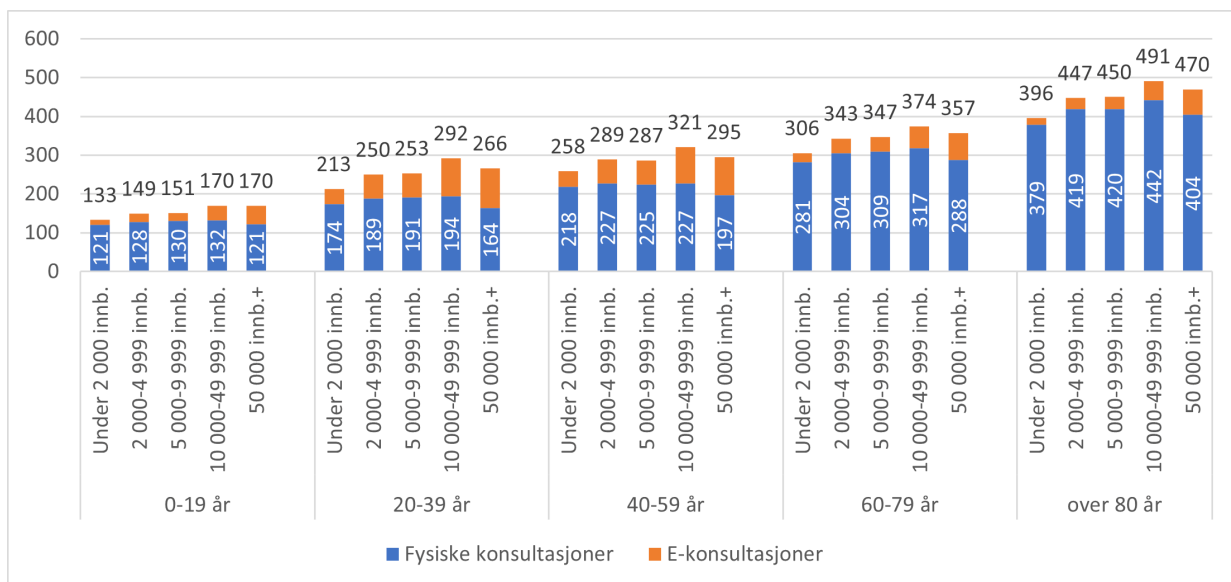


Figur 9.3. Antall fysiske konsultasjoner og e-konsultasjoner (inklusive telefonkonsultasjoner) hos fastlege per 100 innbygger for aldersgrupper og nasjonalt, 2019-2022*.

Kilde: KPR. *Inkluderer ikke sykebesøk.

Mer e-konsultasjoner i store kommuner enn i små

Befolkningen i kommuner med 10 000- 49 000 innbyggere er de som har høyest konsultasjonsrater med fastlegen (Figur 9.4). For alle aldersgrupper er det en liten økning i konsultasjonsraten med økende kommunestørrelse, og i alle aldersgrupper øker bruken av e-konsultasjoner med kommunestørrelse.



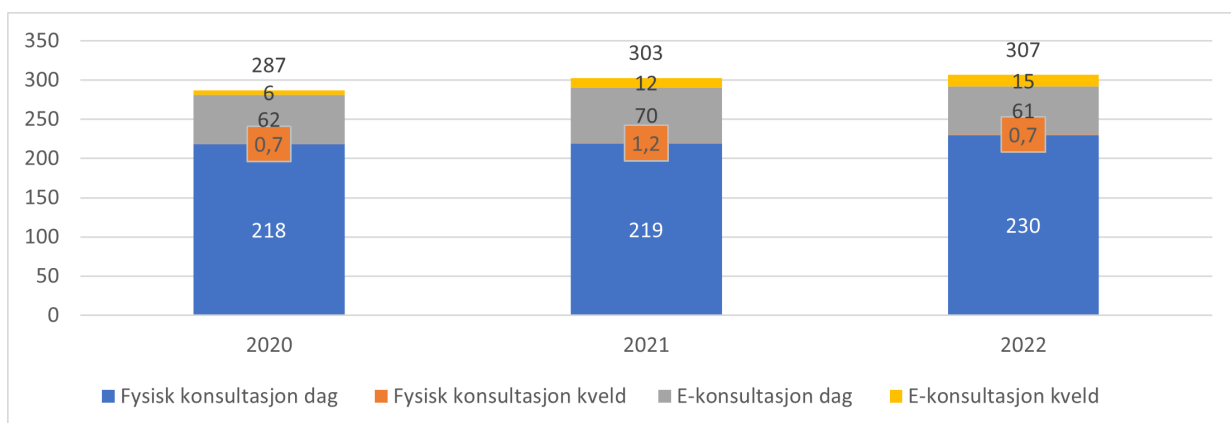
Figur 9.4. Antall fysiske konsultasjoner, e-konsultasjoner (inklusive telefonkonsultasjoner) og totalt antall konsultasjoner hos fastlege per 100 innbygger for kommunestørrelse og aldersgrupper, 2022.

Kilde: KPR.

Fortsatt størst økning i konsultasjoner på kveld

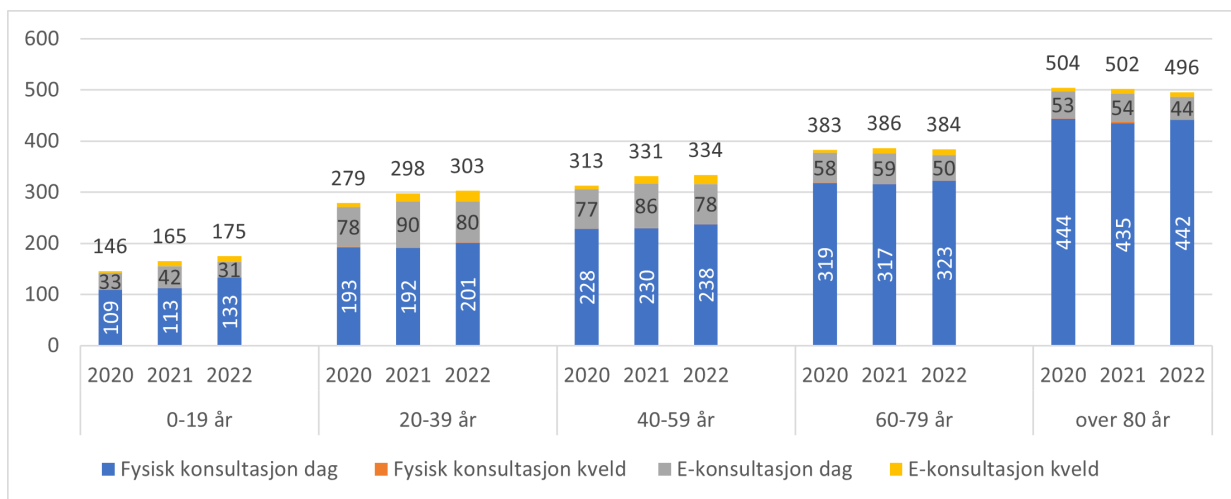
De aller fleste konsultasjoner med fastlegen skjer på dagtid (Figur 9.5) og gjelder alle aldersgrupper (Figur 9.6). Konsultasjoner på kveldstid (fysiske konsultasjoner kveld og e-konsultasjoner kveld) utgjør lite sammenlignet med konsultasjoner på dagtid. Det var en vekst både i konsultasjoner på dagtid og på kveldstid fra 2021 til 2022. Økningen i prosent er sterkere for konsultasjoner på kveldstid sammenlignet med på dagtid, men likevel mindre enn det man har sett tidligere år.[77]

Økningen i antall konsultasjoner per 100 innbygger med fastlegen på kveldstid gjelder alle aldersgrupper fra 2021 til 2022, men med unntak av de aller eldste hvor bruken ble noe redusert. Det er kun for aldersgruppen 0-18 år man ser en økning i konsultasjoner på dagtid, for de øvrige aldersgruppene er det noe nedgang. Nedgangen er størst blant de eldste.



Figur 9.5. Antall fysiske konsultasjoner og e-konsultasjoner hos fastlege per 100 innbygger fordelt på dag og kveld nasjonalt, 2020-2022. Inkluderer ikke sykebesøk.

Kilde: KPR.



Figur 9.6. Antall fysiske konsultasjoner og antall e-konsultasjoner hos fastlege per 100 innbygger fordelt på dag og kveld samt totale konsultasjonsrater for aldersgrupper, 2020-2022. Inkluderer ikke sykebesøk.

Kilde: KPR.

Fotnoter

[76] [Bruk av fastlege og legevakt 2017-2019. SAMDATA kommune. Rapport IS-2944. Helsedirektoratet.](#)

[77] <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2021>

9.3

Konsultasjoner med legevakt

Stabil bruk av konsultasjoner med legevakt

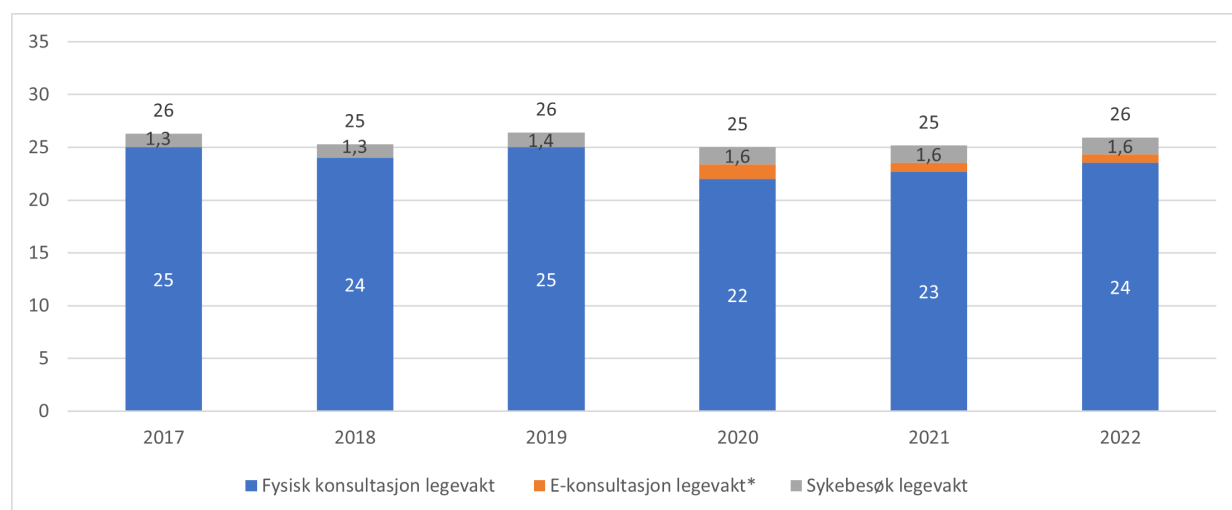
Tabell 9.3. Antall konsultasjoner totalt for legevakt i absolutte tall, 2017-2022.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Prosent endring antall siste år
Fysisk konsultasjon	1 301 348	1 289 296	1 324 830	1 180 408	1 232 165	1 292 155	+ 5
E-konsultasjon	0	0	0	73 417	45 983	42 707	- 7
Sykebesøk	66 284	69 725	75 285	87 941	84 211	89 066	+ 6
SUM							
Totalt antall konsultasjoner	1 367 632	1 359 021	1 400 115	1 341 766	1 362 359	1 423 928	+ 5

Kilde: KPR.

Faktisk antall konsultasjoner hos legevaktene økte med fem prosent fra 2021 til 2022. Det var også en liten økning i antall konsultasjoner hos legevakt målt per 100 innbygger (+ 1 konsultasjon per 100) (Figur 9.7). Den lille økningen skyldes økt bruk av fysiske konsultasjoner. E-konsultasjoner og sykebesøk per innbygger er uforandret fra 2021 til 2022 (Figur 9.7). 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, vil påvirke tallene og gjør det vanskelig å sammenligne aktivitet mellom år.

I perioden 2017 til 2022 har antall konsultasjoner med legevakt målt per 100 innbygger vært ganske stabil.



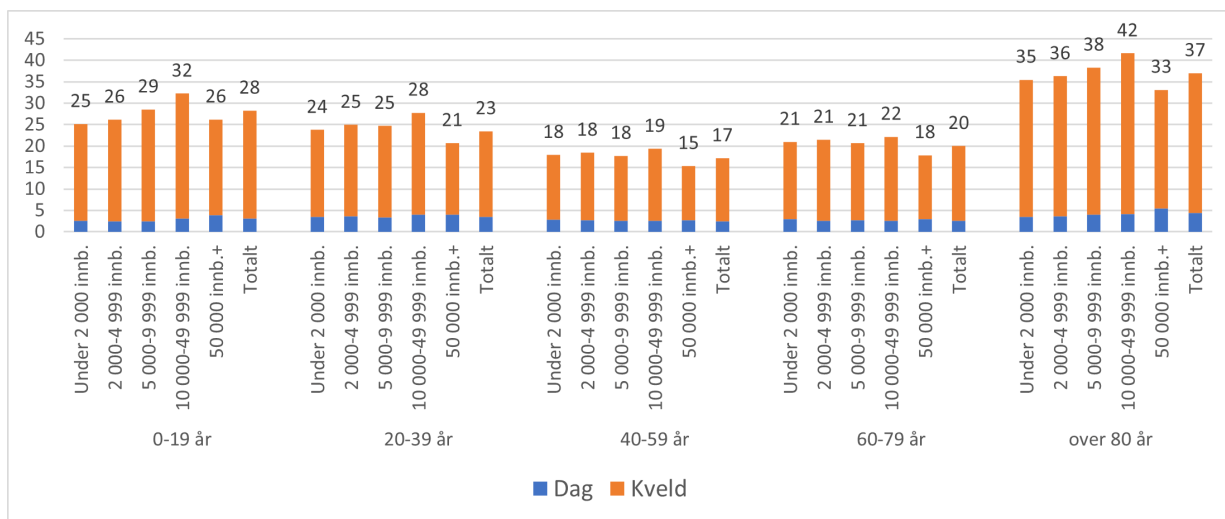
Figur 9.7. Antall konsultasjoner hos legevakt per 100 innbygger, 2017 til 2021.

Kilde: KPR.

Som hos fastlegen har de eldste (80 år og eldre) flest konsultasjoner med legevakten målt per 100 innbygger (Figur 9.8). Konsultasjonsraten blant de eldste er mer enn to ganger raten til de mellom 40-59 år som er de med lavest rate. I absolutte tall utgjør konsultasjoner med personer over 80 år likevel bare 7 prosent av totalt antall konsultasjoner hos legevakten.

Flest konsultasjoner med legevakt på kveld i de neste største kommunene

De fleste konsultasjoner med legevakten skjer på kveldstid. Konsultasjonsraten for legevakt totalt (dag og kveld) og for konsultasjoner på kveld er høyest samlet sett for kommuner med 10 000 – 49 999 innbyggere (Figur 9.8). Bak dette kan det være store forskjeller på kommunenivå innenfor hver kommunegruppe.



Figur 9.8. Antall konsultasjoner hos legevakt per 100 innbygger på dagtid, kveldstid og totalt*. For ulike kommunestørrelser og aldersgrupper, 2022. Inkludert e-konsultasjoner.

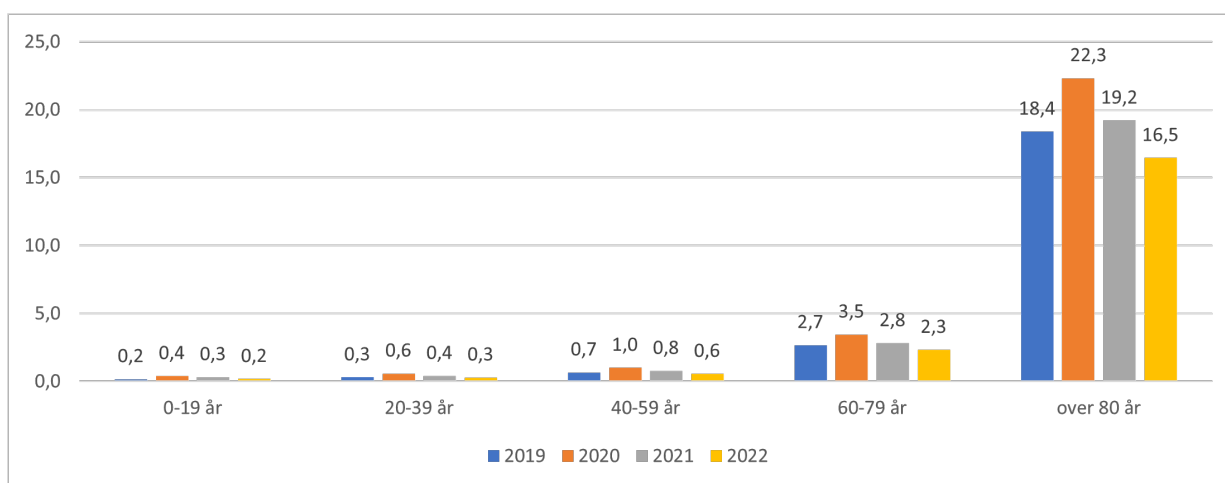
Kilde: KPR

9.4

Færre sykebesøk fra fastlege til de eldste innbyggerne

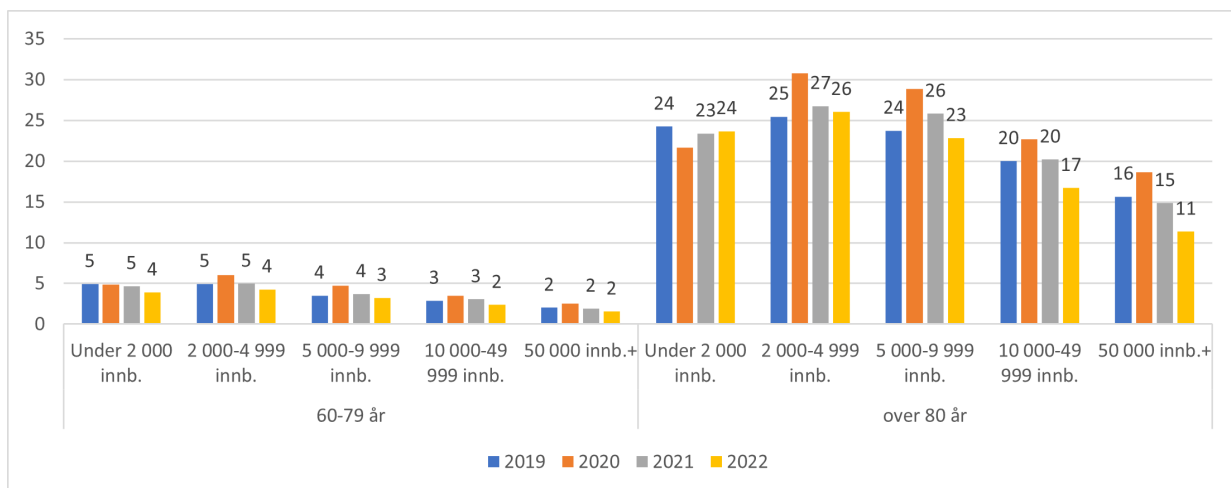
Det har vært en liten nedgang i sykebesøk av fastlege per 100 innbygger siste år. I 2022 utførte fastleger 1,5 sykebesøk per 100 innbygger (Figur 9.2), 0,3 færre besøk sammenlignet med 2021. Antall sykebesøk av fastlege har vært relativt stabil på rundt 2 sykebesøk per 100 innbygger siden 2017 (Figur 9.2).

Det er innbyggerne i gruppen 80 år og eldre som har desidert flest sykebesøk av fastlege. Som vist i Figur 9.9 var det en nedgang i antall sykebesøk av fastlege målt per innbygger blant de eldste fra 2021 til 2022. Antallet var lavere i 2022 enn alle årene fra 2019-2021. Antall sykebesøk i 2020 og 2021 var mest sannsynlig noe forhøyet grunnet pandemien.



Figur 9.9. Antall sykebesøk av fastlege per 100 innbygger for aldersgrupper, 2019-2022.

Kilde: KPR.



Figur 9.10. Antall sykebesøk av fastlege per 100 innbygger for aldersgruppene 60-79 år og de over 80 år og kommunestørrelse, 2019-2022.

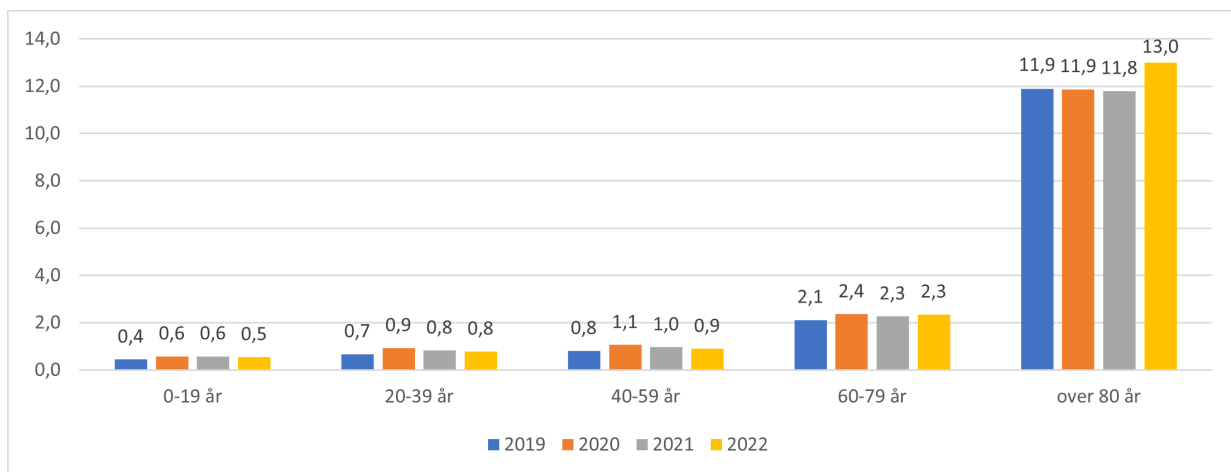
Kilde: KPR.

9.5

Flere legevaktsbesøk blant de eldste i 2022

Antall sykebesøk av legevakt målt per innbygger var uforandret fra 2021 til 2022 (Figur 9.7). Ser vi på de siste tre årene fra 2019 til 2022 har antall sykebesøk av legevakt målt per innbygger vært relativt stabil, men økte litt for de eldste.

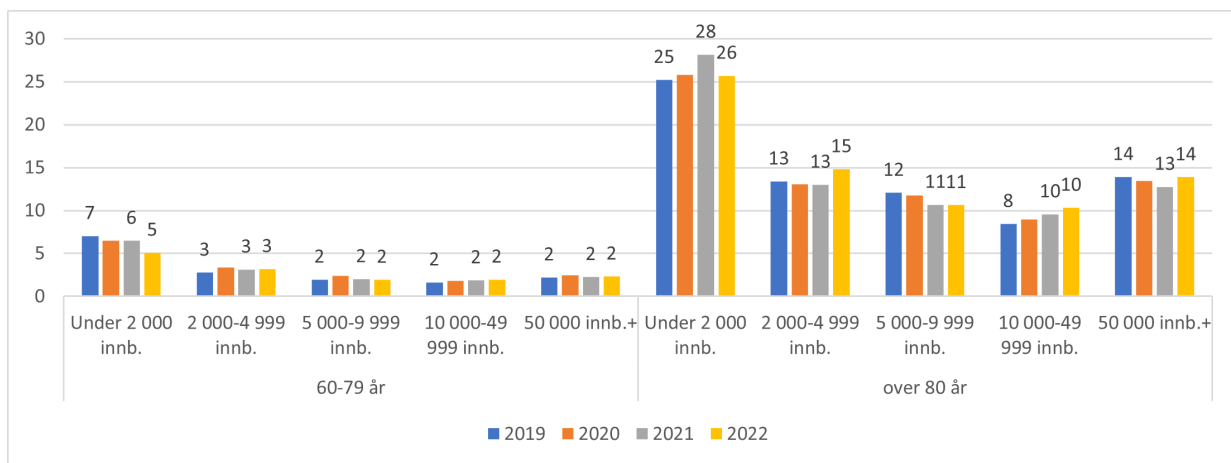
Legevakts besøk er en type kontakt som i hovedsak tilbys innbyggere som har vanskeligheter med å møte på legevakten, som oftest eldre pasienter.[78] Målt per 100 innbygger var det en økning i sykebesøk blant de over 80 år fra 2021 til 2022 (Figur 9.11). I 2022 hadde denne aldersgruppen 13 sykebesøk per 100 innbygger, en økning på 1,2 besøk per 100 innbygger fra 2021 (Figur 9.11).



Figur 9.11. Antall sykebesøk av legevakt per 100 innbygger for aldersgrupper og totalt, 2019-2022.

Kilde: KPR.

Det er i de små kommunene (som gruppe) at sykebesøk av legevakt til de eldste (Figur 9.12) forekommer oftest. Sammenligner man de minste kommunene med de største kommunene er det nesten dobbelt så mange sykebesøk av legevakt per 100 innbygger i de små kommunene.



Figur 9.12. Antall sykebesøk av legevakt per 100 innbygger for aldersgruppene 60-79 år og de over 80 år og kommunestørrelse, 2019-2022.

Kilde: KPR.

Fotnoter

[78] [Årsstatistikk for legevakt 202. Rapport nr.2-2021. NORCE.](#)

9.6

Nedgang i enkle kontakter med fastlegen og legevakt i 2022

I tillegg til konsultasjoner er såkalte enkle kontakter også en del av aktiviteten på fastlegekontoret og ved legevaktene. Enkle kontakter inkluderer enkel pasientkontakt ved personlig fremmøte (16 prosent) eller enkel kontakt via telefon, brev, eller elektronisk (84 prosent). Se Tabell V9.1 i vedlegg for takster som inngår i de ulike kontaktypene.

Tabell 9.4. Enkle kontakter med fastlege, 2017-2022.

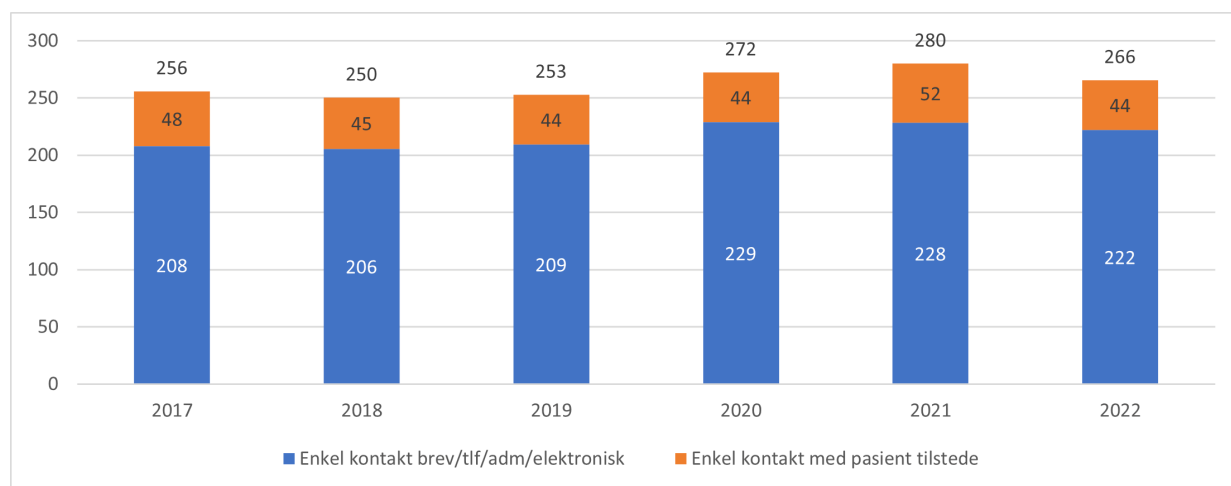
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Prosent endring siste år
Enkel kontakt brev/tlf/adm/elektronisk	11 005 203	10 962 419	11 229 601	12 332 069	12 382 379	12 185 421	- 2
Enkel kontakt med pasient til stede	2 548 357	2 378 042	2 344 248	2 353 230	2 813 779	2 397 662	-15
Totalt antall enkle kontakter	13 555 577	13 342 479	13 575 868	14 687 319	15 198 179	14 583 083	-4

Kilde: KPR.

Antall enkle kontakter per innbygger har samlet sett gått ned med fire prosent fra 2021 til 2022. Målt per innbygger har begge formene enkle kontakter gått noe ned fra 2021 til 2022. Nedgangen i antall enkle

kontakter med pasient til stede var på 8 kontakter per 100 innbygger (Figur 9.13), mens antall enkle kontakter med fastlegekontoret i form av brev, telefon eller elektronisk ble redusert med 6 kontakter per 100 innbygger siste år.

Ses hele perioden 2017 til 2022 under ett har antall enkle kontakter i fastlegetjeneste samlet sett økt noe. Det har vært en nedgang i enkle kontakter med pasient til stede tilsvarende 4 kontakter per 100 innbygger. Enkle kontakter i form av brev, telefon eller elektronisk har for samme periode økt. Fra tidligere rapporter vet man økningen i enkle kontakter i form av brev, telefon eller elektronisk skyldes en økning i bruken av enkle elektroniske kontakter. [79] Takst for enkel elektronisk kontakt (1be) ble tatt bort fra 1. juli 2022, og det er derfor ikke mulig å skille ut denne typen kontakt mer.



Figur 9.13. Enkle kontakter med fastlege per 100 innbygger, 2017-2022.

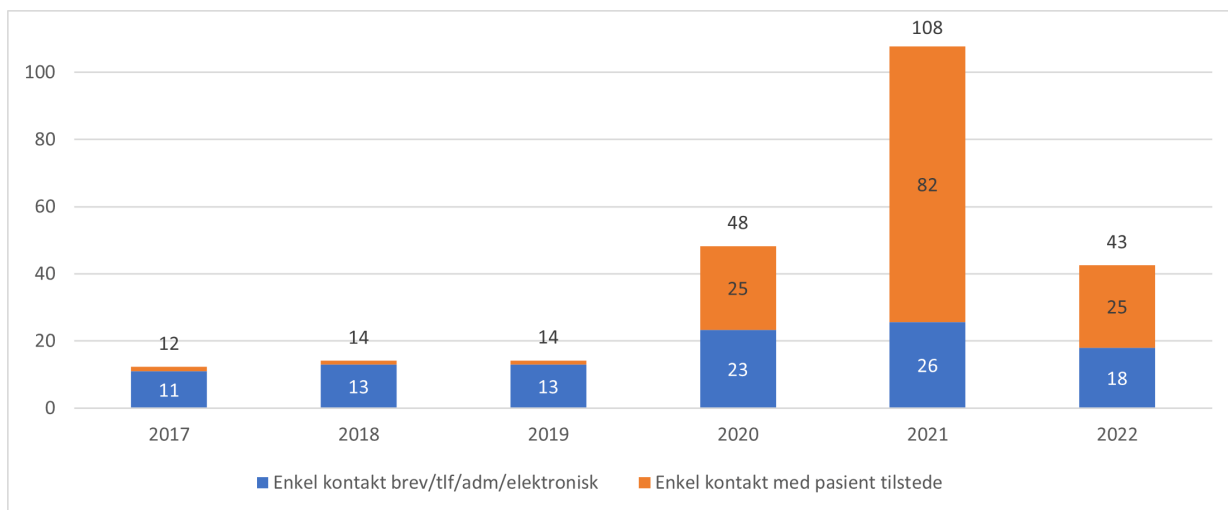
Kilde: KPR.

Tabell 9.5. Enkle kontakter med legevakt, 2017-2022.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Prosent endring antall siste år
Enkel kontakt brev/tlf/adm/elektronisk	588 607	677 879	724 717	1 273 250	1 397 551	991 018	- 29
Enkel kontakt med pasient til stede	68 848	57 808	63 228	1 347 953	4 447 712	1 344 877	-70
Totalt antall enkle kontakter	657 455	735 687	787 945	2 621 203	5 845 263	2 335 895	- 60

Kilde: KPR.

Ved legevaktene var det en enorm økning i enkle kontakter med pasient til stede under pandemien, noe som i hovedsak handler om Covid-19 testing. Fra 2021 til 2022 ble enkle kontakter totalt sett redusert med 60 prosent, men antallet er likevel langt høyere i 2022 enn før pandemien. Fra 2021 til 2022 gikk kontaktraten ned fra 108 til 43 kontakter per 100 innbygger, med størst nedgang i enkle kontakter med pasient til stede.



Figur 9.14. Enkle kontakter med legevakt per 100 innbygger, 2017-2022.

Kilde: KPR.

Fotnoter

[79] <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/handlingsplan-for-allmennlegetjenesten-arsrapport-2021>

9.7

Møter med andre instanser på vegne av eller med pasienter

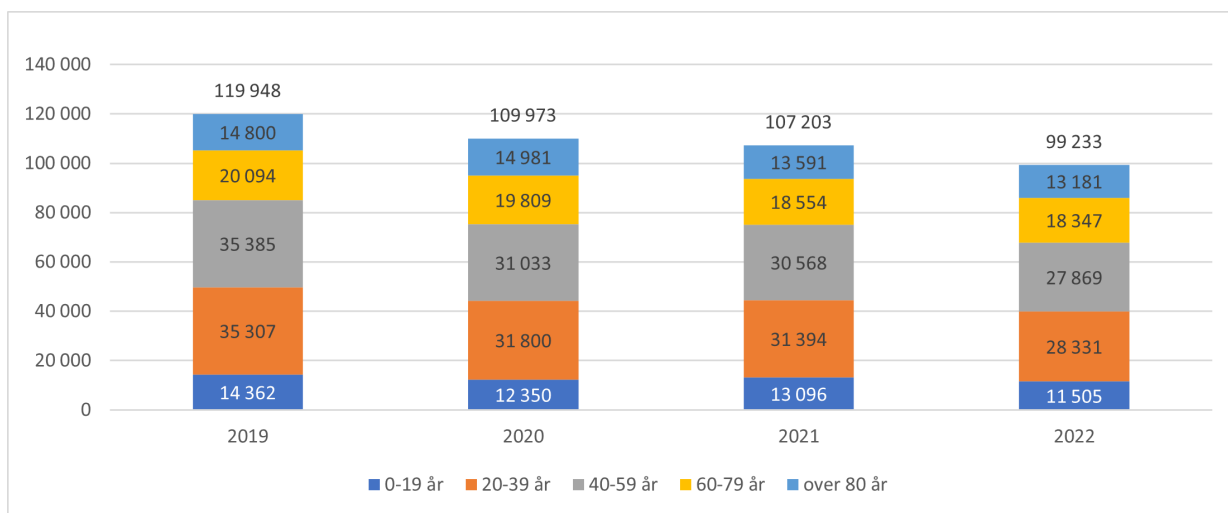
I tillegg til konsultasjoner og kontakter med pasienter har leger kontakt med andre instanser på vegne av, eller sammen med, pasienten. Slike kontakter inkluderer enkle kontakter med helsepersonell/kommunale tjenester eller NAV, tverrfaglige samarbeidsmøter eller det kan være dialogmøter med NAV. Se tabell V9.1 i vedlegg for takster som inngår i de ulike kontakttypene.

Nedgang i tverrfaglige samarbeidsmøter

Det er flest tverrfaglige samarbeidsmøter knyttet til de eldste i befolkningen. Målt per innbygger var det for gruppen over 80 år i 2022 5,4 tverrfaglige møter per 100 innbygger (Figur 9.16). Dette er betydelig høyere enn de øvrige aldergruppene. Tross en høy bruk knyttet til de eldste, utgjør antallet for denne aldersgruppen fortsatt bare 13 prosent av alle tverrfaglige møter (Figur 9.15).

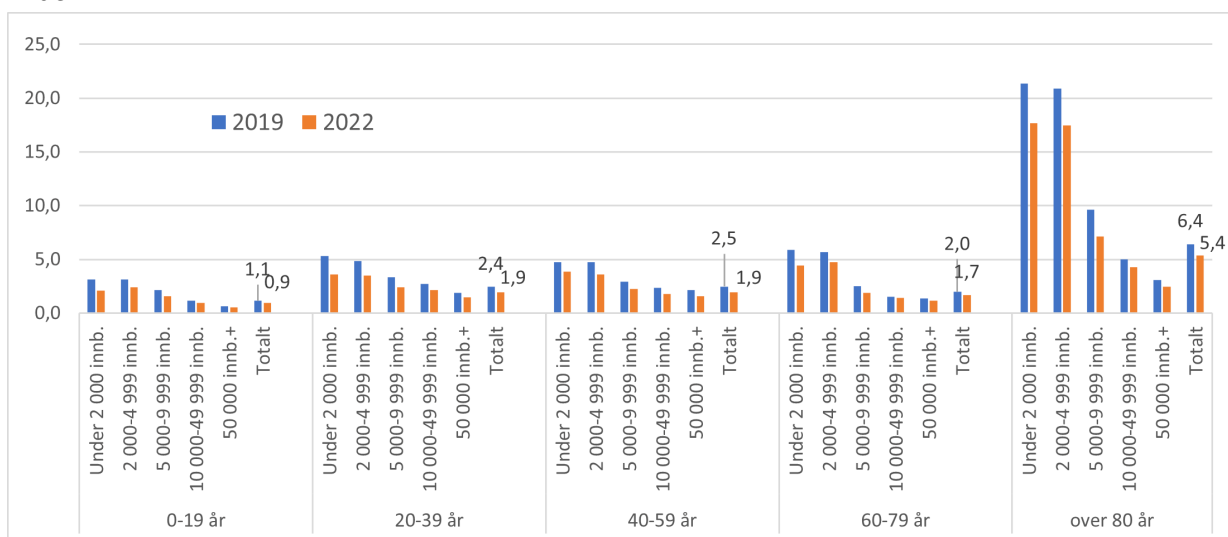
For de aller yngste deltok legen på omtrent 1 møte per 100 innbygger i 2022, mens for de øvrige aldersgruppene deltok legen på rett i underkant av 2 møter per 100 innbygger (Figur 9.16). Totalt sett har det vært en liten nedgang i tverrfaglige samarbeidsmøter fra 2019 til 2022 fra 2,2 møter per 100 innbygger i 2019 til 1,8 per 100 innbygger i 2022.

Det har vært en nedgang i antall møter knyttet til alle aldergruppene fra 2019 til 2022 (Figur 9.16) og for alle kommunestørrelser. Nedgangen er størst for de eldste. Deltagelse i tverrfaglig samarbeidsmøter for den yngre befolkning er som oftest relatert til rus og psykisk helse. Det er store forskjeller i bruken av tverrfaglige samhandlingsmøter i store og små kommuner (Figur 9.16). Det er mer bruk av tverrfaglige samarbeidsmøter i små kommuner sammenlignet med store kommuner.



Figur 9.15. Antall tverrfaglige samarbeidsmøter (absolutte tall) fordelt på aldersgrupper og totalt per år, 2019-2022.

Kilde: KPR.

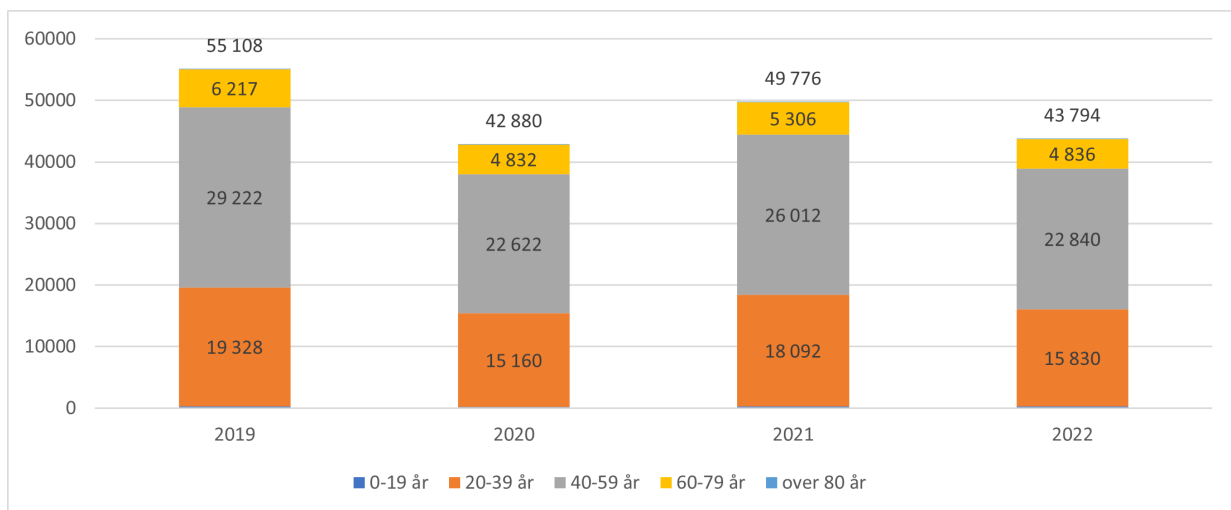


Figur 9.16. Antall tverrfaglige samarbeidsmøter per 100 innbygger for aldersgrupper og kommunestørrelse, 2019 og 2022.

Kilde: KPR.

Færre dialogmøter med NAV

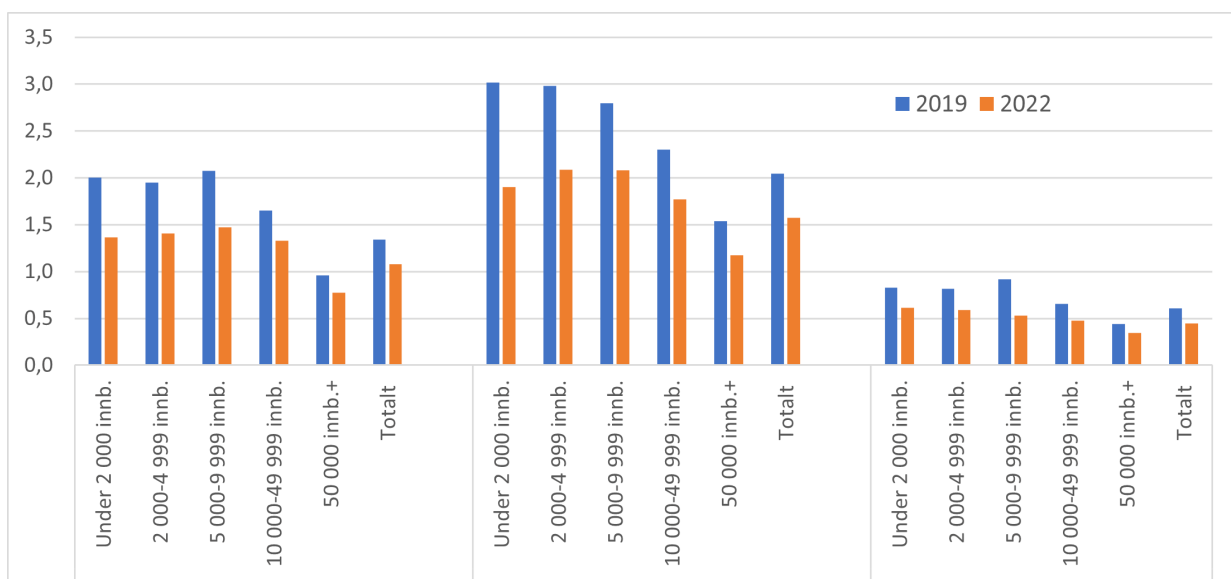
For å følge opp sykmeldte listeinnbyggere og innbyggere på listen som står i fare for å falle utenfor skole og arbeid har fastlegen dialogmøter med NAV. Disse møtene er derfor som vist i figur 9.17 mest brukt for de som er i yrkesaktiv alder. Det er nedgang i denne typen møter fra 2019 til 2022 totalt, og for de ulike aldersgruppene.



Figur 9.17. Antall dialogmøter med NAV (absolutte tall) fordelt på aldersgrupper og totalt per år, 2019-2022.

Kilde: KPR.

Figur 9.18 viser antall dialogmøter med NAV målt per innbygger fordelt på kommunestørrelse og alder. Her ekskluderes de yngste og de eldste da bruken i disse gruppene er veldig lav (Se tabell V9.4 i vedlegg for tall for alle aldersgrupper). Deltagelse i dialogmøter er lavest i gruppen med de aller største kommune, og det er nedgang i bruken av denne typen kontakt fra 2019 til 2022 for alle kommunestørrelser.



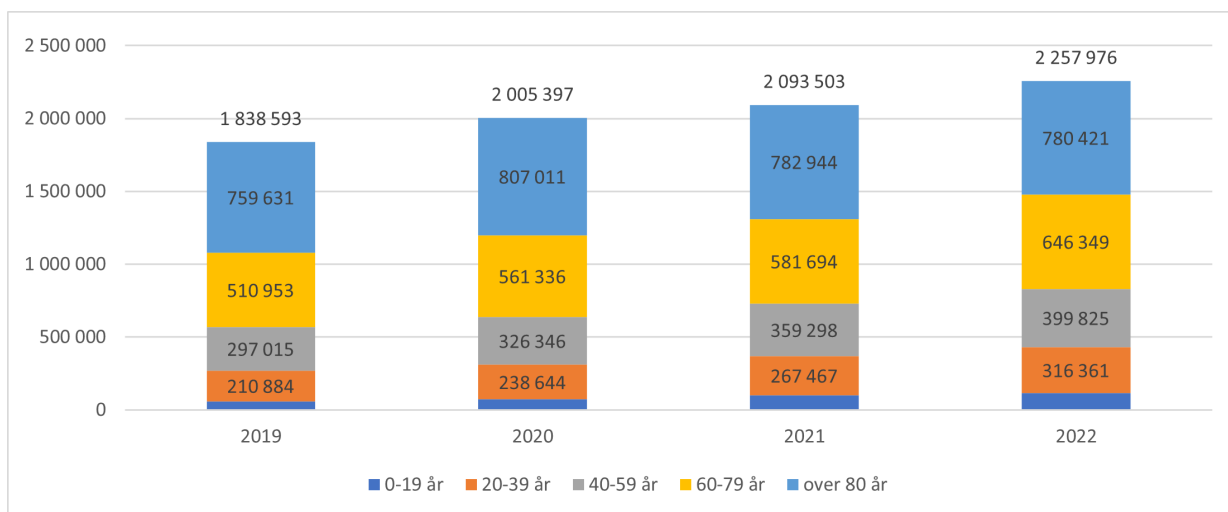
Figur 9.18. Antall dialogmøter med NAV per 100 innbygger for utvalgte aldersgrupper og kommunestørrelse, 2019 og 2022.

Kilde: KPR.

Redusert kontakt med andre instanser per innbygger over 80 år fra 2019-2022

I tillegg til tverrfaglige samarbeidsmøter og dialogmøter har fastleger kortere og mer hyppige kontakter med annet helsepersonell og tjenester i kommunene. Slik som for sykebesøk er også denne kontakttypen

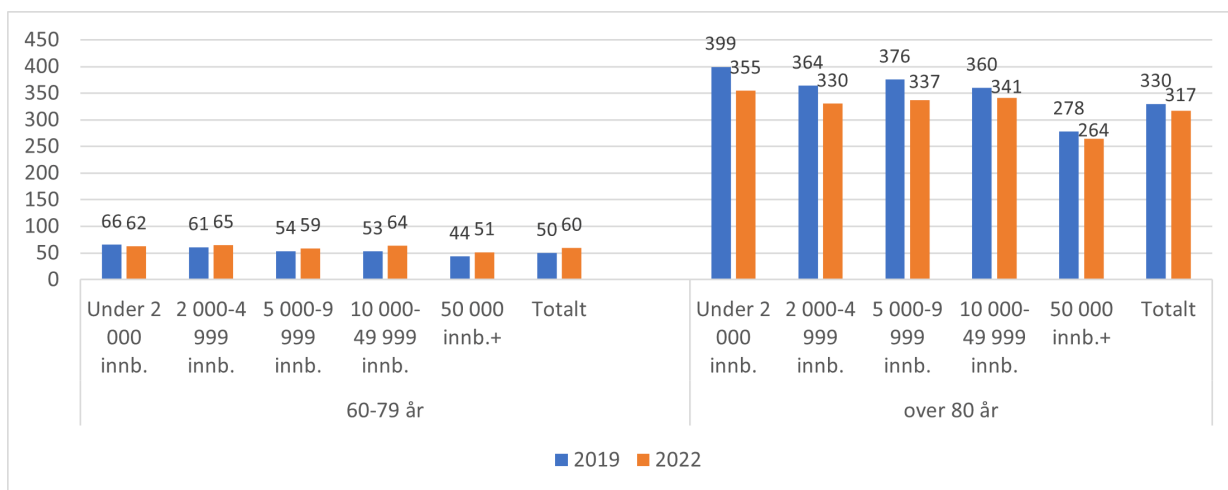
mer vanlig i oppfølging av de eldre listeinnbyggerne enn for de yngre, både i absolutte tall og målt per innbygger (Figur 9.19 og 9.20). I 2022 var 35 prosent av de enkle kontaktene fastlegen har med andre instanser knyttet til innbyggere over 80 år (i absolutte tall).



Figur 9.19. Antall enkle kontakter med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV (absolutte tall) fordelt på aldersgrupper og totalt per år, 2019-2022.

Kilde: KPR.

Til tross for en vekst i aktivitet knyttet til de eldste innbyggerne, var det en nedgang siden 2019 målt per 100 innbyggere i enkle kontakter fastlegen hadde med andre instanser knyttet til innbyggere over 80 år. Dette gjelder både små og store kommuner (Figur 9.20). For befolkningen mellom 60 og 79 år var det en økning i kontakt for alle kommunistørrelser unntatt for de aller minste kommunene, hvor det var en nedgang. Kontakt knyttet til innbyggere under 60 år er lav, og tall for disse aldersgruppene inkluderes derfor ikke i figuren nedenfor. Selv om disse ikke vises er det verdt å nevne at det har vært økning i kontakt knyttet til disse aldersgruppene siden 2019. Se tabell V9.5 for antall enkle kontakter med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV for alle aldersgrupper.



Figur 9.20. Antall enkle kontakter med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV per 100 innbygger for de over 60 år fordelt på kommunistørrelse, 2019-2022.

Kilde: KPR.

Tilgjengelighet og kvalitet

Per i dag publiseres det 17 nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) om allmennlegetjenester[80]. Fire av disse omhandler legevakt, fem er om fastlegetjenesten generelt og tre ser spesifikt på legetjenester i sykehjem. I tillegg er det fem indikatorer om bruk av antibiotika utenfor sykehus, som kan relateres til kvaliteten i allmennlegetjenestene.

Fotnoter

[80] [Allmennlegetjenesten - Helsedirektoratet](#)

10.1

Flere uten fast lege i 2022, men tegn til stabilisering i 2023

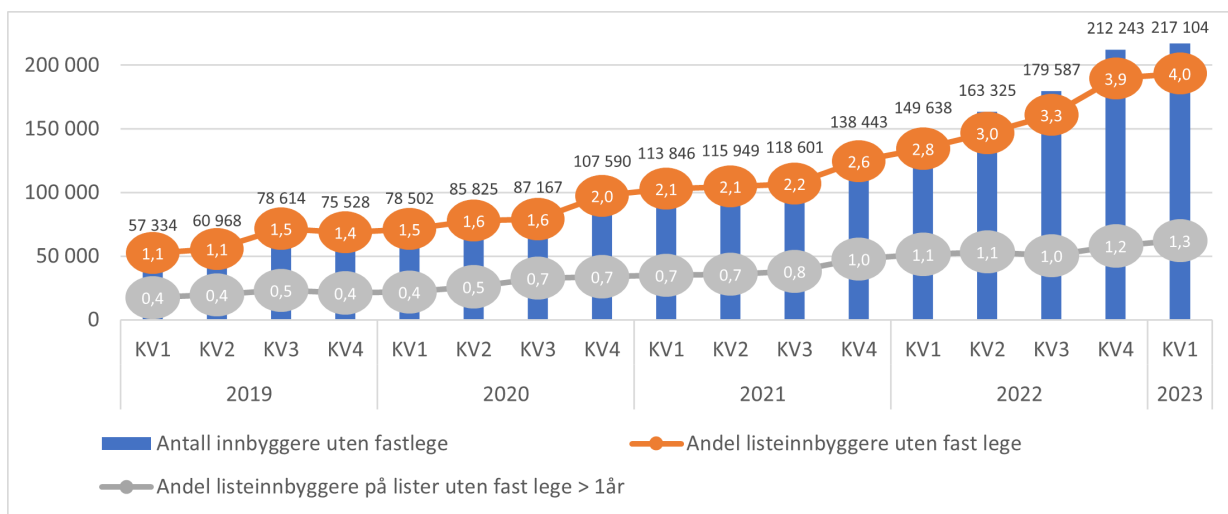
Et viktig mål med fastlegeordningen er at hver innbygger skal ha tilbud om en fastlege over tid. Det er godt dokumentert at kontinuitet i forholdet mellom lege og pasient gir bedre samarbeid og større tilfredshet. Forskning viser også at dette har en positiv effekt på forebygging, oppfølging og behandling. I mars 2023 ble "innbyggere uten fast lege" tatt inn som en kvalitetsindikator. Indikatoren viser antall og andel innbyggere som er med i fastlegeordningen, og som står på en fastlegeliste som ikke er besatt av en fast allmennlege.

Økningen i antall lister uten fast lege i løpet av 2022 (+ 89 lister) fører til at 74 731 flere innbyggere står uten fast lege ved utgangen av 2022 sammenlignet med 2021. Per desember 2022 står 213 155 innbyggere uten fast lege. Av alle listeinnbyggere utgjør dette 3,9 prosent. Antall og andel har økt hvert kvartal i årene 2019 til og med 2022[81].

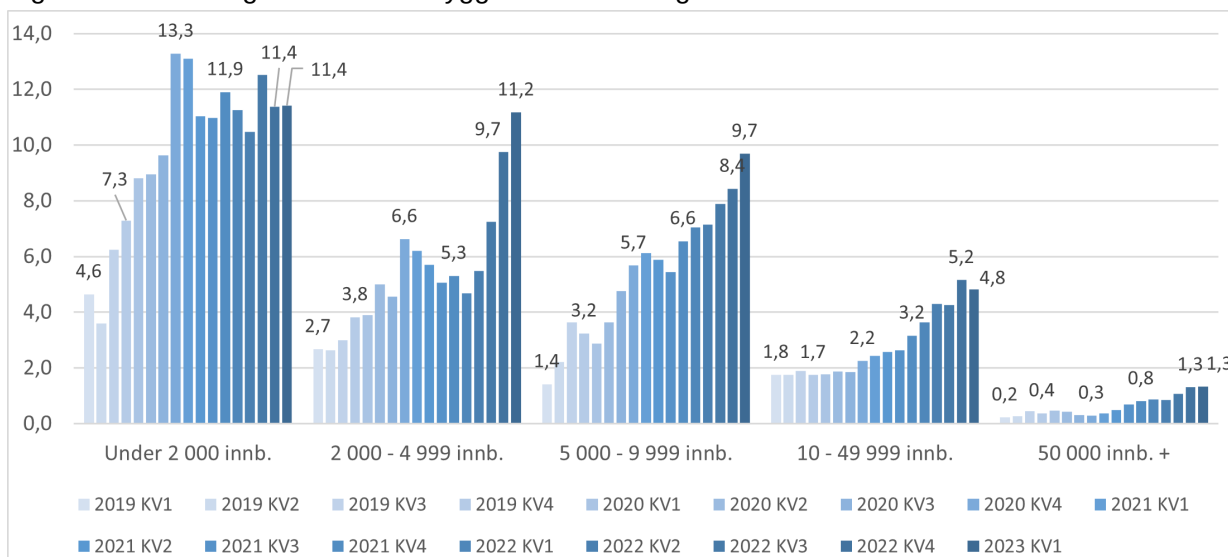
Oppdaterte månedstall fra Helsedirektoratet fram til mai 2023 viser relativt stabilt antall og andel fra slutten av 2022 og første del av 2023.

Av lister som står uten fast lege per 4.kvartal 2022 har 34 prosent (106 lister) stått uten fast lege lengre enn ett år ved telletidspunktet. Antall og andel listeinnbyggere som står på en liste som har stått uten fast lege over ett år er langt lavere enn lister uten fast generelt, men følger samme utvikling med vekst fra 2019 til og med 2022. For 4.kvartal 2022 er andelen listeinnbyggere som står på en liste som har stått uten fast lege over ett år 1,1 prosent (62 235 innbyggere). For 2022 i sin helhet har andelen holdt seg stabil rundt 1 prosent (se figur 10.1). Her er det viktig å merke seg at for hvert tidspunkt telles antallet innbyggere som står på disse listene akkurat på telletidspunktet. Da det vil være noe inn- og utflyt av personer på listene er det ikke nødvendigvis slik at alle innbyggerne har stått på listen over ett år selv om listen har vært ubesatt over ett år.

Lister uten fast lege har et relativt sett større omfang i små kommuner enn i store kommuner. I løpet av 2022 var det en klar økning i andelen listeinnbygger uten fast lege i både små og store kommuner, med unntak av kommunegruppen med færre enn 2000 listeinnbyggere (som har høyest andel). Det kan likevel være unntak fra dette innad i kommunegruppene.



Figur 10.1. Antall og andel listeinnbyggere uten fast lege. Fra 1. kvartal 2019 til 1. kvartal 2022.



Figur 10.2. Andel listeinnbyggere på uten fast lege. Alle kvartaler i årene 2019 til 2021, samt 1. kvartal 2023. Fordelt etter kommunestørrelse*. Verdier angitt 4.kvartal hvert år, samt 1. kvartal 2019 og 2023.

Kilde: FLO. *Kommuner er definert etter kommunestruktur per 01.01.2023.

Fotnoter

[81] Se Helsedirektoratets nettsider knyttet til Handlingsplanen [Rapporter og statistikk om allmennlegetjenesten - Helsedirektoratet](#)

Noe kortere median avtalevarighet for fastleger 2015-2022

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[82]. 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 2022 var median varighet på fastlegeavtalene på 7,8 år for hele landet. Det er nokså store variasjoner mellom fylkene, fra median avtalevarighet på 10,0 år i Oslo til 5,6 år i Troms og Finnmark. Det har vært en svak nedgang i median varighet på fastlegeavtalene, fra 9,5 år i 2015 til 7,8 år i 2022. . Fra 2021 til 2022 var det en større nedgang enn på lenge. Nedgangen skyldes trolig delvis en økning i antall fastleger totalt (+191 fastlegeavtaler fra 2021 til 2022). I tillegg til at det har blitt flere nye fastleger, påvirkes resultatet av at leger med lang avtaletid slutter. [83]

Median avtalevarighet fordelt etter kommunestørrelse viser at varigheten er økende med antall innbyggere i kommunen. I kommuner med flere enn 50 000 innbyggere var median avtalevarighet i 2022 på 9,3 år, mens i kommuner med færre enn 2 000 innbyggere var avtalevarigheten på 3,7 år. Samtidig ser vi at median avtalevarighet har gått ned i hver kategori av kommunestørrelser fra 2015 til 2022.

Tabell 10.1. Median varighet på fastlegeavtaler målt i år for årene 2015 til 2022 fordelt etter kommunestørrelse.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Under 2 000 innb.	4,6	3,8	3,6	3,3	3,9	4,2	4,0	3,7
2 000-4 999 innb.	7,8	7,2	6,8	6,2	6,4	5,9	5,9	5,7
5 000-9 999 innb.	6,8	6,4	6,7	6,2	6,3	6,7	6,7	6,7
10 000-49 999 innb.	9,3	8,9	8,8	8,4	8,0	7,8	7,8	7,0
50 000 innb.+	11,6	11,2	10,8	10,5	9,9	9,8	9,8	9,3
Hele landet	9,5	9,3	8,9	8,5	8,4	8,3	8,3	7,8

Referanser

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

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

10.3

Liten endring i varighet på relasjonen mellom fastlege og innbygger nasjonalt

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 studie har vist at kontinuitet i lege-pasient-forholdet gir redusert dødelighet, spesielt blant eldre pasienter og redusert bruk av spesialisthelsetjenester.[84] Den personlige kontinuiteten mellom lege og pasient kan måles gjennom å se på tiden en listeinnbygger har den samme fastlegen.

Ved utgangen av 2022 var median varighet på fastlege-listeinnbygger relasjonen på 5,2 år (mot 5,1 i 2015). Resultat for 2022 er uendret fra 2021. Det er noe variasjon mellom fylkene. Median varighet på fastlege-listeinnbygger-relasjonen strekker seg fra 4,3 år i Oslo og Troms og Finnmark til 6,3 år i Rogaland. [85]

Median varighet på lege-pasient-relasjonen er lenger i større kommuner. I kommuner med flere enn 50 000 innbyggere var median varighet i 2022 på 5,3 år, mens i kommuner med færre enn 2 000 innbyggere var varighet på relasjonen på 3,1 år.

Tabell 10.2. Median varighet på lege-pasient-relasjonen målt i år for årene 2015 til 2022 fordelt etter kommunestørrelse.

Median varighet på lege-innbygger-relasjon (år)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Under 2 000 innb.	2,8	3,0	3,0	3,3	3,3	3,9	3,5	3,1
2 000-4 999 innb.	4,8	4,8	4,4	4,2	4,3	4,3	4,3	4,3
5 000-9 999 innb.	4,6	4,5	4,6	4,6	4,8	5,1	5,1	4,9
10 000-49 999 innb.	5,5	5,3	5,1	5,3	5,3	5,3	5,3	5,2
50 000 innb.+	4,9	5,0	5,1	5,4	5,3	5,3	5,3	5,3
Hele landet	5,1	5,0	4,9	5,3	5,3	5,3	5,3	5,2

Kvalitetsindikatoren viser også andel innbyggere med samme lege over 2, 10 og 15 år. Resultatene for 2022 viser at andelen med samme lege over 2 år strekker seg fra 60,2 prosent i kommuner med færre enn 2 000 innbyggere til 75,9 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 10.3 Andel innbyggere med samme lege over 2 år, 10 år og 15 år i 2022 fordelt etter kommunestørrelse.

Varighet på lege-innbyggerrelasjon	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.	60,2 %	19,2 %	11,0 %
2 000-4 999 innb.	66,9 %	26,4 %	15,0 %
5 000-9 999 innb.	72,2%	28,0 %	17,1 %
10 000-49 999 innb.	74,1 %	29,6 %	18,0 %
50 000 innb.+	75,9 %	30,3 %	17,9 %
Hele landet	74,3 %	29,5 %	17,6 %

Andel listeinnbyggere som har hatt samme fastlege i mer enn 10 år har gått fra 30,9 prosent i 2015 til 29,5 prosent i 2022, mens andel som har hatt samme fastlege i mer enn to år har gått fra 75,2 prosent i 2015 til 74,3 prosent i 2022.

Fotnoter

[84] [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.](#)

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

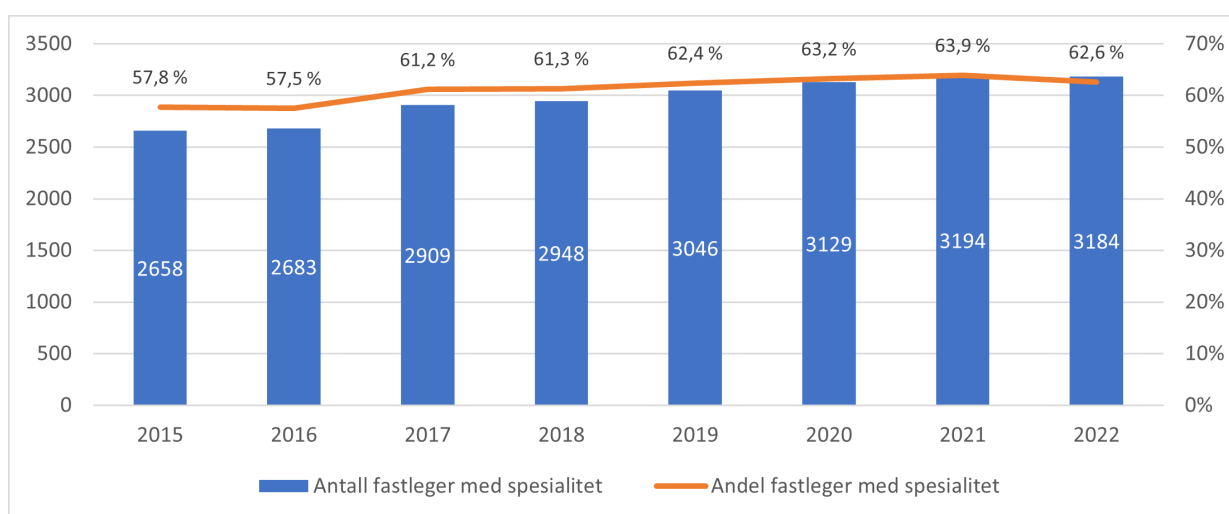
10.4

Nedgang i andel fastleger med spesialisering

I 2022 har det for første gang på flere år vært en reduksjon i andelen fastleger med gjennomført spesialisering. Andelen økte jevnt i perioden 2016 til 2021. En medvirkende årsak til økningen vi har sett over tid kan være kompetanseforskriften av mars 2017, som krever at tiltredende fastlege skal være spesialist eller under spesialisering i allmennmedisin. Fra 2021 til 2022 ser vi derimot en nedgang i andel med spesialitet.

Nedgangen kan blant annet skyldes en økning i antall fastleger totalt, og da særlig en økning i antall fastleger under 40 år. Nye leger som tiltrer, kan fortsatt ikke ha gjennomført hele spesialiseringen. Andelen med spesialitet er lavest i aldersgruppen under 40 år, etterfulgt av gruppen 40-60 år og høyest i gruppen over 60 år. Ved utgangen av 2022 var det 86 flere fastleger totalt enn ved utgangen av året før. I gruppen under 40 år hadde det blitt 69 flere fastleger i denne perioden, samtidig som det hadde blitt 39 færre fastleger over 60 år.

Noe av økningen fra 2016 til 2017 kan skyldes endringer i krav om resertifisering som spesialist. Før 2017 var det et krav om resertifisering hvert femte år for å beholde spesialisttittel. Fra og med 2017 bortfalt dette kravet. Allmennlegen får beholde tittelen uten å søke, men må heller søke om forlengelse av retten til tilleggskast som spesialist i allmennmedisin. Figuren under viser utviklingen over tid i andel og antall fastleger med spesialitet i allmennmedisin.



Figur 10.3. Antall og andel fastleger med spesialitet i allmennmedisin i årene 2015 til 2022.

Tabell 10.4. Andel fastleger med spesialisering i allmennmedisin i årene 2015 til 2022.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022

Under 2 000 innb.	34,8	32,1	40,6	38,5	40,7	44,0	44,1	48,6
2 000-4 999 innb.	42,7	42,2	44,9	43,1	45,2	46,7	49,6	51,0
5 000-9 999 innb.	48,8	47,6	49,9	49,8	51,9	53,8	56,6	55,9
10 000-49 999 innb.	56,2	56,0	58,5	58,7	60,3	60,4	60,7	59,1
50 000 innb.+	65,5	65,5	70,4	71,1	71,1	71,7	71,9	69,9

Andelen med spesialisering i allmennmedisin varierer etter kommunestørrelse. Som tabellen over viser, var andelen i 2022 høyere enn i 2015 innenfor alle kategorier av kommunestørrelser.. I 2022 var det likevel en nedgang i andel i de tre kommunegruppene med flest innbyggere. Gruppen med flest innbyggere (50 000+) har over tid hatt høyest andel. Andelen synker i tråd med innbyggertallet.

10.5

Legetjenesten i sykehjem

Helsedirektoratet publiserer tre nasjonale kvalitetsindikatorer om allmennlegetjenester ved norske sykehjem.[86] Nedenfor vises de nasjonale resultatene for disse indikatorene i perioden 2017-2021. Oppdaterte resultater for 2022 publiseres i 22. juni i år.[87]

Tabell 10.5. Tre indikatorer for allmennlegetjenester i sykehjem 2017-2021.

	2017	2018	2019	2020	2021
Gjennomsnitt antall avtalte legetimer per uke per beboer	0,55	0,56	0,55	0,56	0,61
Andel beboere med legemiddelgjennomgang siste 12 måneder	49,5	54,6	57,7	58,3	56,6
Andel beboere vurdert av lege siste 12 måneder	56,7	64,0	67,7	65,6	65,6

Gjennomsnittlig antall legetimer per uke for beboere på sykehjem økte litt i 2021, etter flere år med tilnærmet uendret resultat. Andelbeboere med gjennomført legemiddelgjennomgang de siste tolv månedene gikk derimot litt ned i 2021, etter flere år med bedring. Resultat for indikatoren som måler andel beboere i sykehjem er blitt vurdert av lege de siste 12 månedene er underet fra 2020 til 2021.

I 2. kvartalsrapport for 2022 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 2022.

Fotnoter

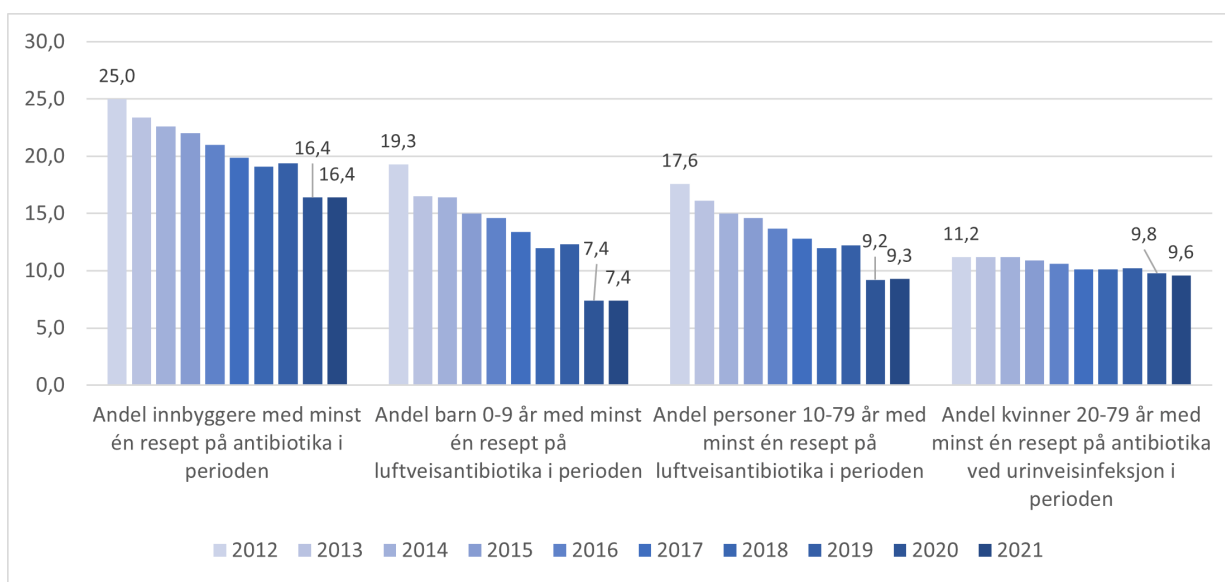
[86] [Allmennlegetjenesten - Helsedirektoratet](#)

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

10.6

Lite endring i forskrivning av antibiotika fra 2020 til 2021

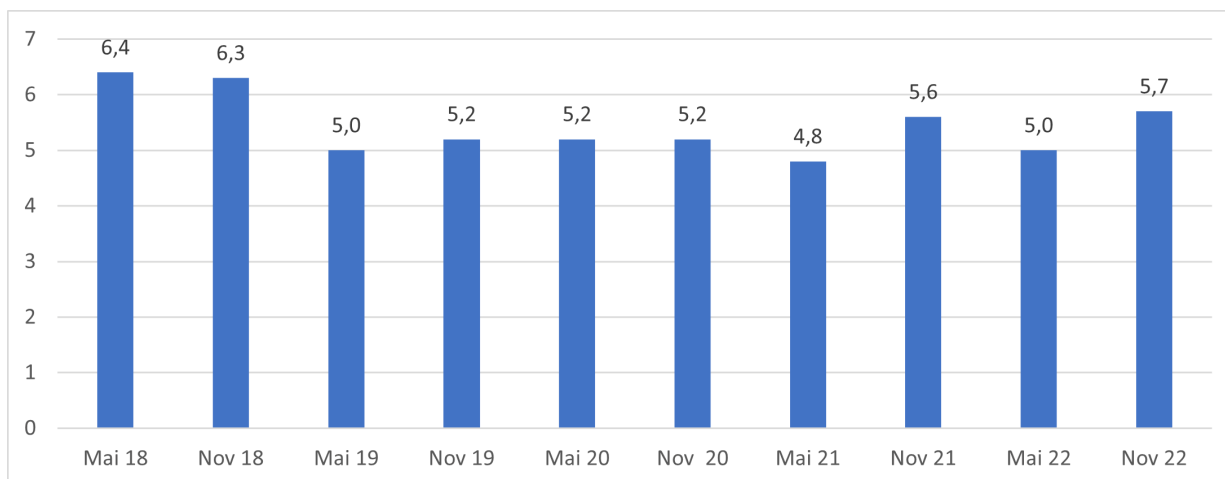
Det publiseres i dag fem nasjonale kvalitetsindikatorer om antibiotika, som kan relateres til kvaliteten i allmennlegetjenestene.[88] Indikatorer om antibiotikabehandling utenfor sykehus er basert på tall fra Reseptregisteret om all reseptbelagt medisin hentet ut på apotek. Det store flertallet av reseptene er skrevet ut av fastleger og legevaktleger.[89] Det publiseres både resultater for forskrivning av foretrukne antibiotika og forskrivning av antibiotika totalt.



Figur 10.4. Indikatorer for antibiotikabehandling utenfor sykehus fra 2012 til 2022.

Kilde: Reseptregisteret

Figuren viser at forskrivningen av antibiotika har gått ned over tid på samtlige områder. Resultatene for 2021 er tilnærmet uendret fra 2020. 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.[90] Det har vært en liten reduksjon over tid, men resultatene fra de siste målingene viser ikke fortsatt nedgang.



Figur 10.5. Utvikling i antibiotikabruk i sykehjem i årene 2018 til 2022. Andel beboere som fikk minst én type antibiotikum på måletidspunktet (eksklusiv metenamin).

Kilde: Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS)

Fotnoter

[88] [Allmennlegetjenesten - Helsedirektoratet](#). Resultatene for disse indikatorene oppdateres i juni hvert år. Årstall for 2021 publiseres 23. juni 2022.

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

[90] 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).

10.7

Kvalitetsindikatorer for legevakt

Se tallgrunnlag og figurer på nettsiden for Nasjonale kvalitetsindikatorer.[91]

10.7.1 Samtreening

I akuttmedisinforskriften § 4 heter det; «Virksomheter som yter akuttmedisinske tjenester skal sikre at personellet som utfører tjenestene får nødvendig opplæring og trening i å utføre egne arbeidsoppgaver og trening i samhandling og samarbeid mellom alle leddene i den akuttmedisinske kjeden». Det er altså lovpålagt for de akuttmedisinske tjenestene å gjennomføre samtreening. Det er ønskelig at samtreening gjennomføres årlig, men det er ikke et lovkrav.

Systematisk trening i samhandling er viktig i alle deler i den akuttmedisinske kjeden. Måten treningen organiseres på må tilpasses lokale forhold. Treningen er i første rekke beregnet på personell i legevakt og ambulansetjenesten, men bør omfatte alle aktører i den akuttmedisinske kjeden som involveres i håndtering av akuttmedisinske hendelser lokalt.

Den viktigste grunnen til å ha samtrening er å bedre pasientsikkerheten. Flere forskergrupper har nylig evaluert forholdet mellom teamtrening og pasientsikkerhet. Forhold ved teamarbeid, som situasjonsforståelse, kommunikasjon, lederskap og tillit henger sammen med kliniske resultater.

På landsbasis deltok 13,3 prosent av legene i akuttmedisinsk samtrening i 2021. Ved ti legevakter hadde alle leger deltatt i akuttmedisinsk samtrening siste år. Seks legevakter bevarte ikke undersøkelsen. På fylkesnivå varierte andel leger som hadde deltatt i samtrening fra 29,1 i Troms og Finnmark til ingen i Oslo. Samtreningsaktiviteten kan i 2021 være påvirket av arbeidet med covid-19. Fedje legevakt hadde oppstart 1.1.2022 og har derfor ikke andeler/antall.

På landsbasis deltok 18,5 prosent av sykepleiere/annet helsepersonell (utenom leger) i akuttmedisinsk samtrening med ambulanse i 2021. 50 legevakter oppga at de ikke hadde sykepleiere/annet helsepersonell enn leger ved legevakten (29,8 prosent). 2 legevakter hadde sykepleier/annet helsepersonell, men har oppga ikke antall. På fylkesnivå var andelen høyest i Troms og Finnmark med 36,6 prosent. Lavest andel samtrening hadde Oslo med 0 prosent i 2021.

Samtreningsaktiviteten kan i 2021 være påvirket av arbeidet med covid-19.

Andelen som har hatt samtrening kan variere mellom år, avhengig av når legevakten gjennomfører samtrening. Noen legevakter kan gjennomføre samtrening for alle ett år og ingen året etter, mens andre kan gjennomføre samtrening for noen ett år og andre året etter. For å få et bilde av omfanget av samtrening i legevaktene bør denne indikatoren derfor følges over tid.

På aggregert nivå, både fylkes- og nasjonalt nivå, kan legevaktspersonell som har deltatt i samtrening ved flere legevakter telles flere ganger. Det vil eventuelt utgjøre en svært liten andel.

10.7.2 Tolketjeneste

Målet er at helsepersonell på legevakt har døgntilgang til kvalifisert tolketjeneste når de opplever språkbarrierer i kommunikasjon med pasienter og brukere av legevakten. Legevakten bør ha rutiner og prosedyrer for bruk av kvalifisert tolk.

Kommunen skal sørge for at det gis informasjon som pasient og bruker har rett til å motta etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2, jf. helse og omsorgstjenesteloven § 4-2 a.

Ved språkbarrierer har helse- og omsorgspersonell plikt til å vurdere behovet for, og eventuelt skaffe tolk med nødvendige kvalifikasjoner. Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Dette medfører at legevakten må benytte tolk, for eksempel til minoritetsspråklige, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-5.

Tilgang til: Om kommunen, legevakten eller legevaktene som inngår i den interkommunale legevakten har tilgang til en leverandør/flere leverandører om døgntilgang til tolketjenester.

Døgntilgang: Tjenesten tilbys 24/7, innen få timer, og kan ikke vente til neste dag.

Tolketjeneste kan tilbys via telefon eller digital løsning.

Tolketjeneste for døve, hørselhemmede og døvblinde er ikke inkludert i beregningen av denne indikatoren, da tolketjenester for disse gruppene er tilgjengelige for alle legevaktene via NAV.

Av alle 168 legevaktene i landet hadde 87 prosent tilgang til døgnkontinuerlig tolketjeneste på flere språk i 2021. I Oslo, Vestfold og Telemark og Agder fylker hadde alle legevaktene denne tjenesten. I resterende syv fylkene varierte andelen mellom 82-92 prosent i 2021.

Legevakter som ikke besvarte kartleggingen er ikke inkludert i beregningene på aggregert nivå, fylkes- eller nasjonalt nivå, det vil si at de ikke inngår som nevner.

10.7.3 Triagering

Legevaktordningen skal vurdere, gi råd og veilede ved henvendelser om øyeblikkelig hjelp, jf. akuttmedisin-forskriften § 6 a1. Med triage menes å bestemme prioriteringsrekkefølgen av pasienter basert på grad alvorlighet og hastegraden av deres medisinske tilstand, når ressurssituasjonen er utilstrekkelig til å kunne behandle alle på samme tid.

Legevakter som dekker en stor populasjon (storbylegevakter) kan oppleve stor pågang til legevaktens lokaler. Det gjelder både pasienter som møter direkte uten å ha vært i kontakt med legevaktsentralen (LVS), og pasienter som først kontakter LVS og blir bedt om å komme til legevakten. Store legevakter kan dermed ha mange pasienter som oppholder seg på et venterom over lengre tid før de får tilsyn av lege. Triagering skal sikre at de mest kritiske pasientene sikres hjelp først.

I veilederen for legevakt anbefales det at legevaktene med samtidighetskonflikter har et standardisert verktøy for triagering av pasienter som møter på legevakten.

77,3 prosent av legevaktene, hvor triagering er aktuelt, hadde i 2021 et triageringsverktøy. I Oslo og i Vestfold og Telemark hadde alle de aktuelle legevaktene et triageringsverktøy. Møre og Romsdal hadde de færrest legevakter et triageringsverktøy (57,1 prosent).

36 av landets 168 legevakter, 21,4 prosent, oppga at det ikke var aktuelt med triagering fordi legevakten sjelden eller aldri har samtidighetskonflikter.

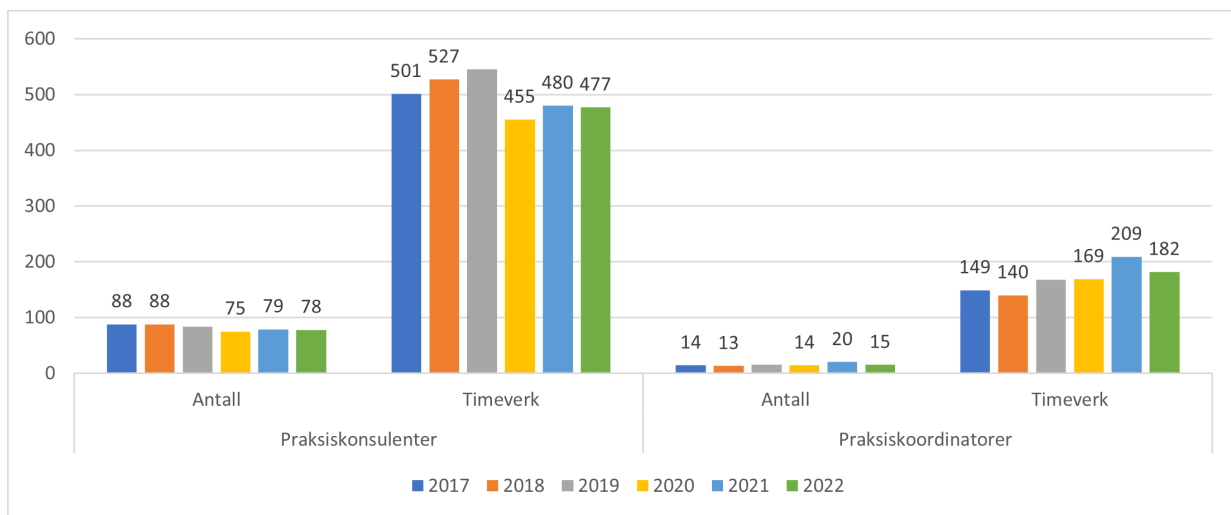
Fotnoter

[91] [Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus - Helsedirektoratet](#)

10.8

Praksiskonsulentordningen

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



Figur 10.6. Antall leger og ansatt som praksiskonsulent og praksiskoordinator, og timeverk per uke, 2017-2022.

Det var i alt 78 leger ansatt som praksiskonsulenter i 2022, og de jobbet til sammen 477 timeverk. Dette er en nedgang i antall timeverk fra 2021 på 3 timer og 1 leger. 15 leger var ansatt som praksiskoordinatorer i 2022, en nedgang på 5 siden 2021. Antall timeverk per uke som praksiskoordinator var 182 timer, en nedgang i timeverk på 27 timer.

De fleste av timene som praksiskonsulenter utføres av leger som ikke er fast ansatt i helseforetaket. I 2022 var 107 timeverk per uke utført av leger med fast ansettelse, noe som utgjør 22 prosent av totalt timeverk per uke. Tilsvarende ble 35 prosent av timeverkene som praksiskoordinator gjort av fast ansatt leger. 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 2022, unntatt for Helse Vest hvor antallet er uforandret. Totalt har det for siste år vært en nedgang på én lege. I Helse Midt har det økt med to leger siste år, men i de øvrige helseforetakene har det vært en nedgang på en lege.

Tabell 10.6. Antall ansatte leger og timeverk per uke som praksiskonsulent fordelt på helseforetak 2017-2022.

	Antall						Antall timeverk i uken					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Helse Sør-Øst	48	52	52	45	46	45	286	343	362	280	303	288
Helse Vest	22	17	20	20	23	22	102	69	103	102	98	110
Helse Midt	9	9	5	5	4	6	64	64	46	46	41	49
Helse Nord	9	10	7	5	6	5	49	51	34	27	38	30
Totalt	88	88	84	75	79	78	501	527	545	455	480	477

Tabell 10.7. Antall ansatte leger og timeverk per. uke som praksiskoordinator fordelt på helseforetak. 2017-2022.

	Antall						Antall timeverk i uken					
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Helse Sør-Øst	10	11	12	11	11	11	117	121	147	149	141	152

Helse Vest	3	2	2	3	9	3	24	19	13	20	68	27
Helse Midt	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Helse Nord	1	0	1	0	0	0	8	0	8	0	0	0
Totalt	14	13	15	14	20	15	149	140	168	169	209	182

Vedlegg 1 - begrepsliste

ALIS: Allmennlege i spesialisering.

ALIS-avtale: En avtale mellom kommune og lege i spesialisering i allmennmedisin om særskilte tiltak, tilrettelegging og oppfølging i spesialiseringsløpet utover det legen har krav på som følge av dagens avtale- og regelverk. Helsedirektoratet har utarbeidet en mal for ALIS avtaler som skal benyttes ved søknad om tilskudd gjennom Nasjonal ALIS og veiledning.

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.

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

EPJ: Elektronisk pasient journal.

Fastlege: Kommunalt ansatt (fastlønnet) eller næringsdrivende lege med en eller flere avtaler om fastlegetjeneste med en eller flere kommuner.

Fastlegeliste: Liste over innbyggere som er knyttet til den enkelte fastlegeavtale. Fastlegelisten oppdateres den første i hver måned. En fastlegeliste kan være med eller uten en fast lege (se «liste uten fast lege»), og kan ha flere vikarer knyttet til seg.

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 trygdeerefusjon under visse vilkår, når de jobber på andre fastlegers lister selv om fastlegen som har ansvar for listen(e) er til stede på legekontoet 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.

Ledige plasser på fastlegeliste: Sum listetak (plasser) minus sum faktisk antall listeinnbyggere (listelengde). Dette beregnes a) for lister med fast lege b) alle lister samlet (inklusive lister uten fast lege).

LIS1: Lege i spesialisering del 1.

Listeinnbygger: En person som er tilknyttet en fastlegeliste.

Liste uten fast lege (ubesatt liste): En fastlegeliste hvor kommunen ikke har avtale med en fast lege. Fastlegelisten kan være betjent av en eller flere fastlegevikarer, eller av andre leger ved legekantoret, i påvente av fast lege og etter nærmere avtale.

Listetak: Det antallet listeinnbyggere som fastlegen har avtalt med kommunen at fastlegelisten maksimalt kan inneholde.

NKI: Nasjonal kvalitetsindikator.

Ufordelte: Dersom det ikke er ledig listeplass i bostedskommunen for disse, sjekker FLO-systemet listestatus hvert døgn og tildeler der det er mulig med virkning fra den første i kommende måned. Denne gruppen innbyggere kalles "ufordelte" inntil de får tildelt plass på en fastlegeliste.

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.

Vedlegg 2 - utdypende tabeller

[Last ned PDF av vedlegg 2](#)

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 V4.1. Utgifter for allmennlegetjenestene. Tall i mill. kroner, faste priser.

	Utgifter i faste priser. Mill. kr				Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2021-2022	2019-2022
Fastlegeordningen	11 606	12 207	12 823	12 695	-1,0	9,4
LIS 1	211	188	208	213	2,4	0,9
Legevakt	1 045	1 177	1 483	1 130	-23,8	8,1
Tilskudd	292	287	411	557	35,4	90,3
Totalt	13 155	13 860	14 925	14 595	-2,2	11,0

Tabell V4.2. Utgifter for fastlegeordningen. Tall i mill. kroner, faste priser.

	Utgifter i faste priser. Mill. kroner				Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2021-2022	2019-2022
Basisfinansiering						
Grunntilskudd og basistilskudd	2947	3163	3318	3522	6,2	19,5
Utjamningstilskudd	178	168	180	197	9,2	10,3
Sum basisfinansiering	3126	3330	3498	3719	6,3	19,0
Refusjoner						
Takstrefusjoner	4418	4678	4938	4680	-5,2	5,9
Refusjon frikortegenandeler	914	1 013	1 249	1 054	-15,6	15,3
Refusjon øvrige egenandeler	462	674	715	671	-6,2	45,4
Refusjon L-takster NAV	334	307	316	332	5,0	-0,8
Sum refusjoner	6129	6671	7218	6737	-6,7	9,9
Pasientbetaling						
Egenandeler	2 179	2 057	1 967	2 099	6,7	-3,7
Egenbetaling	173	148	140	140	0,2	-19,0
Sum pasientbetaling	2352	2205	2107	2239	6,3	-4,8
Sum totalt	11 606	12 207	12 823	12 695	-1,0	9,4

Tabell V4.3. Refusjoner og pasientbetaling for LIS1-leger. Tall i mill. kroner, faste priser.

	Utgifter i faste priser. Mill. kroner				Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2021-2022	2019-2022
Refusjoner						
Takstrefusjoner	91	82	93	95	2,9	4,8
Refusjon frikortegenandeler	20	18	24	21	-12,3	4,8
Refusjon øvrige egenandeler	19	20	24	20	-16,2	1,9
Refusjon L-takster NAV	3	3	3	3	8,2	9,1
Sum refusjoner	133	123	143	139	-2,7	4,5
Pasientbetaling						
Egenandeler	73	61	60	70	14,9	- 4,6
Egenbetaling	5	5	4	4	-2,2	- 15,1
Sum pasientbetaling	78	65	65	74	13,8	- 5,3
Sum totalt	211	188	208	213	2,4	0,9

Tabell V4.4 Refusjoner og pasientbetaling for legevakt. Tall i mill. kroner, faste priser.

	2019	2020	2021	2022	2021-2022	2019-2022
	Utgifter i faste priser. Mill. kroner				Endring i prosent	
Refusjoner						
Takstrefusjoner	561	584	686	583	-14,9	4,1
Refusjon frikortegenandeler	85	77	94	87	-6,9	2,4
Refusjon øvrige egenandeler	128	292	490	219	-55,4	70,7
Refusjon L-takster NAV	2	2	2	2	11,8	-14,3
Sum refusjoner	776	955	1271	891	-29,9	14,9
Pasientbetaling						
Egenandeler	251	206	197	224	14,0	-10,7
Egenbetaling	18	16	15	15	-4,4	-18,0
Sum pasientbetaling	269	222	212	239	12,6	-11,2
Sum totalt	1045	1177	1483	1130	-23,8	8,1

Vedlegg til kapittel 6

Tabell V6.1. Antall innvilgede ALIS tilskudd, tilleggselementer for særlig rekrutteringssvake kommuner og tilskudd til veiledning for 2022. Per kommune – sortert per fylke.

	Antall ALIS tilskudd	Tilleggselementer?	Antall veiledningstilskudd	Sum ant. tilskudd
Agder	109		18	127
FARSUND	2			2
FLEKKEFJORD	5		3	8
FROLAND	2			2

GRIMSTAD	18			18
KRISTIANSAND	60		13	73
LINDESNES	6			6
LYNGDAL	3		1	4
RISØR	2			2
TVEDESTRAND	1			1
VENNESLA	10			10
ÅMLI			1	1
Innlandet	80		12	92
GAUSDAL	2			2
GJØVIK	11		1	12
GRAN	4			4
HAMAR	6			6
LESJA	1	Ja		1
LILLEHAMMER	6		1	7
LOM	1	Ja		1
LØTEN	2			2
NORD-FRON	2			2
OS	2		2	4
RINGEBU			5	5
RINGSAKER	12			12
SKJÅK	4	Ja	2	6
STANGE	8			8
STOR-ELVDAL	2	Ja		2
SØR-AURDAL	1			1
SØR-ODAL	4			4
TYNSET	3			3
VESTRE TOTEN	3			3
ØSTRE TOTEN	4			4
ØYER			1	1
ÅSNES	2			2
Møre og Romsdal	50		15	65
AUKRA	2			2
FJORD	4	Ja		4
GISKE	5			5
HERØY (MØRE OG ROMSDAL)	3			3
HUSTADVIKA	1			1
KRISTIANSUND	2			2

MOLDE	5		6	11
RAUMA	1			1
STRANDA			3	3
SURNADAL			2	2
ULSTEIN	1		2	3
VOLDA	2			2
ØRSTA	6		2	8
ÅLESUND	18			18
Nordland	91		22	113
BODØ	13			13
BRØNNØY	5		5	10
BØ			1	1
DØNNA	2	Ja		2
FAUSKE			10	10
FLAKSTAD	2	Ja		2
GRANE			1	1
HADSEL	17			17
HAMARØY	8	Ja	1	9
HATTFJELLDAL			1	1
HEMNES	2	Ja		2
LEIRFJORD	1	Ja		1
MELØY	2	Ja		2
NARVIK	11			11
RANA	5			5
SORTLAND	5		1	6
STEIGEN	4	Ja		4
SØMNA	1	Ja		1
VEGA	1	Ja		1
VESTVÅGØY	5		2	7
VÅGAN	6			6
ØKSNES	1			1
Oslo	145		42	187
OSLO	145		42	187
Rogaland	130		32	162
BJERKREIM	1			1
GJESDAL	3		1	4
HAUGESUND	1			1
HJELMELAND	1	Ja		1

KARMØY	4		1	5
KLEPP	15		7	22
RANDABERG	3		2	5
SANDNES	18		9	27
SAUDA	6			6
SOLA	14			14
STAVANGER	37		1	38
STRAND	8		2	10
SULDAL	2	Ja	3	5
TIME	6		4	10
TYSVÆR	2		2	4
VINDAFJORD	2			2
(tom)	7			7
Troms og Finnmark	75		15	90
ALTA	7			7
BALSFJORD	2	Ja	1	3
BARDU	3		2	5
BERLEVÅG	2	Ja	1	3
BÅTSFJORD			4	4
DEATNU TANA	3	Ja	2	5
GÁIVUOTNA KÅFJORD	2	Ja	1	3
KARLSØY	1	Ja		1
KVÆFJORD	1			1
LYNGEN	1	Ja		1
MÅLSELV	7			7
NORDKAPP			1	1
SALANGEN	4	Ja		4
SENJA	6			6
SØRREISA			1	1
TJELDSUND	3	Ja		3
TROMSØ	27			27
VADSØ	3		2	5
VARDØ	3	Ja		3
Trøndelag	116		45	161
FRØYA	3	Ja	1	4
HOLTÅLEN	1	Ja		1
HØYLANDET	1	Ja		1
INDERØY	5			5

LEVANGER	5			5
MALVIK	4			4
MELHUS	5			5
MIDTRE GAULDAL	1			1
NAMSOS	1			1
ORKLAND	2			2
SELBU	2			2
STEINKJER	8			8
STJØRDAL	9			9
TRONDHEIM	64		38	102
VERDAL	3		1	4
ØRLAND	2		5	7
Vestfold/Telemark	135		45	180
BAMBLE	3		1	4
FÆRDER	6		11	17
HJARTDAL	1		1	2
HOLMESTRAND	6		9	15
HORTEN	14		11	25
KRAGERØ			3	3
LARVIK	19			19
NOTODDEN	12		2	14
PORSGRUNN	15			15
SANDEFJORD	21			21
SELJORD	6		6	12
SILJAN	4			4
SKIEN	9			9
TØNSBERG	15			15
VINJE	4	Ja	1	5
Vestland	265		95	360
ALVER			2	2
ASKVOLL	4	Ja	1	5
ASKØY	26		11	37
AUSTEVOLL	2			2
AUSTRHEIM	3			3
BERGEN	113		62	175
BJØRNAFJORDEN	21			21
BØMLO	2			2
EIDFJORD	1	Ja	1	2

ETNE	1		1	2
FITJAR	1		1	2
GLOPPEN	2			2
HØYANGER	1	Ja		1
KINN	11		8	19
KVAM	5			5
KVINNHERRAD	4		3	7
LUSTER	8	Ja	2	10
OSTERØY	3		3	6
SOGNDAL	6			6
STAD	7			7
STORD	3			3
SUNNFJORD	7			7
SVEIO	4			4
ULLENSVANG	7			7
VOSS	5			5
ØYGARDEN	18			18
Viken	385		61	446
ASKER	12			12
AURSKOG-HØLAND	2			2
BÆRUM	27			27
DRAMMEN	43			43
EIDSVOLL	12			12
ENEBAKK	5			5
FLESBERG	4			4
FREDRIKSTAD	43		23	66
GJERDRUM	1			1
GOL	3		3	6
HALDEN	8		3	11
HEMSEDAL			2	2
HOL	4			4
INDRE ØSTFOLD	7			7
JEVNAKER	1			1
KONGSBERG	11		6	17
LIER	9			9
LILLESTRØM	35		1	36
LØRENSKOG	14			14
MARKER	4			4

MODUM	3		3	6
MOSS	11			11
NANNESTAD	7			7
NES	4			4
NESBYEN	2			2
NESODDEN	6		5	11
NITTEDAL	4			4
NORDRE FOLLO	32		1	33
RAKKESTAD	3			3
RINGERIKE	10			10
RÆLINGEN	2			2
RÅDE	2			2
SARPSBORG	23		9	32
SIGDAL	1			1
ULLENSAKER	8		1	9
VESTBY	7		1	8
ØVRE EIKER	1			1
ÅL	2		2	4
ÅS	12		1	13
Totalt ant. innvilgede tilskudd	1581	8447500	402	1983

Vedlegg til kapittel 7

Vedlegget presenterer utvalgt statistikk på fylkesnivå, etter kommunestørrelse og på kommunenivå. Tallene som presenteres her er ment å underbygge og komplettere funn og statistikk gjengitt i selve rapporten.

Utviklingstallene fordelt etter kommunestørrelse kan avvike noe fra publiserte tall fra tidligere år fordi vi nå legger til grunn gjeldende kommunestørrelse etter befolkning pr 1. januar 2023.

Kjennetegn ved kommuner og fylker

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

- Høyere andel fastlegelister uten fast lege (ubesatt)
- Færre listeinnbyggere på listen
- Kortere avtalevarighet
- Høyere andel på fastlønn
- Høyere andel med felles lister
- Lavere andel fastleger som er spesialister i allmennmedisin
- 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 V7.1. Kjennetegn ved kommuner i fylkene.

	Antall kommuner	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	0	0
Viken	51	6	31	20
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	41	51	71	85
Troms og Finnmark	39	38	77	90
Hele landet	356	22	49	59

NB. Noen kommuner inngår ikke som egne kommuner i datagrunnlaget for fastlegeordningen. 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 V7.2. Antall unike fastleger etter kommunestørrelse og fylke. 4. kvartal 2019 – 2022, 1.kvartal 2023, samt endring 2021-2022 og 2019-2022.

	Kv4	Kv4	Kv4	Kv4	Kv1	Endring			Pst endring	
	2019	2020	2021	2022	2023	siste Kv	2021-22	2019-22	2021-22	2019-22
Under 2 000	148	136	139	143	146	3	4	-5	2,9	-3,4
2 000-4 999	351	348	366	361	360	-1	-5	10	-1,4	2,8
5 000-9 999	507	505	506	514	513	-1	8	7	1,6	1,4
10 000-49 999	1761	1790	1796	1824	1844	20	28	63	1,6	3,6
50 000+	2106	2161	2183	2237	2256	19	54	131	2,5	6,2
Hele landet	4858	4928	4961	5057	5100	43	96	199	1,9	4,1
Innlandet	359	353	364	379	380	1	15	20	4,1	5,6
Oslo	535	546	552	563	564	1	11	28	2,0	5,2

Viken	1 033	1 055	1 065	1 100	1 120	20	35	67	3,3	6,5
Vestfold Telemark	382	383	386	377	386	9	-9	-5	-2,3	-1,3
Agder	291	294	296	310	313	3	14	19	4,7	6,5
Rogaland	405	417	414	416	425	9	2	11	0,5	2,7
Vestland	611	618	622	637	634	-3	15	26	2,4	4,3
Møre og Romsdal	252	260	257	255	260	5	-2	3	-0,8	1,2
Trøndelag	438	443	451	462	461	-1	11	24	2,4	5,5
Nordland	262	272	272	276	275	-1	4	14	1,5	5,3
Troms og Finnmark	298	295	298	294	295	1	-4	-4	-1,3	-1,3
Hele landet	4 858	4 928	4 961	5 057	5 100	43	96	199	1,9	4,1

Tabell V7.3. Andel kvinnelige fastleger etter kommunestørrelse og fylke. 4. kvartal 2019 – 2022, 1.kvartal 2023, samt endring 2021-2022 og 2019-2022

	Kv4	Kv4	Kv4	Kv4	Kv1	Endring		
	2019	2020	2021	2022	2023	siste Kv	2021-22	2019-22
Under 2 000	47	51	53	58	58	0,2	4,8	10,7
2 000-4 999	45	45	45	47	48	0,4	2,3	2,1
5 000-9 999	43	43	44	45	46	1,5	0,5	1,8
10 000-49 999	45	46	47	47	48	0,2	0,5	2,7
50 000+	44	45	47	47	48	0,4	0,3	3,1
Hele landet	44	46	47	47	48	0,4	0,6	3,0
Innlandet	48	50	48	48	49	0,7	0,8	0,4
Oslo	44	45	46	47	47	0,1	0,7	2,2
Viken	44	45	47	46	47	0,3	-0,2	2,2
Vestfold Telemark	43	44	46	49	48	-0,6	2,2	5,6
Agder	39	39	41	45	45	0,2	3,3	5,7
Rogaland	43	44	45	46	46	0,7	0,3	2,2
Vestland	44	46	47	48	49	0,9	0,9	4,2
Møre og Romsdal	38	41	42	44	45	1,1	1,1	5,4
Trøndelag	49	50	51	51	51	0,3	-0,6	2,2
Nordland	46	47	47	47	48	1,6	-0,7	0,9
Troms og Finnmark	48	49	51	51	52	0,5	0,3	3,4
Hele landet	44	46	47	47	48	0,4	0,6	3,0

Tabell V7.4. Antall lister registrert pr. kvartal etter kommunestørrelse og fylke. 4. kvartal 2019 – 2022 og 1. kvartal 2023, samt endring siste kvartal, år og 2019-2022. Inklusiv lister uten fast lege.

	Kv4	Kv4	Kv4	Kv4	Kv1	Endring	Pst endring
--	------------	------------	------------	------------	------------	----------------	--------------------

	2019	2020	2021	2022	2023	siste Kv	2021-22	2019-22	2021-22	2019-22
Under 2 000	167	167	168	168	172	4	0	1	0,0	0,6
2 000-4 999	374	384	396	410	414	4	14	36	3,5	9,6
5 000-9 999	530	542	551	572	578	6	21	42	3,8	7,9
10 000-49 999	1 812	1 860	1 888	1 960	1 976	16	72	148	3,8	8,2
50 000+	2 127	2 177	2 215	2 285	2 308	23	70	158	3,2	7,4
Hele landet	5 010	5 130	5 218	5 395	5 448	53	177	385	3,4	7,7
Innlandet	377	385	393	405	407	2	12	28	3,1	7,4
Oslo	539	546	555	563	566	3	8	24	1,4	4,5
Viken	1 045	1 069	1 084	1 133	1 155	22	49	88	4,5	8,4
Vestfold Telemark	386	390	399	415	420	5	16	29	4,0	7,5
Agder	296	301	309	324	326	2	15	28	4,9	9,5
Rogaland	412	423	429	444	450	6	15	32	3,5	7,8
Vestland	626	646	662	683	687	4	21	57	3,2	9,1
Møre og Romsdal	272	280	281	289	291	2	8	17	2,8	6,3
Trøndelag	456	469	475	492	493	1	17	36	3,6	7,9
Nordland	286	301	302	313	318	5	11	27	3,6	9,4
Troms og Finnmark	315	320	329	334	335	1	5	19	1,5	6,0
Hele landet	5 010	5 130	5 218	5 395	5 448	53	177	385	3,4	7,7

Tabell V7.5. Antall lister uten fast lege registrert pr. kvartal etter kommunestørrelse og fylke. 4. kvartal 2020 – 2022, 1. kvartal 2023, samt endring siste kvartal, år og 2019-2022.

	Kv4	Kv4	Kv4	Kv4	Kv1	Endring			Pst endring	
	2019	2020	2021	2022	2023	siste Kv	2021-22	2019-22	2021-22	2019-22
Under 2 000	18	30	29	25	26	1	-4	7	-14	39
2 000-4 999	22	36	30	48	54	6	18	26	60	118
5 000-9 999	23	36	44	58	65	7	14	35	32	152
10 000-49 999	45	65	89	132	128	-4	43	87	48	193
50 000+	18	14	29	47	47	0	18	29	62	161
Hele landet	126	181	221	310	320	10	89	184	40	146
Innlandet	17	31	29	26	27	1	-3	9	-10	53
Oslo	3	0	2	0	1	1	-2	-3		-100
Viken	6	12	14	30	33	3	16	24	114	400

Vestfold Telemark	3	6	12	36	31	-5	24	33	200	1100
Agder	4	5	12	12	12	0	0	8	0	200
Rogaland	5	4	13	25	23	-2	12	20	92	400
Vestland	13	27	37	44	52	8	7	31	19	238
Møre og Romsdal	19	20	21	34	31	-3	13	15	62	79
Trøndelag	15	23	23	28	29	1	5	13	22	87
Nordland	24	28	28	37	42	5	9	13	32	54
Troms og Finnmark	17	25	30	38	39	1	8	21	27	124
Hele landet	126	181	221	310	320	10	89	184	40	146

Tabell V7.6. Andel lister uten fast lege registrert pr. kvartal etter kommunestørrelse og fylke. 4. kvartal 2019 – 2022, 1. kvartal 2023, samt endring siste kvartal, siste år og 2019-2022.

	Kv4	Kv4	Kv4	Kv4	Kv1	Endring prosentpoeng		
	2019	2020	2021	2022	2023	siste Kv	2021-22	2019-22
Under 2 000	10,8	18,0	17,3	14,9	15,1	0,2	-2,4	4,1
2 000-4 999	5,9	9,4	7,6	11,7	13,0	1,3	4,1	5,8
5 000-9 999	4,3	6,6	8,0	10,1	11,2	1,1	2,2	5,8
10 000-49 999	2,5	3,5	4,7	6,7	6,5	-0,3	2,0	4,3
50 000+	0,8	0,6	1,3	2,1	2,0	0,0	0,7	1,2
Hele landet	2,5	3,5	4,2	5,7	5,9	0,1	1,5	3,2
Innlandet	4,5	8,1	7,4	6,4	6,6	0,2	-1,0	1,9
Oslo	0,6	0,0	0,4	0,0	0,2	0,2	-0,4	-0,6
Viken	0,6	1,1	1,3	2,6	2,9	0,2	1,4	2,1
Vestfold Telemark	0,8	1,5	3,0	8,7	7,4	-1,3	5,7	7,9
Agder	1,4	1,7	3,9	3,7	3,7	0,0	-0,2	2,4
Rogaland	1,2	0,9	3,0	5,6	5,1	-0,5	2,6	4,4
Vestland	2,1	4,2	5,6	6,4	7,6	1,1	0,9	4,4
Møre og Romsdal	7,0	7,1	7,5	11,8	10,7	-1,1	4,3	4,8
Trøndelag	3,3	4,9	4,8	5,7	5,9	0,2	0,8	2,4
Nordland	8,4	9,3	9,3	11,8	13,2	1,4	2,5	3,4
Troms og Finnmark	5,4	7,8	9,1	11,4	11,6	0,3	2,3	6,0
Hele landet	2,5	3,5	4,2	5,7	5,9	0,1	1,5	3,2

Tabell V7.7. Andel innbyggere på lister uten fast lege registrert pr. kvartal etter kommunestørrelse og fylke. 4. kvartal 2019 – 2022, 1. kvartal 2023, samt endring siste kvartal, siste år og 2019-2022.

	Kv4	Kv4	Kv4	Kv4	Kv1	Endring prosentpoeng		
	2019	2020	2021	2022	2023	siste Kv	2021-22	2019-22
Under 2 000	7,3	13,3	11,9	11,4	11,4	0,0	-0,5	4,1
2 000-4 999	3,8	6,6	5,3	9,7	11,2	1,4	4,4	5,9

5 000-9 999	3,2	5,7	6,6	8,4	9,7	1,3	1,9	5,2
10 000-49 999	1,7	2,2	3,2	5,2	4,8	-0,3	2,0	3,4
50 000+	0,4	0,3	0,8	1,3	1,3	0,0	0,5	0,9
Hele landet	1,4	2,0	2,6	3,9	4,0	0,1	1,3	2,5
Innlandet	3,4	5,4	5,6	5,5	6,0	0,6	-0,2	2,1
Oslo	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	-0,1	0,0
Viken	0,1	0,4	0,6	2,0	1,8	-0,2	1,4	1,9
Vestfold Telemark	0,7	1,2	2,3	7,5	6,3	-1,1	5,1	6,7
Agder	0,9	0,8	2,8	2,5	2,6	0,1	-0,3	1,6
Rogaland	0,8	0,6	2,3	4,1	3,7	-0,4	1,8	3,3
Vestland	0,6	1,8	2,8	3,7	4,6	0,8	0,9	3,1
Møre og Romsdal	5,0	5,4	6,1	9,2	8,9	-0,3	3,2	4,2
Trøndelag	2,1	3,4	2,8	3,4	3,7	0,3	0,6	1,3
Nordland	6,5	7,3	6,1	9,0	10,2	1,2	2,8	2,5
Troms og Finnmark	3,9	5,6	7,5	9,2	9,6	0,3	1,7	5,3
Hele landet	1,4	2,0	2,6	3,9	4,0	0,1	1,3	2,5

Tabell V7.8. Antall innbyggere på lister uten fast lege registrert pr. kvartal etter kommunestørrelse og fylke. 4. kvartal 2019 – 2022, 1. kvartal 2023, samt endring siste kvartal, siste år og 2019-2022.

	Kv4	Kv4	Kv4	Kv4	Kv1	Endring			Pst endring	
	2019	2020	2021	2022	2023	siste Kv	2021-22	2019-22	2021-22	2019-22
Under 2 000	6557	11652	10396	9968	10108	140	-428	3411	-4	52
2 000-4 999	10759	18650	14964	27746	31836	4090	12782	16987	85	158
5 000-9 999	15343	26882	31136	40253	46383	6130	9117	24910	29	162
10 000-49 999	33021	42733	60414	99088	92855	-6233	38674	66067	64	200
50 000+	9846	7671	21518	35173	35935	762	13655	25327	63	257
Hele landet	75526	107588	138428	212228	217117	4889	73800	136702	53	181
Innlandet	12323	19875	20679	20129	22265	2136	-550	7806	-3	63
Oslo	309	0	791	0	1086	1086	-791	-309		-100
Viken	1115	4795	7184	24328	22385	-1943	17144	23213	239	2082
Vestfold Telemark	2929	4862	9676	31336	26665	-4671	21660	28407	224	970
Agder	2797	2570	8683	7884	8167	283	-799	5087	-9	182
Rogaland	3840	2781	11132	20161	18363	-1798	9029	16321	81	425
Vestland	3974	11171	17799	23871	29221	5350	6072	19897	34	501
Møre og Romsdal	13288	14155	16037	24569	23743	-826	8532	11281	53	85
Trøndelag	9905	16405	13670	16343	17781	1438	2673	6438	20	65

Nordland	15409	17329	14626	21387	24376	2989	6761	5978	46	39
Troms og Finnmark	9637	13645	18151	22220	23065	845	4069	12583	22	131
Hele landet	75526	107588	138428	212228	217117	4889	73800	136702	53	181

Tabell V7.9 Andel lister med lege på fastlønnssavtale pr. kvartal etter kommunestørrelse og fylke. 4. kvartal 2020 – 2022, 1. kvartal 2023, samt endring siste kvartal, siste kvartal og 2019-2022.

	Kv4	Kv4	Kv4	Kv4	Kv1	Endring prosentpoeng		
	2019	2020	2021	2022	2023	siste Kv	2021-22	2019-22
Under 2 000	81,9	77,4	79,9	81,1	82,2	1,1	1,3	-0,8
2 000-4 999	45,2	47,4	48,9	51,4	52,9	1,5	2,5	6,2
5 000-9 999	22,3	23,9	26,6	31,5	32,9	1,4	4,9	9,2
10 000-49 999	11,3	13,1	14,5	17,7	18,1	0,4	3,2	6,4
50 000+	4,2	4,4	4,3	5,5	5,9	0,4	1,2	1,3
Hele landet	14,0	14,6	15,6	17,9	18,5	0,6	2,3	3,9
Innlandet	12,5	12,4	15,1	21,6	21,8	0,2	6,5	9,1
Oslo	5,4	5,3	5,1	5,3	5,1	-0,2	0,3	-0,1
Viken	4,8	5,2	4,5	7,4	8,6	1,1	2,9	2,6
Vestfold Telemark	11,5	11,7	12,9	15,6	16,5	0,9	2,7	4,1
Agder	11,0	13,5	16,5	19,2	19,7	0,5	2,7	8,3
Rogaland	14,7	16,0	15,4	18,4	19,0	0,6	3,0	3,6
Vestland	18,3	19,1	19,5	20,2	20,2	0,0	0,7	1,9
Møre og Romsdal	5,5	5,8	9,6	10,6	14,9	4,4	1,0	5,1
Trøndelag	12,7	14,1	15,0	17,0	16,8	-0,2	2,0	4,3
Nordland	48,1	48,7	51,5	56,5	58,3	1,8	5,1	8,4
Troms og Finnmark	38,6	39,0	43,1	43,9	42,9	-1,0	0,8	5,3
Hele landet	14,0	14,6	15,6	17,9	18,5	0,6	2,3	3,9

Tabell V7.10. Andel lister med lege på fastlønnssavtale pr. kvartal etter kommunestørrelse og fylke. 1.kvartal og 4. kvartal 2019 – 2022, 1. kvartal 2023, samt endring siste kvartal, siste år og 2019-2022.

	Kv4	Kv4	Kv4	Kv4	Kv1	Endring prosentpoeng		
	2019	2020	2021	2022	2023	siste Kv	2021-22	2019-22
Under 2 000	80,2	77,2	79,2	82,7	84,3	1,6	3,6	2,5
2 000-4 999	45,5	48,8	49,2	53,3	54,1	0,8	4,0	7,8
5 000-9 999	22,5	25,1	27,4	34,4	36,2	1,7	7,0	12,0
10 000-49 999	11,6	13,5	14,9	18,7	19,6	0,9	3,9	7,2
50 000+	4,4	4,7	4,7	6,1	6,4	0,3	1,5	1,8
Hele landet	14,5	15,7	16,5	19,7	20,4	0,8	3,1	5,2
Innlandet	13,3	14,8	15,8	22,5	22,4	-0,1	6,7	13,3

Oslo	5,4	5,3	5,0	5,3	5,1	-0,2	0,3	5,4
Viken	4,9	5,4	4,7	7,8	8,8	1,1	3,1	4,9
Vestfold Telemark	11,7	12,0	13,2	16,8	17,8	1,0	3,6	11,7
Agder	11,5	14,0	17,2	20,1	20,6	0,5	2,9	11,5
Rogaland	15,3	16,5	16,1	19,6	20,4	0,8	3,5	15,3
Vestland	18,5	20,6	21,2	22,1	22,8	0,7	0,8	18,5
Møre og Romsdal	6,3	7,9	12,1	15,9	19,5	3,6	3,8	6,3
Trøndelag	13,4	15,4	16,0	19,7	19,7	0,0	3,7	13,4
Nordland	48,6	49,8	52,0	58,5	60,4	1,9	6,5	48,6
Troms og Finnmark	38,4	39,7	42,6	46,4	46,6	0,2	3,9	38,4
Hele landet	14,5	15,7	16,5	19,7	20,4	0,8	3,1	14,5

Tabell V7.11. Gjennomsnittlig listelengde for lister med fast lege etter kommunestørrelse og fylke. 4. kvartal 2019– 2022, 2 kvartal 2023, samt endring siste kvartal, siste år og 2019-2022.

	Kv4	Kv4	Kv4	Kv4	Kv1	Endring		
	2019	2020	2021	2022	2023	siste Kv	2021-22	2019-22
Under 2 000	559	555	553	543	537	-5	-11	-17
2 000-4 999	769	755	729	710	703	-7	-19	-59
5 000-9 999	904	883	876	850	843	-8	-26	-54
10 000-49 999	1 052	1 035	1 028	997	992	-6	-30	-54
50 000+	1 244	1 223	1 213	1 190	1 180	-10	-23	-53
Hele landet	1 084	1 069	1 059	1 034	1 027	-7	-24	-50
Innlandet	986	980	953	920	914	-7	-33	-66
Oslo	1 369	1 354	1 347	1 348	1 347	-2	2	-21
Viken	1 156	1 144	1 141	1 108	1 094	-14	-32	-47
Vestfold Telemark	1 079	1 076	1 061	1 027	1 014	-13	-34	-52
Agder	1 042	1 035	1 018	983	977	-5	-35	-59
Rogaland	1 174	1 151	1 148	1 125	1 112	-13	-23	-49
Vestland	1 031	1 013	994	967	965	-2	-28	-65
Møre og Romsdal	988	960	956	946	932	-14	-10	-42
Trøndelag	1 063	1 041	1 038	1 005	1 005	-1	-32	-58
Nordland	853	810	816	787	779	-9	-29	-66
Troms og Finnmark	786	778	750	737	736	-1	-12	-49
Hele landet	1 084	1 069	1 059	1 034	1 027	-7	-24	-50

Tabell V7.12. Gjennomsnittlig listelengde alle lister (inkl. ubesatte) etter kommunestørrelse og fylke. 4. kvartal 2019– 2022, samt endring siste kvartal, siste år og 2019-2022.

	Kv4	Kv4	Kv4	Kv4	Kv1	Endring		
	2019	2020	2021	2022	2023	siste Kv	2021-22	2019-22

Under 2 000	538	525	520	521	515	-6	1	-17
2 000-4 999	752	733	712	694	688	-6	-17	-58
5 000-9 999	894	874	862	834	828	-6	-28	-60
10 000-49 999	1 044	1 022	1 011	981	975	-6	-31	-63
50 000+	1 238	1 219	1 207	1 181	1 172	-9	-26	-57
Hele landet	1 072	1 052	1 040	1 014	1 006	-8	-26	-58
Innlandet	974	953	935	911	908	-3	-24	-63
Oslo	1 362	1 354	1 343	1 348	1 346	-2	5	-14
Viken	1 150	1 136	1 133	1 100	1 082	-18	-32	-50
Vestfold Telemark	1 078	1 072	1 053	1 013	1 003	-11	-40	-64
Agder	1 037	1 026	1 006	971	966	-4	-36	-67
Rogaland	1 169	1 147	1 140	1 107	1 096	-12	-32	-62
Vestland	1 016	988	966	939	934	-5	-26	-77
Møre og Romsdal	968	942	941	920	914	-6	-22	-48
Trøndelag	1 050	1 025	1 016	981	981	0	-35	-69
Nordland	835	792	789	762	752	-10	-26	-73
Troms og Finnmark	775	760	737	720	719	-1	-17	-54
Hele landet	1 072	1 052	1 040	1 014	1 006	-8	-26	-58

Tabell V7.13 Antall ledige plasser på lister med fast lege (sum listetak-sum listelengde) etter kommune-størrelse og fylke. Kvartal 4 2019-2022, 1. kvartal 2023 og endring siste kvartal, siste år, 2019-2022.

	Kv4	Kv4	Kv4	Kv4	Kv1	Endring			Pst endring	
	2019	2020	2021	2022	2023	siste Kv	2021-22	2019-22	2021-22	2019-22
Under 2 000	25 672	22 318	20 029	17 222	18 782	1 560	-2 807	-8 450	-14	-31
2 000-4 999	32 605	30 479	28 113	19 955	17 636	-2 319	-8 158	-12 650	-30	-40
5 000-9 999	21 204	15 595	9 466	4 110	3 009	-1 101	-5 356	-17 094	-57	-81
10 000-49 999	56 688	45 046	8 834	-4 784	-8 279	-3 495	-13 618	-61 472	-154	-108
50 000+	51 657	63 028	23 203	7 244	5 632	-1 612	-15 959	-44 413	-69	-86
Hele landet	187 830	176 472	89 651	43 750	36 784	-6 966	-45 901	-144 080	-52	-77
Innlandet	16 536	13 331	11 119	8 464	6 533	-1 931	-2 655	-8 072	-24	-49
Oslo	25 500	34 157	28 556	20 323	18 388	-1 935	-8 233	-5 177	-29	-20

Viken	53 303	48 750	26 129	10 205	8 270	-1 935	-15 924	-43 098	-61	-81
Vestfold Telemark	14 983	10 674	-194	-5 536	-4 777	759	-5 342	-20 519	2754	-137
Agder	11 576	5 433	468	-375	-1 883	-1 508	-843	-11 951	-180	-103
Rogaland	8 438	9 748	339	-5 918	-4 878	1 040	-6 257	-14 356	-1846	-170
Vestland	19 873	15 124	4 232	4 417	2 628	-1 789	185	-15 456	4	-78
Møre og Romsdal	10 251	10 071	6 260	2 186	1 422	-764	-4 074	-8 065	-65	-79
Trøndelag	7 010	10 669	1 113	1 387	1 206	-181	274	-5 623	25	-80
Nordland	11 399	11 226	7 176	4 726	6 372	1 646	-2 450	-6 673	-34	-59
Troms og Finnmark	8 957	7 284	4 448	3 870	3 501	-369	-578	-5 087	-13	-57
Hele landet	187 830	176 472	89 651	43 750	36 784	-6 966	-45 901	-144 080	-51	-77

Tabell V7.14. Antall ledige plasser* på per 1000 listeinnbygger på liste med fast lege etter kommune-størrelse og fylke. Kvartal 4 2019-2022, 1. kvartal 2023, samt endring siste kvartal, siste år og 2019-2022.

	Kv4	Kv4	Kv4	Kv4	Kv1	Endring per 1000 innbygger		
	2019	2020	2021	2022	2023	siste Kv	2021-22	2019-22
Under 2 000	286	254	229	197	212	15	-33	-89
2 000-4 999	116	108	100	70	62	-8	-30	-46
5 000-9 999	45	33	20	9	6	-2	-11	-36
10 000-49 999	30	24	5	-2	-4	-2	-7	-32
50 000+	20	24	9	3	2	-1	-6	-17
Hele landet	35	33	17	8	7	-1	-9	-27
Innlandet	45	36	30	23	18	-5	-7	-22
Oslo	35	46	38	27	24	-3	-12	-8
Viken	44	40	21	8	7	-2	-13	-36
Vestfold Telemark	36	26	0	-13	-11	2	-13	-49
Agder	38	18	2	-1	-6	-5	-3	-39
Rogaland	18	20	1	-12	-10	2	-13	-30
Vestland	31	24	7	7	4	-3	0	-24
Møre og Romsdal	39	38	24	8	5	-3	-15	-31
Trøndelag	15	22	2	3	2	0	1	-12
Nordland	48	47	30	20	27	7	-10	-28

Troms og Finnmark	37	30	18	16	15	-2	-2	-21
Hele landet	35	33	17	8	7	-1	-9	-27

*Sum listetak minus sum listeinnbyggere på telletidspunkt

Tabell V7.15. Antall ledige plasser på alle lister (sum listetak-sum listelengde) etter kommunestørrelse og fylke. Kvartal 4 2019-2022, 1. kvartal 2023, samt endring siste kvartal, siste år og 2019-2022.

	Kv4	Kv4	Kv4	Kv4	Kv1	Endring			Pst endring	
	2019	2020	2021	2022	2023	siste Kv	2021-22	2019-22	2021-22	2019-22
Under 2 000	32 415	30 686	29 098	25 124	24 784	-340	-3 974	-7 291	-16	-22
2 000-4 999	38 213	37 176	34 343	24 708	24 183	-525	-9 635	-13 505	-39	-35
5 000-9 999	27 056	22 653	15 805	11 780	9 745	-2 035	-4 025	-15 276	-34	-56
10 000-49 999	64 477	59 340	22 115	9 840	4 397	-5 443	-12 275	-54 637	-125	-85
50 000+	57 950	67 107	25 835	11 271	10 109	-1 162	-14 564	-46 679	-129	-81
Hele landet	220 115	216 968	127 202	82 726	73 222	-9 504	-44 476	-137 389	-54	-62
Innlandet	20 565	21 011	16 270	11 945	10 028	-1 917	-4 325	-8 620	-36	-42
Oslo	27 995	34 165	29 182	20 332	18 804	-1 528	-8 850	-7 663	-44	-27
Viken	56 654	54 413	31 505	16 080	14 778	-1 302	-15 425	-40 574	-96	-72
Vestfold Telemark	15 285	11 801	1 394	-3 594	-3 802	-208	-4 988	-18 879	139	-124
Agder	12 830	7 115	1 280	-339	-1 414	-1 075	-1 619	-13 169	478	-103
Rogaland	9 198	10 574	2 422	-1 518	-426	1 092	-3 940	-10 716	260	-117
Vestland	22 752	20 921	8 801	9 119	6 708	-2 411	318	-13 633	3	-60
Møre og Romsdal	15 938	14 738	9 840	5 917	3 795	-2 122	-3 923	-10 021	-66	-63
Trøndelag	10 275	15 733	5 034	7 011	7 248	237	1 977	-3 264	28	-32
Nordland	17 139	16 151	13 973	10 603	11 509	906	-3 370	-6 536	-32	-38
Troms og Finnmark	11 500	10 384	7 545	7 224	6 038	-1 186	-321	-4 276	-4	-37

Hele landet	220 136	217 011	127 251	82 781	73 267	-9 514	-44 470	-137 355	-54	-62
--------------------	------------	------------	------------	-----------	-----------	--------	---------	-------------	-----	-----

Tabell V7.16 Andel fastleger som har hatt vikar siste år etter kommunestørrelse og fylke. 2019 – 2022, samt endring 2021-2022 og 2019-2022.

					Endring prosentpoeng	
	2019	2020	2021	2022	2021-22	2019-22
Under 2 000	48,5	53,7	56,7	57,8	1,1	9,3
2 000-4 999	48,6	42,0	42,9	47,1	4,2	-1,5
5 000-9 999	39,3	40,1	32,7	43,2	10,5	3,9
10 000-49 999	37,4	34,5	33,1	36,5	3,4	-0,9
50 000+	40,8	39,8	38,5	39,4	0,9	-1,4
Hele landet	40,2	38,5	36,8	39,9	3,1	-0,4
Innlandet	42,3	38,8	32,0	32,8	0,8	-9,5
Oslo	55,0	52,2	46,3	53,0	6,7	-1,9
Viken	36,1	35,3	36,7	34,1	-2,6	-2,1
Vestfold Telemark	26,6	29,3	35,0	36,2	1,2	9,6
Agder	34,9	36,2	33,8	37,0	3,1	2,0
Rogaland	39,6	39,1	36,9	37,2	0,3	-2,4
Vestland	35,5	31,7	30,6	36,7	6,1	1,2
Møre og Romsdal	34,9	34,0	23,9	32,9	9,0	-2,0
Trøndelag	37,6	38,0	33,7	36,8	3,1	-0,8
Nordland	48,6	39,8	45,7	55,2	9,5	6,6
Troms og Finnmark	58,5	54,7	51,4	59,5	8,1	1,0
Hele landet	40,2	38,5	36,8	39,9	3,1	-0,4

Tabell V7.17 Andel lister uten fast lege som har hatt vikar siste år etter kommunestørrelse og fylke. 2019 – 2022, samt endring 2021-2022 og 2019-2022

					Endring prosentpoeng	
	2019	2020	2021	2022	2021-22	2019-22
Under 2 000	92,9	84,6	82,6	83,3	0,7	-9,5
2 000-4 999	90,3	85,2	83,3	92,9	9,5	2,5
5 000-9 999	78,8	91,7	84,1	93,5	9,5	14,8
10 000-49 999	88,3	86,6	84,1	86,3	2,2	-2,0
50 000+	77,8	89,3	82,5	89,9	7,4	12,1
Hele landet	85,9	87,2	83,6	88,9	5,3	3,0
Innlandet	95,2	88,9	88,1	93,0	4,9	-2,3
Oslo	100,0	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0
Viken	100,0	95,2	85,0	86,3	1,3	-13,7

Vestfold Telemark	81,8	80,0	72,7	83,3	10,6	1,5
Agder	85,7	71,4	70,6	78,6	8,0	-7,1
Rogaland	80,0	75,0	68,4	80,0	11,6	0,0
Vestland	78,9	73,7	78,2	81,5	3,4	2,6
Møre og Romsdal	61,5	90,9	90,9	95,3	4,4	33,8
Trøndelag	95,2	96,6	80,5	95,9	15,4	0,7
Nordland	87,5	94,9	92,9	93,3	0,5	5,8
Troms og Finnmark	90,9	83,3	89,6	94,8	5,2	3,9
Hele landet	85,9	87,2	83,6	88,9	5,3	3,0

Tabell V7.18. Andel lister uten fast lege hatt vikar. 1.kvartal 2019 og 2023

	Andel hatt vikar		Andel hatt 3 el flere		Antall lister	
	Kv1 2019	Kv1 2023	Kv1 2019	Kv1 2023	Kv1 2019	Kv1 2023
Under 2 000	80	86	20,0	10,7	15	28
2 000-4 999	89	86	10,5	12,1	19	58
5 000-9 999	72	86	11,1	13,9	18	72
10 000-49 999	83	79	9,3	3,3	54	153
50 000+	63	85	6,3	7,4	16	54
Hele landet	80	83	10,7	7,9	122	365
Innlandet	87	81	13	3	15	32
Oslo	100	100	0	0	3	1
Viken	88	86	0	8	8	37
Vestfold Telemark	83	95	0	2	6	41
Agder	60	62	20	0	5	13
Rogaland	88	70	13	0	8	27
Vestland	57	76	0	9	14	58
Møre og Romsdal	64	79	9	18	11	39
Trøndelag	92	82	8	9	12	34
Nordland	83	88	25	12	24	43
Troms og Finnmark	81	93	6	10	16	40
Hele landet	80	83	11	8	122	365

Tabell V7.19. Andel lister med fast lege hatt vikar. Per 1.kvartal 2019 og 2023.

	Andel hatt vikar		Andel hatt 3 el flere		Antall lister	
	Kv1 2019	Kv1 2023	Kv1 2019	Kv1 2023	Kv1 2019	Kv1 2023
Under 2 000	32	31	2,0	4,1	148	147
2 000-4 999	26	28	0,8	2,7	363	377
5 000-9 999	24	20	1,3	0,2	519	526

10 000-49 999	23	22	0,2	0,5	1759	1871
50 000+	27	26	0,3	0,3	2109	2294
Hele landet	26	24	0,4	0,7	4898	5215
Innlandet	22,4	23,2	0,0	0,0	366	388
Oslo	41,8	40,9	0,0	1,1	531	570
Viken	23,7	20,3	0,5	0,2	1038	1139
Vestfold Telemark	18,7	18,9	0,0	0,0	375	397
Agder	23,9	23,7	1,0	0,0	293	316
Rogaland	24,9	24,0	0,7	0,5	406	434
Vestland	18,6	21,4	0,3	0,9	614	644
Møre og Romsdal	19,0	15,6	0,4	0,4	263	269
Trøndelag	23,0	21,1	0,5	0,0	443	473
Nordland	31,7	27,2	0,7	3,5	268	283
Troms og Finnmark	35,9	35,4	1,3	2,3	301	302
Hele landet	25,5	24,4	0,4	0,7	4898	5215

Tabell V7.20. Antall beregnede vikardager justert for stillingsprosent og virkedager. Basert på rapporterte vikaravtaler. Alle lister samlet (inklusive ubesatte fastlegelister).

					Endring		Pst endring	
	2019	2020	2021	2022	2021-22	2019-22	2021-22	2019-22
Under 2 000	7 767	9 884	10 656	10 603	-54	2 836	-0,5	36,5
2 000-4 999	15 471	18 097	18 459	20 109	1 650	4 638	8,9	30,0
5 000-9 999	18 571	18 669	21 621	25 762	4 142	7 191	19,2	38,7
10 000-49 999	61 153	64 782	69 471	80 208	10 737	19 055	15,5	31,2
50 000+	73 460	77 900	81 598	83 755	2 157	10 295	2,6	14,0
Hele landet	176 422	189 332	201 805	220 437	18 632	44 014	9,2	24,9
Innlandet	14 075	17 287	16 672	14 624	-2 048	549	-12,3	3,9
Oslo	25 957	25 725	24 883	28 162	3 280	2 205	13,2	8,5
Viken	34 200	34 549	35 687	36 538	851	2 338	2,4	6,8
Vestfold Telemark	8 970	13 185	17 097	18 358	1 261	9 389	7,4	104,7
Agder	8 346	9 136	9 577	9 746	169	1 400	1,8	16,8
Rogaland	13 620	14 896	13 588	15 807	2 219	2 188	16,3	16,1
Vestland	19 425	20 861	25 159	27 597	2 438	8 172	9,7	42,1
Møre og Romsdal	7 907	8 865	10 883	13 039	2 156	5 132	19,8	64,9
Trøndelag	15 032	15 639	14 763	17 024	2 260	1 991	15,3	13,2
Nordland	13 868	13 920	15 429	17 869	2 440	4 001	15,8	28,9
Troms og Finnmark	15 024	15 268	18 067	21 672	3 606	6 649	20,0	44,3
Hele landet	176 422	189 332	201 805	220 437	18 632	44 014	9,2	24,9

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

Tabell V7.21. Antall beregnede vikardager justert for stillingsprosent og virkedager. Basert på rapporterte vikaravtaler. Kun vikardager for ubesatte lister.

					Endring		Pst endring	
	2019	2020	2021	2022	2021-22	2019-22	2021-22	2019-22
Under 2 000	2 246	3 439	4 782	3 964	-818	1 718	-17	77
2 000-4 999	2 834	4 735	5 940	6 299	359	3 464	6	122
5 000-9 999	3 408	4 694	6 861	9 668	2 807	6 261	41	184
10 000-49 999	9 132	10 112	13 230	20 993	7 763	11 861	59	130
50 000+	2 522	2 419	4 511	7 211	2 700	4 689	60	186
Hele landet	20 142	25 398	35 324	48 134	12 810	27 993	36	139
Innlandet	2 950	4 398	5 322	5 515	193	2 565	4	87
Oslo	669	187	169	127	-42	-542	-25	-81
Viken	1 087	1 895	2 054	4 353	2 299	3 266	112	301
Vestfold Telemark	1 082	933	2 389	4 515	2 126	3 433	89	317
Agder	714	616	846	2 310	1 464	1 596	173	224
Rogaland	1 056	643	2 004	3 028	1 024	1 972	51	187
Vestland	1 760	2 649	4 899	6 336	1 436	4 576	29	260
Møre og Romsdal	1 643	2 817	3 848	5 109	1 261	3 466	33	211
Trøndelag	2 316	2 939	3 645	4 188	544	1 873	15	81
Nordland	4 102	5 474	5 554	6 455	901	2 353	16	57
Troms og Finnmark	2 764	2 849	4 595	6 200	1 605	3 435	35	124
Hele landet	20 142	25 398	35 324	48 134	-818	1 718	-17	77

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

Tabell V7.22 Antall beregnede vikardager justert for stillingsprosent og virkedager. 2019, 2020 og 2021. Basert på rapporterte vikaravtaler. Kun vikardager for lister med fast lege.

					Endring		Pst. endring	
	2019	2020	2021	2022	2021-22	2019-22	2021-22	2019-22
Under 2 000	5 521	6 445	5 874	6 780	905	1 258	15,4	22,8
2 000-4 999	12 637	13 342	12 519	13 799	1 280	1 162	10,2	9,2
5 000-9 999	15 164	13 976	14 760	16 265	1 505	1 101	10,2	7,3
10 000-49 999	52 021	54 670	56 242	58 969	2 728	6 948	4,8	13,4
50 000+	70 937	75 481	77 086	76 128	-959	5 190	-1,2	7,3
Hele landet	156 281	163 913	166 481	171 940	5 459	15 660	3,3	10,0
Innlandet	11 125	12 889	11 350	9 109	-2 241	-2 016	-19,7	-18,1
Oslo	25 288	25 539	24 714	27 981	3 268	2 693	13,2	10,7

Viken	33 113	32 654	33 634	32 105	-1 529	-1 008	-4,5	-3,0
Vestfold Telemark	7 888	12 252	14 708	13 605	-1 104	5 717	-7,5	72,5
Agder	7 632	8 520	8 730	7 436	-1 294	-196	-14,8	-2,6
Rogaland	12 564	14 253	11 584	12 762	1 178	199	10,2	1,6
Vestland	17 665	18 192	20 260	21 077	818	3 412	4,0	19,3
Møre og Romsdal	6 264	6 048	7 035	7 930	895	1 666	12,7	26,6
Trøndelag	12 716	12 700	11 119	12 835	1 717	119	15,4	0,9
Nordland	9 766	8 447	9 875	11 555	1 680	1 789	17,0	18,3
Troms og Finnmark	12 260	12 419	13 472	15 545	2 073	3 285	15,4	26,8
Hele landet	156 281	163 913	166 481	171 940	5 459	15 660	3,3	10,0

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

Tabell V7.23 Antall fastleger, lister, listeinnbyggere på ubesatte lister, ledige listeplasser på liste med fast tilknyttet lege samt ledige plasser inklusive plasser på ubesatte lister (sum listetak – sum listelengde i kommunen). Fordelt etter kommune, fylke og kommunestørrelse. Kilde: innmeldt og innregistrert informasjon i det administrative systemet for fastlegeordningen i Helsedirektoratet (FLO) pr.1.5.2023.

	Antall fastleger	Antall fastlege-lister	Antall listeinnbyggere på ubesatte lister	Andel listeinnbyggere på ubesatte lister	Antall listeinnbyggere på liste ubesatt > 1 år	Antall ledige plasser hos fast lege	Antall ledige pl. inkl. på ubesatte lister
Innlandet	382	410	22295	6,0	9203	5955	10207
Under 2 000 innb.	20	20				2164	2164
Engerdal	2	2				518	518
Etnedal	3	3				92	92
Folldal	2	2				139	139
Lesja	3	3				137	137
Os	3	3				236	236
Rendalen	2	2				590	590
Tolga	2	2				350	350
Vang	3	3				102	102
2 000 - 4 999 innb.	50	57	4516	11,1		2463	4319
Alvdal	2	2				-448	-448
Dovre	3	3				1201	1201
Grue	2	3	1211	27,2		8	397
Lom	4	4				80	80
Ringebu	5	6	554	13,9		169	415

Skjåk	4	4				74	74
Stor-Elvdal	6	6				265	265
Sør-Aurdal	3	3				478	478
Sør-Fron	5	5				109	109
Vestre Slidre	1	3	1004	62,5		-2	116
Vågå	3	4	677	19,8		16	289
Våler (Innlandet)	3	4	1002	26,7		14	12
Øystre Slidre	3	4	68	2,0		6	838
Åmot	6	6				493	493
5 000 - 9 999 innb.	90	97	5844	6,9	1539	287	1318
Eidskog	5	5				154	154
Gausdal	7	7				168	168
Løten	9	9				-179	-179
Nord-Aurdal	9	10	791	11,0	791	24	33
Nord-Fron	5	7	1534	27,0	748	-605	-589
Nord-Odal	5	5				117	117
Nordre Land	4	5	1064	14,9		167	328
Sel	4	6	2164	37,1		-62	-26
Søndre Land	6	6				17	17
Sør-Odal	6	6				937	937
Trysil	7	7				21	21
Tynset	9	9				-234	-234
Øyer	5	5				223	223
Åsnes	9	10	291	4,3		-461	348
10 - 49 999 innb.	222	236	11935	5,1	7664	1041	2406
Elverum	21	22	563	2,6		530	567
Gjøvik	24	31	7069	23,5	4983	-340	-559
Gran	12	14	1440	10,5	381	374	1084
Hamar	37	37				-255	-255
Kongsvinger	18	18				454	454
Lillehammer	32	33	563	1,7		-363	-326
Ringsaker	30	30				1069	1069
Stange	18	18				-347	-347
Vestre Toten	11	14	2300	18,5	2300	-71	729
Østre Toten	19	19				-10	-10
OSLO	565	567	990	0,1		17812	18322
50 000 innb. +	565	567	990	0,1		17812	18322

VIKEN	1131	1162	19694	1,6	3619	9438	13054
Under 2 000 innb.	4	4				115	115
Aremark	2	2				-8	-8
Flå	2	2				123	123
2 000 - 4 999 innb.	64	66	530	1,2		2963	2733
Flesberg	4	4				252	252
Gol	8	8				359	359
Hemsedal	4	4				11	11
Hol	10	10				807	807
Hurdal	4	4				10	10
Hvaler	4	5	530	17,5		35	-195
Krødsherad	2	2				328	328
Marker	5	5				-77	-77
Nesbyen	5	5				649	649
Nore og Uvdal	4	4				14	14
Sigdal	5	5				58	58
Skiptvet	3	3				134	134
Ål	7	7				383	383
5 000 - 9 999 innb.	46	48	1564	3,2		611	517
Gjerdrum	8	8				199	199
Hole	7	7				-275	-275
Jevnaker	5	6	667	11,4		-2	1
Lunner	8	9	897	10,2		-31	-128
Rakkestad	8	8				15	15
Råde	5	5				-36	-36
Våler (Viken)	5	5				741	741
10 - 49 999 innb.	418	433	9470	2,0	2528	4195	6850
Aurskog-Høland	14	16	875	5,6	875	77	402
Eidsvoll	22	23	1203	4,9		1430	1477
Enebakk	10	10				432	432
Frogn	13	13				370	370
Halden	27	28	504	1,6		52	148
Indre Østfold	36	38	1018	2,3		786	1243
Kongsberg	31	31				-616	-616
Lier	26	26				873	873
Lørenskog	35	35				949	949
Modum	11	14	1783	13,0	413	-18	499

Nannestad	13	13				-138	-138
Nes	17	19	481	2,4	430	522	1441
Nesodden	17	17				-175	-175
Nittedal	18	19	867	3,8		-256	-23
Ringerike	28	29	1133	3,7		-288	-521
Rælingen	14	14				-226	-226
Ullensaker	40	40				-100	-100
Vestby	17	17				-253	-253
Øvre Eiker	14	16	1606	9,2	810	581	875
Ås	15	15				193	193
50 000 innb. +	599	611	8130	1,2	1091	1554	2839
Asker	81	82	572	0,6		849	877
Bærum	121	122	256	0,2		3232	3526
Drammen	86	86				-1022	-1022
Fredrikstad	76	80	3479	4,0	1091	-2339	-2218
Lillestrøm	69	72	1784	2,0		1220	1496
Moss	48	50	1777	3,4		21	544
Nordre Follo	64	65	262	0,4		491	534
Sarpsborg	54	54				-898	-898
VESTFOLD TELEMARK	392	423	23346	5,5	5912	-4808	-3757
Under 2 000 innb.	7	7				1000	1000
Fyresdal	2	2				441	441
Hjartdal	3	3				226	226
Nissedal	2	2				333	333
2 000 - 4 999 innb.	24	26	709	4,2		382	1303
Drangedal	4	4				2	2
Kviteseid	2	3	2	0,1		237	1135
Seljord	6	6				19	19
Siljan	3	3				-8	-8
Tokke	3	3				93	93
Vinje	6	7	707	18,5		39	62
5 000 - 9 999 innb.	13	17	2988	25,3	2324	55	217
Nome	6	7	664	10,5		68	4
Tinn	7	10	2324	42,5	2324	-13	213
10 - 49 999 innb.	199	211	8801	4,2	2453	-2316	-1990
Bamble	14	15	481	3,8		-121	-121

Færder	23	24	899	3,5		-193	-192
Holmestrand	24	24				-393	-393
Horten	25	25				-651	-651
Kragerø	9	10	1388	13,2	1388	99	111
Larvik	44	45	436	0,9	436	-361	-297
Midt-Telemark	11	13	1523	15,0	629	229	406
Notodden	9	14	3229	27,8		54	125
Porsgrunn	40	41	845	2,1		-979	-978
50 000 innb. +	151	162	10848	6,1	1135	-3929	-4287
Sandefjord	54	59	5171	8,2		-2408	-2579
Skien	43	48	4633	8,7	1135	-496	-639
Tønsberg	54	55	1044	1,7		-1025	-1069
AGDER	314	330	9043	2,9	2567	-3372	-2645
Under 2 000 innb.	20	20				702	702
Bygland	2	2				10	10
Bykle	3	3				114	114
Hægebostad	2	2				63	63
Iveland	2	2				6	6
Sirdal	5	5				106	106
Valle	1	1				6	6
Åmli	3	3				242	242
Åseral	2	2				155	155
2 000 - 4 999 innb.	9	9				582	582
Evje og Hornes	4	4				381	381
Gjerstad	3	3				11	11
Vegårshei	2	2				190	190
5 000 - 9 999 innb.	50	55	2812	5,8	1174	-618	-490
Birkenes	7	7				309	309
Farsund	8	10	873	9,5	873	-503	-486
Flekkefjord	9	11	1392	13,9	301	-2	106
Froland	8	8				-21	-21
Kvinesdal	6	6				-29	-29
Risør	5	6	547	9,0		63	66
Tvedestrand	7	7				-435	-435
10 - 49 999 innb.	130	138	5172	4,0	993	-3189	-3164
Arendal	46	50	1763	3,8		-1425	-1353
Grimstad	22	24	1269	5,3		-950	-1007

Lillesand	11	11				134	134
Lindesnes	22	24	2140	9,4	993	-324	-314
Lyngdal	12	12				-147	-147
Vennesla	17	17				-477	-477
50 000 innb. +	106	108	1059	0,9	400	-849	-275
Kristiansand	106	108	1059	0,9	400	-849	-275
ROGALAND	425	451	18245	3,7	6226	-5852	-1438
Under 2 000 innb.	3	3				257	257
Bokn	1	1				-3	-3
Kvitsøy	1	1				266	266
Utsira	1	1				-6	-6
2 000 - 4 999 innb.	17	23	4742	24,0	1382	749	867
Bjerkreim	3	3				85	85
Hjelmeland	3	3				51	51
Lund	3	3				654	654
Sauda	2	6	3360	75,1		-9	31
Sokndal	2	2				-40	-40
Suldal	4	6	1382	38,6	1382	8	86
5 000 - 9 999 innb.	12	12				-15	-15
Vindafjord	12	12				-15	-15
10 - 49 999 innb.	195	209	10863	4,7	4844	-3735	0
Eigersund	8	14	4113	26,7	2589	-138	2099
Gjesdal	11	11				-255	-255
Haugesund	33	35	1362	3,1	1362	-603	933
Hå	20	20				-73	-73
Karmøy	25	29	4058	10,7	893	-283	-341
Klepp	20	20				-975	-975
Randaberg	11	11				-486	-486
Sola	23	23				-382	-382
Strand	16	17	550	4,5		-199	-199
Time	17	18	780	4,0		-324	-304
Tysvær	11	11				-17	-17
50 000 innb. +	200	204	2640	1,1		-3108	-2547
Sandnes	72	75	1761	2,3		-2303	-1863
Stavanger	128	129	879	0,6		-805	-684
VESTLAND	642	690	26372	4,1	10921	2554	6031

Under 2 000 innb.	12	16	2238	26,8	1748	1717	2529
Aurland	1	3	1039	63,7	549	7	368
Eidfjord	2	2				141	141
Fedje	1	1				513	513
Hyllestad	1	2	836	67,9	836	4	518
Masfjorden	2	3	363	21,7	363	-6	-69
Modalen	1	1				-44	-44
Solund	2	2				1063	1063
Ulvik	2	2				39	39
2 000 - 4 999 innb.	47	57	4277	11,7	1343	3442	4685
Askvoll	3	4	805	28,1	805	105	150
Austrheim	5	5				580	580
Bremanger	4	5	21	0,7	21	647	1026
Etne	7	7				172	172
Fitjar	2	3	900	34,7		8	8
Fjaler	2	3	1171	43,5		32	61
Gulen	2	3	455	22,0	455	87	632
Høyanger	4	6	808	23,9		-78	14
Lærdal	3	3				407	407
Samnanger	4	4				41	41
Tysnes	3	3				405	405
Vaksdal	3	5	109	3,2	54	-67	74
Vik	5	6	8	0,3	8	1103	1115
5 000 - 9 999 innb.	69	76	4997	8,7	3188	-33	330
Austevoll	6	7	672	13,4	672	17	45
Gloppen	8	8				115	115
Kvam	10	11	731	8,2	731	9	178
Luster	10	10				3	3
Osterøy	6	6				-94	-94
Stad	12	12				55	55
Stryn	8	10	1113	16,2		-164	-77
Sveio	6	6				24	24
Årdal	3	6	2481	48,8	1785	2	81
10 - 49 999 innb.	262	285	12879	5,3	4011	-670	368
Alver	27	27				-356	-356
Askøy	28	30	935	3,4	643	-131	-116
Bjørnafjorden	23	26	2543	10,5	1854	-871	-614

Bømlo	11	14	2401	20,7	601	-482	-453
Kinn	23	25	1186	6,5	654	76	90
Kvinnherad	15	17	1587	12,1		327	440
Sogndal	14	17	1606	12,8	188	19	563
Stord	22	23	7	0,0	7	-209	-209
Sunnfjord	27	28	928	3,9		-8	14
Ullensvang	14	15	843	7,9		156	163
Voss	18	19	779	4,7		-158	-137
Øygarden	40	44	64	0,2	64	967	983
50 000 innb. +	253	256	1981	0,7	631	-1902	-1883
Bergen	253	256	1981	0,7	631	-1902	-1883
MØRE OG ROMSDAL	261	293	24128	9,0	8629	472	2807
2 000 - 4 999 innb.	28	32	2283	9,4	1262	1675	1842
Aukra	2	2				0	0
Aure	2	4	1383	44,2	646	2	269
Fjord	4	4				166	166
Gjemnes	2	2				5	5
Sande	3	3				281	281
Smøla	2	2				766	766
Stranda	6	7	616	14,1	616	21	5
Tingvoll	3	3				8	8
Vanylven	4	5	284	10,4		426	342
5 000 - 9 999 innb.	77	90	10095	13,0	4197	156	1389
Averøy	5	7	1323	25,4		23	250
Giske	10	10				74	74
Hareid	5	6	796	17,0		-383	-379
Herøy	8	11	2314	27,4	2314	-164	-78
Rauma	9	9				-22	-22
Sula	9	9				247	247
Sunndal	6	6				-8	-8
Surnadal	5	6	831	14,4		-24	45
Sykkylven	3	8	4830	68,5	1883	430	478
Ulstein	10	10				-40	-40
Vestnes	7	8	1	0,0		23	822
10 - 49 999 innb.	97	106	7028	7,4	739	-1160	-503
Hustadvika	12	12				-258	-258

Kristiansund	28	30	1706	6,8		52	346
Molde	32	36	3636	10,2		-415	-101
Volda	13	13				-303	-303
Ørsta	12	15	1686	15,8	739	-236	-187
50 000 innb. +	59	65	4722	6,7	2431	-199	79
Ålesund	59	65	4722	6,7	2431	-199	79
TRØNDELAG	458	493	21653	4,5	6147	1343	7255
Under 2 000 innb.	15	16	369	3,5		2700	2881
Flatanger	1	1				250	250
Holtålen	3	3				302	302
Høylandet	2	2				13	13
Leka	1	1				206	206
Lierne	1	1				103	103
Namsskogan	1	1				921	921
Osen	1	1				524	524
Raarvihke - Røyrvik		1	369	100,0		-62	181
Rindal	3	3					-62
Tydal	2	2				443	443
2 000 - 4 999 innb.	19	27	4332	19,6	581	1931	3994
Frosta	2	3	847	30,3		2	5
Grong	1	3	1193	60,0		6	313
Meråker	1	3	1042	56,6	581	1	504
Overhalla	3	4	3	0,1		302	1499
Rennebu	2	3	383	17,0		179	196
Selbu	4	4				240	240
Snåase - Snåsa	3	3				1152	1152
Åfjord	3	4	864	21,0		49	85
5 000 - 9 999 innb.	66	81	9943	14,9	3911	488	3565
Frøya	4	7	2063	38,6		22	-241
Heim	5	7	1622	28,4		160	388
Hitra	4	5	1336	27,2	1336	132	296
Inderøy	8	8				-112	-112
Indre Fosen	8	11	2339	24,7	1558	186	767
Midtre Gauldal	6	6				-47	-47
Nærøysund	11	15	1513	16,2	1017	92	2454
Oppdal	7	8	647	8,9		15	18

Røros	7	8	423	7,2		67	69
Skaun	6	6				-27	-27
10 - 49 999 innb.	163	170	5308	3,3		-1719	-1477
Levanger	22	22				-596	-596
Malvik	16	16				405	405
Melhus	14	14				-710	-710
Namsos	17	18	514	3,2		-189	-103
Orkland	18	18				118	118
Steinkjer	25	27	1733	6,9		891	958
Stjørdal	24	26	1639	6,5		-717	-656
Verdal	14	15	653	4,8		-341	-344
Ørland	13	14	769	7,3		-580	-549
50 000 innb. +	196	199	1701	0,8	1655	-2057	-1708
Trondheim	196	199	1701	0,8	1655	-2057	-1708
NORDLAND	282	322	20862	8,7	8006	6990	11699
Under 2 000 innb.	41	56	5147	20,0	2569	6955	10758
Beiarn	2	2				309	309
Bindal	4	4				64	64
Dønna	2	3	44	3,4	44	339	895
Flakstad	2	2				177	177
Gildeskål	3	3				485	485
Grane		3	1338	100,0			112
Hattfjelldal	1	4	908	72,2	908	1	193
Herøy (Nordland)	2	2				159	159
Lurøy	6	7	152	8,3	152	1719	2567
Lødingen	2	4	817	42,4		39	422
Moskenes	1	2	423	46,2		8	335
Nesna	2	2				168	168
Rødøy		3	926	100,0	926		1124
Røst	1	1				79	79
Sømna	3	3				14	14
Sørfold	3	3				189	189
Træna	1	1				57	57
Vega	2	3	539	48,6	539	180	441
Vevelstad	1	1				-1	-1
Værøy	3	3				2969	2969
2 000 - 4 999 innb.	40	44	1164	4,2	532	1420	1856

Andøy	7	8	105	2,3	105	175	170
Bø	4	4				71	71
Hamarøy	6	6				582	582
Hemnes	4	6	1059	24,3	427	7	448
Leirfjord	3	3				40	40
Saltdal	7	7				291	291
Steigen	4	4				12	12
Øksnes	6	6				242	242
5 000 - 9 999 innb.	60	67	4712	10,0	1501	838	1337
Alstahaug	8	9	742	10,0		-73	85
Brønnøy	11	12	795	10,8	795	9	34
Fauske - Fuosko	11	11				285	285
Hadsel	13	13				553	553
Meløy	5	10	3175	55,3	706	109	425
Vågan	12	12				-45	-45
10 - 49 999 innb.	87	100	9839	11,7	3404	-1460	-1489
Narvik	25	27	1731	7,7	782	-313	-344
Rana	21	29	6315	24,7	1829	-642	-647
Sortland - Suortá	15	16	358	3,2		-39	-37
Vefsn	12	14	1435	10,8	793	-358	-353
Vestvågøy	14	14				-108	-108
50 000 innb. +	55	55				-763	-763
Bodø	55	55				-763	-763
TROMS OG FINNMARK	297	337	23559	9,7	8445	3383	6021
Under 2 000 innb.	26	31	2014	14,3		3147	4292
Berlevåg	3	3				358	358
Gáivuotna - Kåfjord - Kaivuono	3	3				37	599
Gamvik	2	2				1453	37
Gratangen	2	2				16	1453
Hasvik	1	3	634	69,1		591	382
Kvænangen	3	3				89	591
Lebesby	2	2				46	89
Loppa	2	3	251	31,2		342	95
Måsøy	2	2				1	342

Storfjord - Omasvuotna - Omasvuono	3	3				84	84
Unjárga - Nesseby	1	2	352	43,9		130	99
Vardø	2	3	777	42,1		3084	163
2 000 - 4 999 innb.	70	83	7272	15,2	1632	-126	4060
Bardu	7	8	356	9,1		303	18
Båtsfjord	4	4				89	303
Deatnu -Tana	6	6				363	72
Guovdageaidnu - Kautokeino	3	5	971	37,7	576	8	197
Kárásjohka - Karasjok	4	4				25	89
Karlsøy	3	3				599	363
Kvæfjord	4	4				31	25
Lyngen	4	4				732	31
Nordkapp	6	6				23	732
Nordreisa	4	6	1391	30,3	515	259	232
Porsanger - Porsángu - Porsanki	6	6				656	259
Salangen	8	9	464	10,6		4	792
Skjervøy	1	3	1 756	63,8		19	249
Sørreisa	4	7	1 326	35,8		72	329
Tjeldsund	6	8	1 008	21,0	541	27	369
5 000 - 9 999 innb.	35	39	2 490	9,2	1 319	-283	27
Balsfjord	7	7				70	70
Målselv	11	11				-4	-4
Sør-Varanger	9	12	1 961	20,9	1 319	-379	-190
Vadsø	8	9	529	9,4		30	151
10 - 49 999 innb.	86	102	10 242	14,3	4 499	-425	-277
Alta	21	28	5 008	23,9	3 684	-322	-580
Hammerfest	15	17	714	6,4	217	123	509
Harstad	33	35	1 396	5,7	598	-347	-343
Senja	17	22	3 124	20,9		121	137
50 000 innb. +	80	82	1 541	1,9	995	-2 140	-2 081
Tromsø	80	82	1 541	1,9	995	-2 140	-2 081
HELE LANDET	5 138	5 478	210 187	3,8	69 675	33 915	67 557

Vedlegg til kapittel 9

Tabell V9.1 Definisjon av type kontakt hos fastlege og legevakt.

Kontakttype	Regning med minst én av følgende takster:
Konsultasjon med lege	
Fysisk konsultasjon	2ad, 2ak, 2ed, 2fk, 074b, 074a, 074d, 615
E-konsultasjon	2ae, 2aek, 074ae, 074be
Sykebesøk	11ad, 11ak
Enkel kontakt med pasient	
Enkel kontakt med pasient til stede	1ad, 1ak, 1e, 618, 701a
Enkel kontakt brev/tlf/adm /elektronisk	1bd, 1bk, 1g, 1i, 612a, 612b
Kontakt med andre instanser	
Enkel kontakt med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV	1f
Tverrfaglig samarbeidsmøte	14
Dialogmøter NAV	L36, L36d
Enkel kontakt med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV/spesialist helsetjeneste	1f
Andre kontakter for administrative formål	
Utvalgte takster administrativt arbeid – Registrert uten å være knyttet opp mot annen kontakt	H1, 5, 7, 8, 2kd, 2ld, L-takster

Tabell V9.2. Antall kontakter med fastlege fordelt på type kontakt, 2017-2022.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	% endr. i antall siste år
Konsultasjon med lege							
Fysisk konsultasjon	14	14	14	11	11	12	+ 6
Per 100 innbygger	299	245	292	949	944	672	
	501	671	722	567	753	635	
	270	267	266	222	220	231	
E-konsultasjon	91	238	445	3 540	4 489	4 159	- 7
Per 100 innbygger	912	374	093	361	026	700	
	2	4	8	66	83	76	
Sykebesøk	88	88	88	116	97	81	-17
Per 100 innbygger	889	575	519	501	127	052	
	1,7	1,7	1,6	2,2	1,8	1,5	
Totalt antall konsultasjoner	14	14	14	15	16	16	+ 2
Per 100 innbygger	480	572	826	606	530	913	
	302	620	334	429	906	387	
	273	273	276	290	305	308	
Enkel kontakt med pasient							

Enkel kontakt brev/tlf/adm/elektronisk Per 100 innbygger	11 005 203 208	10 962 419 206	11 229 601 209	12 332 069 229	12 382 379 228	12 185 421 222	- 2
Enkel kontakt med pasient til stede Per 100 innbygger	2 548 357 48	2 378 042 45	2 344 248 44	2 353 230 44	2 813 779 52	2 397 662 44	- 15
Kontakt med andre instanser om pasient							
Enkel kontakt med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV Per 100 innbygger	1 663 438 31	1 741 077 33	1 838 435 34	2 005 305 37	2 093 503 39	2 257 976 41	- 5
Samarbeidsmøter Per 100 innbygger	196 443 3,7	176 575 3,3	153 916 2,9	151 835 2,8	156 979 2,9	143 027 2,6	- 9
Adm. kontakt							
Utvalgte takster administrativt arbeid	669 239	684 254	730 294	908 316	896 320	972 405	+ 8

Tabell V9.3. Antall kontakter med legevakt fordelt på type kontakt, 2017-2022.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	% endr. i antall siste år
Konsultasjon med lege							
Fysisk konsultasjon Per 100 innbygger	1 301 348 25	1 289 296 24	1 324 830 25	1 180 408 22	1 232 165 23	1 292 155 24	+ 5
E-konsultasjon Per 100 innbygger	0 0	0 0	0 0	73 417 1,4	45 983 0,8	42 707 0,8	- 7
Sykebesøk Per 100 innbygger	66 284 1,3	69 725 1,3	75 285 1,4	87 941 1,6	84 211 1,6	89 066 1,6	+ 6
Totalt antall konsultasjoner Per 100 innbygger	1 367 632 26	1 359 021 25	1 400 115 26	1 341 766 25	1 362 359 25	1 423 928 26	+ 5
Enkel kontakt med pasient							
Enkel kontakt brev/tlf/adm/elektronisk Per 100 innbygger	588 169 11	677 131 13	723 419 13	1 255 345 23	1 397 551 26	991 018 18	- 34
Enkel kontakt med pasient til stede Per 100 innbygger	68 848 1,3	57 808 1,1	63 228 1,2	1 347 953 25	4 447 712 82	1 344 877 25	- 70
Kontakt med andre instanser om pasient							

Enkel kontakt med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV Per 100 innbygger	90 004 1,7	91 953 1,7	92 881 1,7	92 671 1,7	86 396 1,6	85 005 1,5	- 2
Samarbeidsmøter Per 100 innbygger	16 051 0,3	15 609 0,3	15 814 0,3	20 0	40 0	36 0	
Adm. kontakt							
Utvalgte takster administrativt arbeid	2 886	2 699	2 556	2 579	2 839	3 083	+ 9

Tabell V9.4 Antall dialogmøter med NAV, fordelt på alder og kommunestørrelse 2019-2022.

		2019	2020	2021	2022
0-19 år	Under 2 000 innb.	0,05	0,03	0,04	0,03
	2 000-4 999 innb.	0,06	0,03	0,03	0,02
	5 000-9 999 innb.	0,04	0,04	0,05	0,03
	10 000-49 999 innb.	0,03	0,02	0,03	0,03
	50 000 innb.+	0,02	0,01	0,02	0,01
	Totalt	0,03	0,02	0,03	0,02
20-39 år	Under 2 000 innb.	2,0	1,4	1,7	1,4
	2 000-4 999 innb.	2,0	1,5	1,8	1,4
	5 000-9 999 innb.	2,1	1,6	1,7	1,5
	10 000-49 999 innb.	1,6	1,3	1,6	1,3
	50 000 innb.+	1,0	0,7	0,9	0,8
	Totalt	1,3	1,0	1,2	1,1
40-59 år	Under 2 000 innb.	3,0	2,2	2,3	1,9
	2 000-4 999 innb.	3,0	2,3	2,6	2,1
	5 000-9 999 innb.	2,8	2,2	2,3	2,1
	10 000-49 999 innb.	2,3	1,7	2,1	1,8
	50 000 innb.+	1,5	1,2	1,4	1,2
	Totalt	2,0	1,6	1,8	1,6
60-79 år	Under 2 000 innb.	0,8	0,6	0,7	0,6
	2 000-4 999 innb.	0,8	0,6	0,6	0,6
	5 000-9 999 innb.	0,9	0,7	0,6	0,5
	10 000-49 999 innb.	0,7	0,5	0,5	0,5
	50 000 innb.+	0,4	0,4	0,4	0,3
	Totalt	0,6	0,5	0,5	0,4
over 80 år	Under 2 000 innb.	0,00	0,03	0,27	0,18
	2 000-4 999 innb.	0,00	0,01	0,01	0,03
	5 000-9 999 innb.	0,01	0,01	0,04	0,00
	10 000-49 999 innb.	0,01	0,00	0,01	0,01

	50 000 innb.+	0,01	0,02	0,01	0,01
	Totalt	0,01	0,01	0,02	0,02

Tabell V9.5. Antall møter med andre instanser om pasient, fordelt på aldersgrupper og kommunestørrelse, 2019-2022.

		2019	2020	2021	2022
0-19 år	Under 2 000 innb.	8	9	9	9
	2 000-4 999 innb.	7	8	9	11
	5 000-9 999 innb.	6	7	8	9
	10 000-49 999 innb.	6	7	8	10
	50 000 innb.+	4	4	8	8
20-39 år	Under 2 000 innb.	19	20	20	20
	2 000-4 999 innb.	20	22	23	24
	5 000-9 999 innb.	19	21	21	23
	10 000-49 999 innb.	18	21	23	26
	50 000 innb.+	11	13	15	17
40-59 år	Under 2 000 innb.	23	25	25	26
	2 000-4 999 innb.	26	29	31	31
	5 000-9 999 innb.	23	25	26	28
	10 000-49 999 innb.	23	26	29	31
	50 000 innb.+	17	19	21	23
60-79 år	Under 2 000 innb.	66	69	63	62
	2 000-4 999 innb.	61	64	64	65
	5 000-9 999 innb.	54	60	57	59
	10 000-49 999 innb.	53	57	60	64
	50 000 innb.+	44	47	47	51
over 80 år	Under 2 000 innb.	399	401	349	355
	2 000-4 999 innb.	364	386	358	330
	5 000-9 999 innb.	376	397	361	337
	10 000-49 999 innb.	360	367	362	341
	50 000 innb.+	278	290	277	264

Tabell V9.6. Konsultasjoner med fastlege per 100 innbygger fordelt på kommunestørrelse, fylker og aldersgrupper, 2019-2022. Inkluderer ikke sykebesøk.

	2019	2020	2021	2022
Under 2 000	234	253	239	255
2 000-4 999	261	272	270	284
5 000-9 999	272	284	272	283
10 000-49 999	277	293	311	313

> 50 000 innb.	276	283	307	293
Innlandet	285	294	306	306
Oslo	245	267	295	291
Viken	279	297	313	312
Vestfold/Telemark	279	301	315	310
Agder	281	297	308	300
Rogaland	266	283	297	286
Vestland	258	273	285	287
Møre og Romsdal	268	281	302	299
Trøndelag	280	289	298	290
Nordland	265	265	280	280
Troms og Finnmark	276	284	301	298
0-19 år	154	146	165	175
20-39 år	323	279	298	303
40-59 år	269	313	331	334
60-79 år	362	383	386	384
over 80 år	504	504	502	496
Norge totalt	274	287	303	307

Tabell V9.6. Konsultasjoner hos legevakt per 100 innbygger fordelt på kommunestørrelse, fylker og aldersgrupper, 2019-2022. Inkluderer ikke sykebesøk.

	2019	2020	2021	2022
Under 2 000	24	22	22	23
2 000-4 999	24	22	22	23
5 000-9 999	26	23	23	24
10 000-49 999	27	25	26	26
> 50 000 innb.	22	22	22	21
Innlandet	25	25	22	23
Oslo	19	19	19	17
Viken	25	25	23	24
Vestfold/Telemark	24	23	30	24
Agder	27	27	24	26
Rogaland	24	24	22	22
Vestland	26	25	26	24
Møre og Romsdal	27	27	25	24
Trøndelag	24	24	20	20
Nordland	26	26	24	25

Troms og Finnmark	31	31	27	29
0-19 år	29	25	29	28
20-39 år	25	25	25	23
40-59 år	19	19	19	17
60-79 år	22	21	20	20
over 80 år	40	36	36	37
Norge totalt	25	23	24	26

