

Sammenstilling av data fra allmennlegetjenesten

Tilleggsoppdrag nr. 43 (2019)

Rapport

Publikasjonsnummer: IS-2881



Innhold

Sammendrag	2
1. Nøkkeltall for fastlegeordningen	3
2. Rekruttering, stabilitet og kontinuitet i fastlegeordningen	4
2.1 Økende rekrutteringsutfordringer i kommunene	4
2.2 Fortsatt vekst, men mange forlater yrket og få vil bli fastleger	6
2.3 Fastlegenes listelengde	8
2.4 Flere fastlegelister uten fast lege	9
2.5 Fastlegelister betjent av vikar	9
2.6 Kommuner med få eller ingen åpne lister	10
2.7 ALIS og kommunale helselederes perspektiver på rekruttering og stabilisering	10
2.8 Fastlegenes aldersprofil	11
3. Andre relevante forhold ved allmennlegetjenesten	12
3.1 Spesialister i allmennmedisin og allmennleger i spesialisering	12
3.2 Konsultasjoner og bruk av fastlegen	14
3.3 Arbeidstid og annet allmennlegearbeid	15
3.4 Næringsdrift og fastlønn	17
3.5 Bruk av annet personell i allmennlegetjenesten	18
3.6 E-konsultasjoner og bruk av digitale verktøy	20
3.7 Kontorstørrelse	20
3.8 Vekst i kommunene sammenlignet med spesialisthelsetjenesten	21
3.9 Tilgjengelighet og pasienterfaringer med fastlegen	22
Vedlegg	23
Vedlegg 1. Rekrutteringsutfordringer i evalueringen av fastlegeordningen	23
Vedlegg 2. Rekrutteringsutfordringer kartlagt av KS	24
Vedlegg 3. Rekrutteringsutfordringer kartlagt av Legeforeningen	25

Sammendrag

Denne rapporten er Helsedirektoratets svar på tilleggsoppdrag nr. 43 fra Helse- og omsorgsdepartementet om sammenstilling av data fra allmennlegetjenesten. Rapporten sammenstiller data som beskriver status, utviklingstrekk og utfordringsbildet for allmennlegetjenesten, med særlig vekt på rekruttering til og stabilitet i fastlegeordningen. Også andre sider ved tjenesten beskrives, som tilknytning (fastlønn eller næringsdrift), kontorstørrelse, bruk av annet personell, bruk av digitale verktøy med mer.

Rapporten dekker i hovedsak perioden 2012 til 2019, i tråd med departementets oppdrag. Statistikken fra Fastlegeregisteret er for det meste oppdatert per desember 2019. De mest sentrale kildene er Fastlegeregisteret og EY og Vista Analyses evaluering av fastlegeordningen, samt rapporter fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM).

Det er fortsatt vekst i antall fastlegelister, også når vi tar hensyn til befolkningsveksten, slik at gjennomsnittlig antall pasienter på fastlegelistene fortsatt reduseres.

Samtidig viser flere undersøkelser at det har blitt vanskeligere for kommunene å rekruttere fastleger, bruttoavgangen fra fastlegeyrket har økt betydelig, det er et økende antall lister uten fast lege, det er lange arbeidsdager, det er høy slutt tilbøyelighet, mange fastleger har en høy alder, relativt få medisinstudenter og unge leger ønsker å bli fastleger, og det er et synkende antall åpne fastlegelister.

Samtidig øker andelen fastleger som er spesialister i allmennmedisin, og det er høy aktivitet knyttet til allmennleger i spesialisering og ALIS-avtaler.

Antall stillinger med fastlønn øker tydelig, og kommunene ser ut til å benytte fastlønnede stillinger og 8-2-avtaler som rekrutteringstiltak.

De siste årene har antall solopraksiser og fastlegekontorer med kun to eller tre fastleger blitt færre, mens det blir flere fastlegekontorer med fire eller flere leger.

Det er som kjent store variasjoner mellom ulike typer kommuner, blant annet når det gjelder listelengde, lister uten fast lege, annet allmennlegearbeid og tilknytningsform.

Legeårsverk i kommunene har over lenger tid vokst i mindre grad enn legeårsverk i spesialisthelse-tjenesten.

Rapporten omtaler også utviklingen i konsultasjoner og e-konsultasjoner, og pasienterfaringer med fastlegens tilgjengelighet.

1. Nøkkeltall for fastlegeordningen

Tabell 1. Nøkkeltall for fastlegeordningen. 2012-2019.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Fastleger	4 279	4 387	4 512	4 585	4 644	4 740	4 787	4 858
Fastleger, årlig økning %	2,1 %	2,5 %	2,8 %	1,6 %	1,3 %	2,1 %	1,0 %	1,5 %
Kvinneandel	37,6 %	38,6 %	39,9 %	40,9 %	41,7 %	42,1 %	43,5 %	44,4 %
Gjennomsnittsalder på leger som gikk ut av ordningen i løpet av året	50,8	50,0	50,4	49,1	50,0	48,8	48,1	48,6
Fastlegelister								
Fastlegelister (totalt inkl. lister uten fast lege)	4 370	4 474	4 598	4 654	4 746	4 828	4 914	5 010
Fastlegelister (ekskl. lister uten fast lege)	4 299	4 407	4 531	4 602	4 668	4 759	4 814	4 884
Antall lister uten fast lege	71	67	67	52	78	69	100	126
Andel lister uten fast lege	1,6 %	1,5 %	1,5 %	1,1 %	1,6 %	1,4 %	2,0 %	2,5 %
Innbyggere på liste uten fast lege	42 811	40 577	41 296	30 985	45 388	37 733	55 042	76 057
Andel med plass på liste uten fast lege	0,8 %	0,8 %	0,8 %	0,6 %	0,8 %	0,7 %	1,0 %	1,4 %
Gjennomsnittlig listelengde	1 164	1 150	1 132	1 128	1 120	1 106	1 097	1 084
Konsultasjoner								
Fastlegekonsultasjoner ^{a)} (millioner)	13, 422	13,275	13,739	13,846	14,060	14,283	14,217	14,227

Kilder: Fastlegeregisteret. Målepunktet er 31. desember hvert år.

Unntak: a) Kilde: KUHR/Analysenotater SAMDATA Kommune. Fastlegekonsultasjoner (takstene 2ad, 2ak, 2ed). Se også tabell 6. Merk at 2019-tallene for konsultasjoner inkluderer ca. 99,6 prosent av regningene, og at antall konsultasjoner derfor vil øke noe når de resterende regningene er sendt inn.

2. Rekruttering, stabilitet og kontinuitet i fastlegeordningen

2.1 Økende rekrutteringsutfordringer i kommunene

Det er flere aktører som har gjort undersøkelser av kommunenes utfordringer med å rekruttere leger de siste årene:

- EY og Vista Analyses evaluering av fastlegeordningen (2019)
- KS' Kommunesektorens arbeidsgivermonitor (2019 og tidligere år)
- NAVs bedriftsundersøkelse (2019 og tidligere år)
- Legeforeningens kartlegging (2018-2019) og VGs kartlegging fra 2017 som Legeforeningen tar utgangspunkt i.

Alle disse undersøkelsene viser at rekrutteringsutfordringene er omfattende og indikerer at det har blitt vanskeligere for kommunene å rekruttere leger de siste par årene. Usentrale kommuner har større utfordringer enn sentrale kommuner, men flere av undersøkelsene viser at også sentrale kommuner i økende grad opplever utfordringer.

Gjennom innføring av ny spesialistutdanning for leger, har kommunene fått økte krav til oppfølging av allmennleger i spesialisering (ALIS) og samfunnsmedisinere. I ALIS-Vest-prosjektet får to intervjustudier (2018 og 2019) frem hva prosjektets ALIS og deres kommunale helseledere ser som sentralt for rekruttering og stabilisering (se kapittel 2.7).

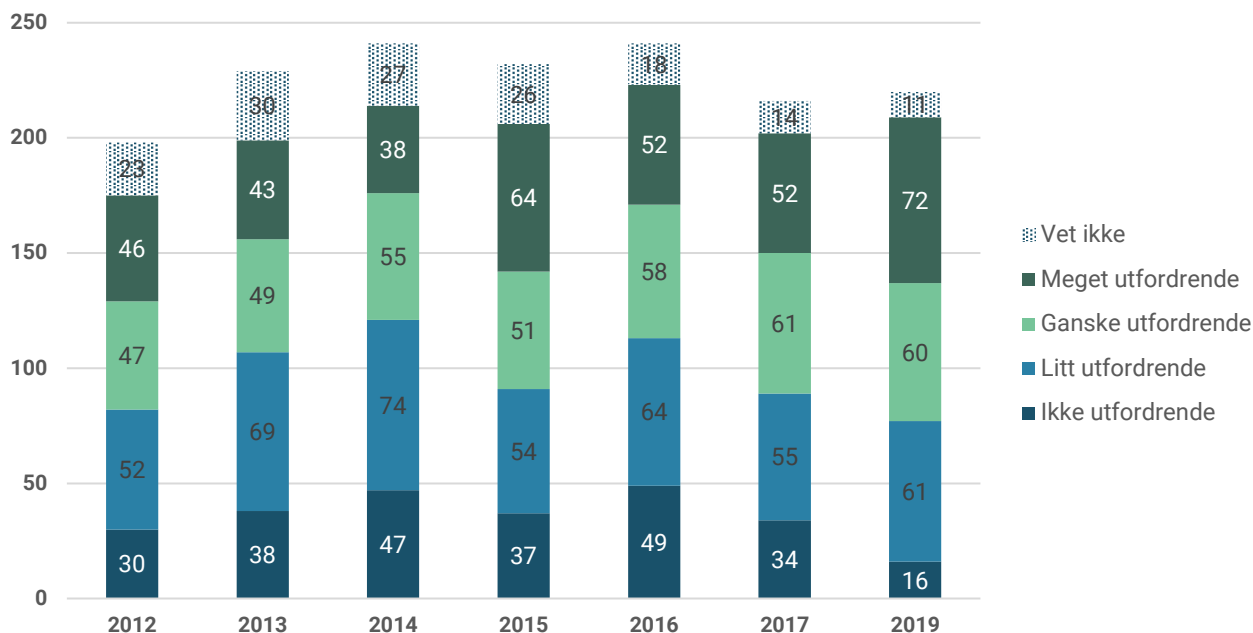
Rekrutteringsutfordringer kartlagt i Kommunesektorens arbeidsgivermonitor

KS gjennomfører jevnlig en undersøkelse av hvor utfordrende kommuner (rådmenn) vurderer at det er å rekruttere ulike yrkesgrupper, herunder leger, som en del av *Kommunesektorens arbeidsgivermonitor*. Undersøkelsen ble tidligere gjennomført årlig, men det var et opphold i 2018. Spørsmålet som stilles i undersøkelsen er "opplever [kommunen] det som utfordrende å rekruttere [leger] i dag, i tilfelle hvor utfordrende?".

Figur 1 på neste side viser kommunenes vurderinger av hvor utfordrende det var å rekruttere leger i årene 2012 til 2017 og 2019. I vedlegg 2 finnes en oversikt for vurderingene i 2019 fordelt på fylker. Ettersom det varierer noe fra år til år hvor mange kommuner som har besvart undersøkelsen, har vi regnet ut prosentandeler for lettere å kunne sammenligne årene (se tabell 2). Antall og andeler har variert noe fra år til år, og det var ikke noe klart utviklingsmønster i perioden 2012 til 2017. For eksempel skiller 2015-undersøkelsen seg ut med tilsynelatende større rekrutteringsutfordringer enn både årene før og etter.

Antall respondenter er såpass lavt at vi bør være forsiktige med tolkninger av endringene, men i 2019 ser vi at endringene fra 2017 er relativt tydelige, noe som indikerer at det har blitt mer utfordrende for kommunene å rekruttere leger siden 2017 og årene før.

Figur 1. Kommunenes vurderinger av hvor utfordrende det er å rekruttere leger, 2012-2017 og 2019.



Kilde: KS. Kommunesektorens arbeidsgivermonitorer 2012-2017 og 2019. Undersøkelsen ble ikke gjennomført i 2018. Spørsmålet som stilles i undersøkelsen er "opplever [kommunen] det som utfordrende å rekruttere [leger] i dag, i tilfelle hvor utfordrende?".

Tabell 2. Kommunenes vurderinger av hvor utfordrende det er å rekruttere leger, 2012-2017, 2019.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2019
Ikke utfordrende	15 %	17 %	20 %	16 %	20 %	16 %	7 %
Litt utfordrende	26 %	30 %	31 %	23 %	27 %	25 %	28 %
Ganske utfordrende	24 %	21 %	23 %	22 %	24 %	28 %	27 %
Meget utfordrende	23 %	19 %	16 %	28 %	22 %	24 %	33 %
Vet ikke	12 %	13 %	11 %	11 %	7 %	6 %	5 %
Totalt besvart	198	229	241	232	241	216	220

Kilde: KS. Kommunesektorens arbeidsgivermonitorer 2012-2017 og 2019. Undersøkelsen ble ikke gjennomført i 2018.

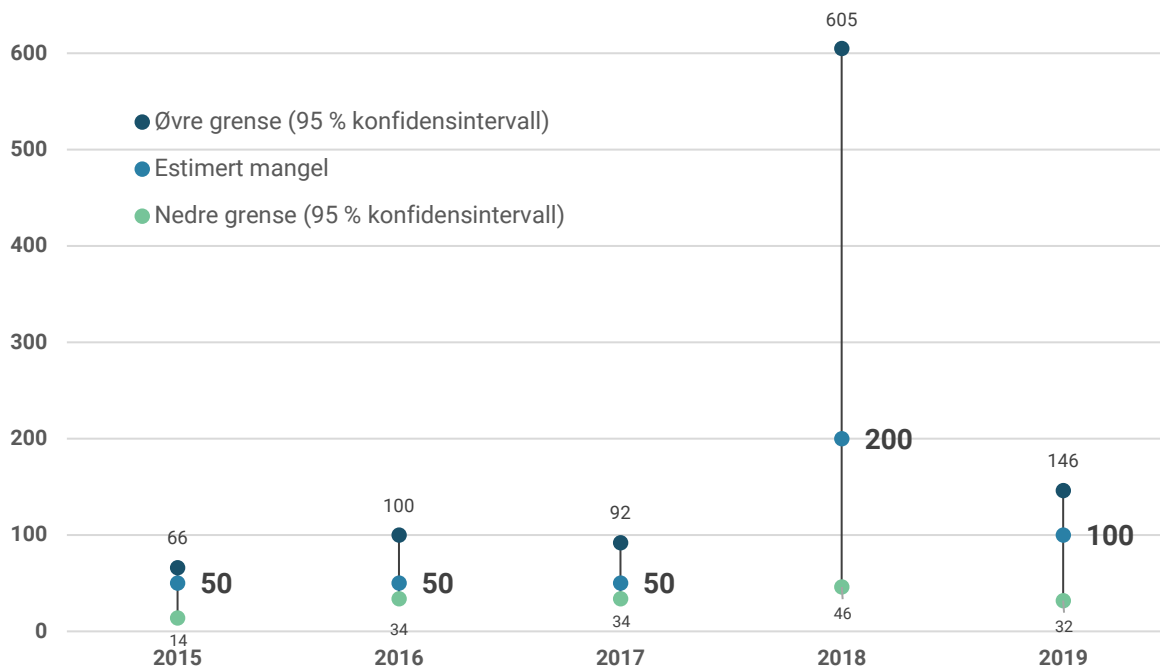
Rekrutteringsutfordringer kartlagt i NAVS bedriftsundersøkelse

NAV gjennomfører hvert år sin bedriftsundersøkelse, der de kartlegger etterspørsel etter og mangel på arbeidskraft. Virksomhetene blir blant annet spurt om de har mislyktes å rekruttere arbeidskraft og om årsaken til det er mangel på kvalifiserte søkere. Basert på svarene estimeres en mangel.

NAV estimerer i 2019 en mangel på omkring 100 allmennpraktiserende leger på landsbasis. Det er usikkerhet knyttet til estimatet, og den reelle mangelen vil med 95 % sannsynlighet ligge mellom 32 og

146 leger. I perioden 2012 til 2014 ble det ikke estimert en mangel på allmennpraktiserende leger (estimatene rundes av til nærmeste 50, og 50 er lavest mulige estimat som oppgis). Fra 2015 til 2017 ble mangelen estimert til å være rundt femti leger, før estimatet økte til 200 leger i 2018. Som det kommer fram av figur 2, var estimatet for 2018 svært usikkert, og undersøkelsen for 2019 tyder på at 2018-estimatet trolig var for høyt.

Figur 2. Estimert mangel på allmennpraktiserende leger, med konfidensintervaller. Tall hentet fra NAVs bedriftsundersøkelse. 2015-2019.



Kilde: NAVs bedriftsundersøkelser i perioden 2015 til 2019. Det ble ikke estimert en mangel i perioden 2012 til 2014. Dataetikettene i fet skrift angir estimert mangel. NAV har beregnet konfidensintervall for estimert mangel på arbeidskraft. Den faktiske mangelen vil med 95 prosent sannsynlighet ligge innenfor de respektive konfidensintervallene som er presentert som punkter på hver ende av linjene i figuren.

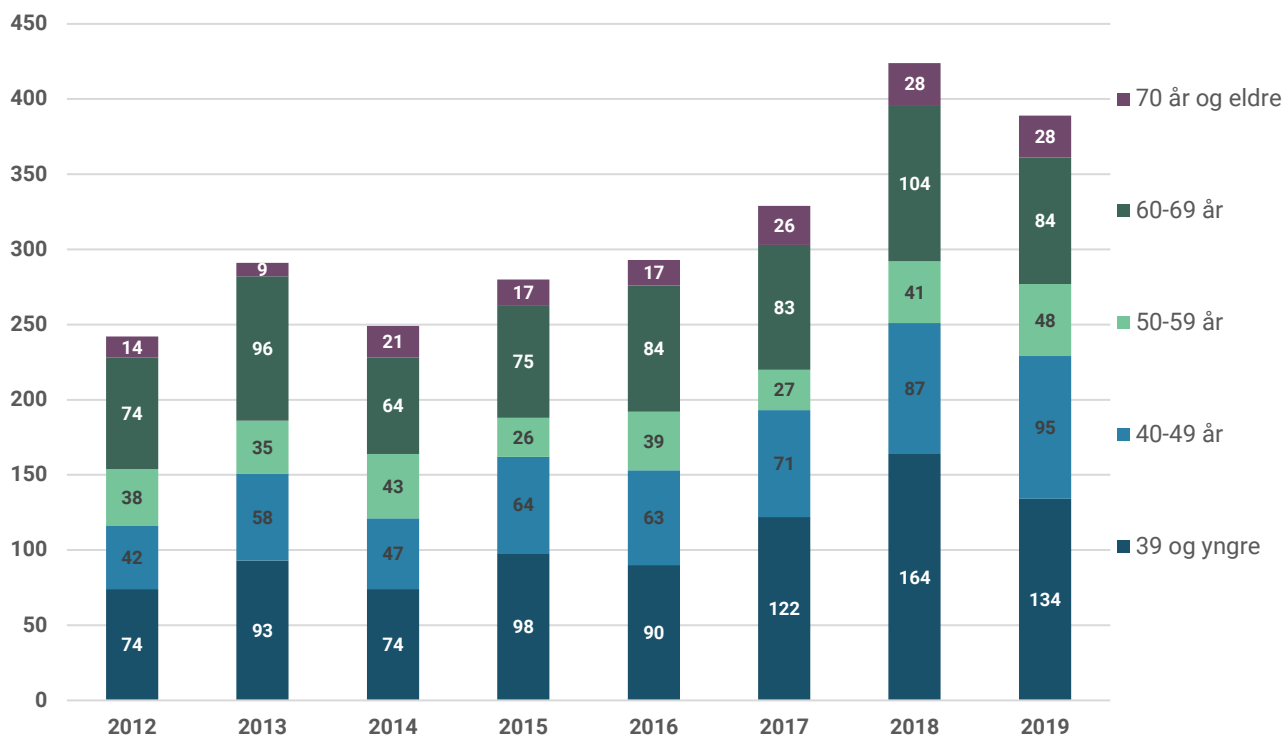
For mer informasjon om undersøkelsene til EY/Vista Analyse, KS og Legeforeningen, se mer detaljerte omtaler i vedleggene.

2.2 Fortsatt vekst, men mange forlater yrket og få vil bli fastleger

Selv om det har vært en nettovækst i antall fastleger også den seneste tiden, som framkommer av nøkkeltallene over, viser figur 3 at **årlig avgang** fra fastlegeordningen har økt de siste årene. Figuren inkluderer kun fastleger som har sluttet i en hjemmel uten å begynne i en annen hjemmel senere. Antall leger som slutter i fastlegeyrket ser ut til å ha økt de siste par årene, og spesielt i den yngste aldersgruppen. En spørreundersøkelse som ble gjennomført i forbindelse med evalueringen av fastlegeordningen, viste at arbeidsbelastning og manglende tid til fritid og/eller familie var faktorene som i størst grad bidro til at fastlegene ville slutte¹.

¹ EY og Vista Analyse (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*.

Figur 3. Årlig avgang fra fastlegeordningen, fordelt på aldersgrupper. 2012-2019.



Kilde: Fastlegeregisteret. Antallet inkluderer kun leger som har avsluttet praksis og ikke umiddelbart eller senere har gått over til annen fastlegepraksis. Dette innebærer at statistikken ikke er statistisk, ettersom at noen av legene kan returnere til fastlegeordningen på et senere tidspunkt.

I evalueringen av fastlegeordningen, pekes det også på at **sluttetilbøyeligheten** hos fastlegene øker, og at mange medisinstudenter og LiS1 ikke ønsker å bli fastleger. Kun 9 prosent i denne gruppen er trygge på at fastlege er det yrket de ønsker, mens ca. en tredjedel vurderer fastlegeyrket som et reelt alternativ, men at forhold ved yrket gjør at de sannsynligvis velger en annen karrierevei¹.

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) kartla i 2018 situasjonen i Nord-Norge, og leverte en utredning som viser at Nord-Norge har store utfordringer med stabilitet i fastlegetjenesten².

Utredningen viste at fastlegeavtalene varte kortere i Nord-Norge enn på landsbasis i perioden som ble undersøkt (3,8 år mot 5,9 år) og at det var høyere turnover (12,8 prosent i Nord-Norge mot 7,3 prosent på landsbasis).

SSB framskriver i nye Helsemod-framskrivninger at det vil være en omtrentlig balanse mellom tilbud og etterspørsel etter leger i 2035³. Samtidig er kommunene avhengige av at et tilstrekkelig antall av de framtidige legene ønsker å jobbe i kommunene. Tall fra SSB viser at årsverksveksten for leger i kommunehelsetjenesten har vært betydelig lavere enn veksten i spesialisthelsetjenesten de siste årene (se kapittel 3.8).

² M. Gaski og B. Abelsen (2018). *Rapport om fastlegetjenesten i Nord-Norge*. Nasjonalt senter for distriktsmedisin.

³ Geir Hjemås, Jia Zhiyang, Tom Kornstad og Nils Martin Stølen (2019). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035*. Rapporter 2019/11. Statistisk sentralbyrå.

2.3 Fastlegenes listelengde

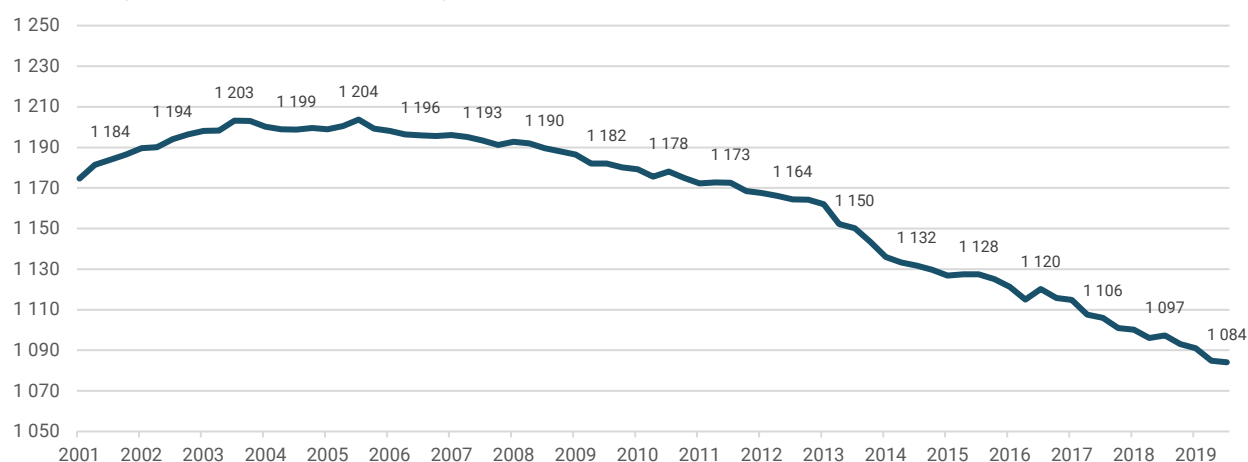
Figur 4 viser at gjennomsnittlig antall innbyggere per fastlegeliste fortsetter å gå noe nedover, og at det ved utgangen av fjerde kvartal 2019 var i gjennomsnitt 1 084 innbyggere på fastlegelistene (merk at y-aksen i figuren starter på 1 050 innbyggere).

Kvinnelige fastleger har noe kortere lister enn mannlige leger, 1 003 mot 1 150 innbyggere. Det er også store variasjoner mellom ulike kommuner. Som blant annet evalueringen av fastlegeordningen har vist, henger listelengde sammen med kommunens sentralitet og i noe mindre grad også med kommunens størrelse (innbyggertall); listene er betydelig lengre i sentrale strøk, og noe lengre i større kommuner⁴. Helsedirektoratet viste i 2018 at gjennomsnittlig listelengde varierte fra 690 i Finnmark til 1 367 i Oslo⁵.

Evalueringen av fastlegeordningen viste at median og gjennomsnittlig listelengde i starten av 2019 var henholdsvis 1 144 og 1 146 blant næringsdrivende fastleger, og henholdsvis 672 og 682 blant fastlønnede. Differansen i listelengde mellom fastlønnede og næringsdrivende er av EY og Vista analyse estimert til 170 personer når man kontrollerer for blant annet sentralitet og kommunestørrelse⁴. Fastlønnede fastleger ivaretar i større grad andre allmennlegeoppgaver enn næringsdrivende fastleger. Som vi kommer tilbake til i kapittel 3.4, er fastlønnede fastleger mer utbredt i mindre sentrale kommuner. Leger i mindre sentrale kommuner har i større grad andre allmennlegeoppgaver, slik at de ikke har mulighet til å ha like mange pasienter på listene. I mindre kommuner vil pasientgrunlaget være begrenset, men de må likevel ha nok fastleger til dekke vaktordningen. Andre allmennlegeoppgaver omtales nærmere under punkt 3.3.

Det varierer naturligvis hvor mye oppfølging en pasient på listen krever. Som avtalt med Legeforeningen, opprettes det nå en tilskuddsordning for næringsdrivende fastleger med en stor andel listepasienter som krever mye oppfølging⁶.

Figur 4. Gjennomsnittlig antall innbyggere per fastlegeliste, 2001-2019.



Kilde: Fastlegeregisteret/Styringsdata for fastlegeordningen. Kun lister med fast lege og innbyggere på lister med fast lege inkluderes når gjennomsnittlig antall innbyggere per fastlegeliste regnes ut. Målepunkter hvert kvartal, dataetiketter per 31. desember hvert år. Seneste data er per 31. desember 2019. Merk at y-aksen i figuren starter på 1 050 innbyggere.

⁴ EY og Vista Analyse (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*.

⁵ Helsedirektoratet (2018). *Leger i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Rapport 2018*. Se figur på side 18.

⁶ Helse- og omsorgsdepartementet (2019). *Prop. 1 S (2019-2020)*.

2.4 Flere fastlegelister uten fast lege

I desember 2019 var 126 lister uten fast lege på landsbasis, noe som tilsvarer 2,5 prosent av listene. Nøkkeltallene i tabell 1 viser at det har vært en tydelig økning i lister uten fast lege de siste tre årene, etter at antallet var på det laveste nivået hittil i 2016. Det er ca. 76 000 innbyggere på disse listene. Tabell 3 viser at andelen av listene som er uten fast lege, er størst i Nordland, Møre og Romsdal, Finnmark, Oppland og Troms. En NSDM-undersøkelse fra 2016 viste at det er en signifikant sammenheng mellom forekomst av lister uten fast lege og kommunens sentralitet, men at det ikke var signifikant sammenheng mellom lister uten fast lege og kommunestørrelse (innbyggertall)⁷. Som det kommer fram av tabellen, er de fleste lister uten fast lege dekket av en vikar. Noen lister blir dekket av andre leger på kontoret gjennom kollegial fraværdeknning.

2.5 Fastlegelister betjent av vikar

I desember 2019 var det registrert vikarer knyttet til 1 115 fastlegelister. Dette tilsvarer omtrent 22 prosent av fastlegelistene. Før tredje kvartal 2016 ble kun vikariater på minst to måneder registrert, og etter dette ble vikariater på minst én måned registrert. Nå registreres vikariater helt ned til én dag. Dette innebærer at den tilgjengelige informasjonen om vikarbruken er mer presis i dag, men at dataene ikke er sammenlignbare over tid. Statistikken over tid viser tilsynelatende en tydelig økning i vikarbruken, men det er vanskelig å skille mellom økning grunnet endret registreringspraksis og reell økt vikarbruk, og vi har derfor ikke inkludert tidligere tall for vikarbruk.

Tabell 3. Lister uten fast lege og lister betjent av vikar, fordelt på fylke. Desember 2019.

	Alle lister (inkl. lister uten fast lege)		Lister uten fast lege		Fastlegelister med registrert vikar		Lister uten fast lege uten registrert vikar
	Antall	Antall	Andel	Antall	Andel	Antall	
Østfold	256	0	0,0 %	37	14,5 %	0	
Akershus	510	4	0,8 %	134	26,3 %	1	
Oslo	539	3	0,6 %	205	38,0 %	0	
Hedmark	190	6	3,2 %	49	25,8 %	2	
Oppland	201	11	5,5 %	47	23,4 %	1	
Buskerud	260	2	0,8 %	42	16,2 %	0	
Vestfold	216	0	0,0 %	24	11,1 %	0	
Telemark	175	3	1,7 %	24	13,7 %	1	
Aust-Agder	115	1	0,9 %	26	22,6 %	0	
Vest-Agder	181	3	1,7 %	29	16,0 %	0	
Rogaland	412	5	1,2 %	117	28,4 %	1	
Hordaland	486	7	1,4 %	82	16,9 %	3	
Sogn og Fjordane	142	6	4,2 %	25	17,6 %	3	
Møre og Romsdal	272	19	7,0 %	38	14,0 %	10	
Trøndelag	454	15	3,3 %	95	20,9 %	1	
Nordland	286	24	8,4 %	54	18,9 %	5	
Troms/Romsa	202	10	5,0 %	53	26,2 %	4	
Finnmark/Finnmárku	113	7	6,2 %	34	30,1 %	0	
Totalt	5 010	126	2,5 %	1 115	22,3 %	32	

Kilde: Fastlegeregisteret pr. 1. desember 2019.

⁷ Abelsen, Birgit, Brandstorp, Helen, Gaski, Margrete (2016). «Fastlegeordningen i kommuner med under 20 000 innbyggere». Nasjonalt senter for distriktsmedisin.

2.6 Kommuner med få eller ingen åpne lister

I overkant av 27 prosent av fastlegelistene var åpne ved utgangen av fjerde kvartal 2019, og andelen av listene som er åpne går nedover. Innbyggernes mulighet til å bytte fastlege avhenger av om kommunen har åpne fastlegelister. Ventelister gir innbyggerne økt mulighet for å bytte fastlege, selv om det er få åpne lister.

Ved utgangen av fjerde kvartal 2019 var det 57 kommuner der ingen fastleger hadde åpen liste. Av disse 57 kommunene, var det åtte kommuner som kun hadde én fastlege og ni kommuner som ikke hadde noen fastlege. Blant de ni kommunene som ikke hadde noen fastlege, lå fire i Troms, tre i Nordland og én i henholdsvis Hordaland og Trøndelag (i tillegg er det én kommune i Buskerud uten fastlege, men denne kommunen tilbyr fastlege gjennom samarbeid med nabokommuner). Antallet kommuner uten fastlege er uendret fra samme tidspunkt i 2018. Innbyggerne i disse kommunene vil normalt være tilknyttet lister uten fast lege.

Det var også 93 kommuner med kun én fastlege med åpen liste. 22 av disse kommunene har kun denne ene fastlegen.

2.7 ALIS og kommunale helselederes perspektiver på rekruttering og stabilisering

ALIS-Vest prosjektet følges av forskere ved *Nasjonalt senter for distriktsmedisin*. I delrapport 2 (2019)⁸ styrkes funnet fra første rapport (2018)⁹ vedrørende viktigheten av faglig støtte og trygghet i arbeidshverdagen. I intervjuer med ALIS kommer det frem at lett tilgjengelig supervisjon på kontoret sammen med en regional, støttende veiledningsgruppe er det viktigste. Utover dette fremhever legene viktigheten av både autonomi, fellesskap og fritid. ALIS i prosjektet er i fastlønnede stillinger, men flere oppgir at næringsdrift kan bli aktuelt på sikt.

Gjennom to intervjurunder med helseledere i kommunen kommer det frem at de har fått nye oppgaver gjennom den tettere oppfølgingen av ALIS, uten økte ressurser. Prosjektet har imidlertid bidratt til at de har fått kompetente søkere til stillingene sine og bedre stabilitet i legetjenesten. Det har også skapt en ny forståelse for fastlegetjenesten i kommuneledelsen, og gjennom deltagelse i prosjektet har helselederne et støttende nettverk av helseledere i andre kommuner.

Allmennleger i spesialisering omtales nærmere i kapittel 3.1.

⁸ H. Brandstorp og T. Seppola-Edwardsen (2019). *Del 2. Utdanningsstillinger i allmennmedisin: ALIS-Vest. Fokus på stabilisering*. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM).

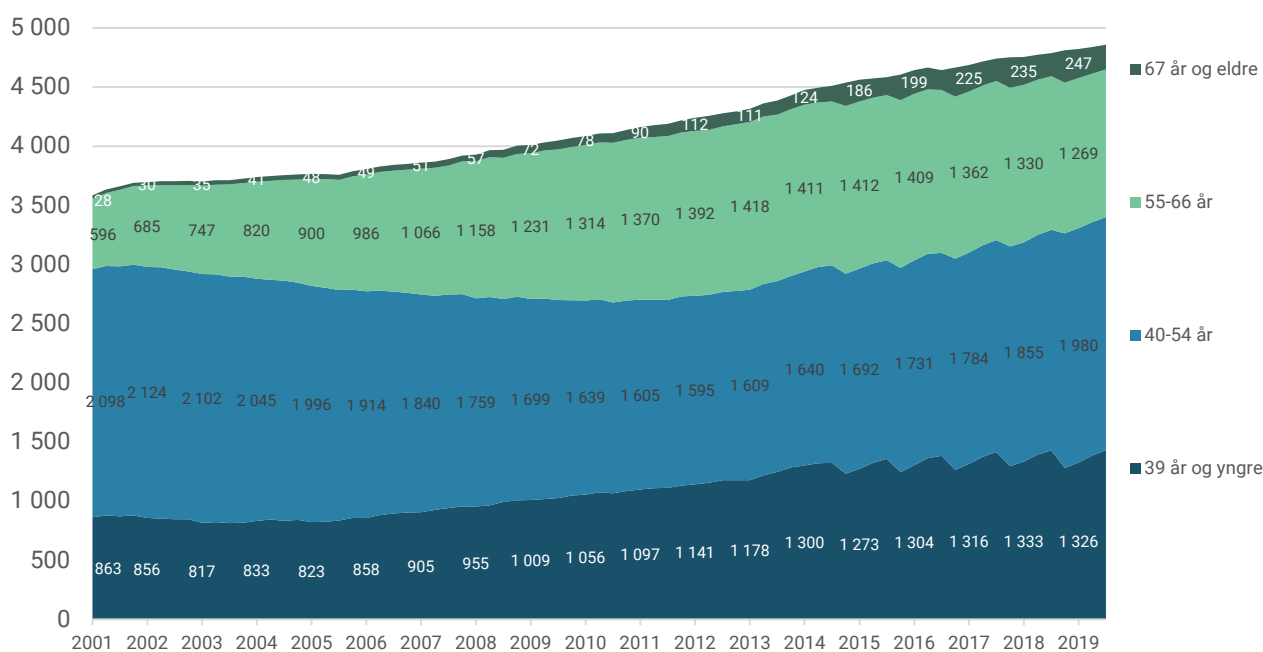
⁹ T. Seppola-Edwardsen og H. Brandstorp (2018). *Utdanningsstillinger i allmennmedisin: ALIS-Vest. Fokus på rekruttering og stabilisering*. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM).

2.8 Fastlegenes aldersprofil

Fastlegenes alderssammensetning har stor betydning for utviklingen og stabiliteten framover, og vi følger derfor med på hvordan dette utvikler seg:

- Fastleger i den yngste aldersgruppen, 39 år og yngre, utgjorde 1 326 personer ved utgangen av andre kvartal 2019, tilsvarende drøyt 27 prosent av fastlegene. Veksten i den yngste gruppen har flatet ut den seneste tiden.
- Fastleger i aldersgruppen 40 til 54 år utgjorde 1 980 personer, eller ca. 41 prosent av fastlegene. Denne gruppen, som var dominerende i fastlegeordningens første år, utgjør nå en økende andel av fastlegene igjen etter å ha blitt stadig mindre fram 2014.
- Fastleger i alderen 55 til 66 år utgjorde 1 269 personer, eller drøyt 26 prosent av fastlegene. Denne gruppen utgjør en lavere andel av fastlegene enn gruppen har gjort på mange år, ettersom mange har gått over i den eldste aldersgruppen eller har pensjonert seg.
- Fastleger som er 67 år eller eldre utgjorde 247 fastleger, tilsvarende ca. 5 prosent av fastlegene.
- Totalt var altså drøyt 31 prosent av fastlegene over 55 år.

Figur 5. Fastlegenes aldersfordeling, 2001-2019.



Kilde: Fastlegeregisteret/Styringsdata for fastlegeordningen. Målepunkter hvert kvartal. Siste data fra 31. desember 2019. "Bølgene" de siste årene henger sammen med måten alderskullene nå telles på, og at et årskull går over i neste aldersgruppe fra 1. januar. Dataetikettene er per 30. juni hvert år.

3. Andre relevante forhold ved allmennlegetjenesten

3.1 Spesialister i allmenmedisin og allmennleger i spesialisering

Tabell 4 viser at i overkant av 66 prosent av fastlegene er spesialister i allmenmedisin, og at andelen har vært økende over tid (merk at spesialister i allmenmedisin f.o.m. 2017 beholder sin spesialistgodkjenning uten å resertifisere seg hvert femte år). Den nevnte NSDM-kartleggingen fra 2018 viste at andelen av fastlegene som er spesialister var lavere i Nord-Norge enn i landet forøvrig¹⁰.

Tabell 4. Fastleger som er spesialister i allmenmedisin. 2017 til 2019.

Kvartal	2017				2018				2019			
	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.	1.	2.	3.	4.
Antall lister	4 689	4 705	4 743	4 759	4 779	4 779	4 807	4 814	4 833	4 846	4 866	4 884
Spesialister i allmenmed.	2 775	2 802	2 890	2 934	2 970	3 075	3 066	3 105	3 132	3 131	3 179	3 229
Andel spesialister	59,2	59,6	60,9	61,7	62,1	64,3	63,8	64,5	64,8	64,6	65,3	66,1

Kilde: Fastlegeregisteret/styringsdata for fastlegeordningen. Data om spesialister fra før 4. kvartal 2016 er ikke av god nok kvalitet til å inkluderes. Helsedirektoratet tar sikte på å kunne skille mellom fastleger med spesialistgodkjenning og fastleger med spesialistgodkjenning som også har rett til tilleggstakst i framtidig statistikk.

Mange av legene i kommunale helse- og omsorgstjenester som ikke er spesialister i allmenmedisin, er under spesialisering. Vi har ikke en presis oversikt over hvor mange dette er. Etter hvert vil Kompetanseportalen kunne gi en oversikt over allmennleger i spesialisering (per 12. desember 2019 var det til sammen registrert 204 LIS i allmenmedisin som hadde fått tildelt en LiS3-plan, men antallet som registreres øker raskt).

Blant 2 450 fastlegerespondenter i evalueringen av fastlegeordningen som arbeider som fastlege i egen hjemmel eller som fastlegevikar, var det 1 503 spesialister (61 %), 886 (36 %) under spesialisering og kun 61 (2 %) som ikke hadde påbegynt spesialisering (se side 230 i evalueringsrapporten).

Arbeidsgruppen som i 2018 utredet behovet for allmennleger i spesialisering på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, med medlemmer fra Helsedirektoratet, Legeforeningen, KS og Oslo kommune, anslo at antallet allmennleger i spesialisering lå rundt 1 000 leger. Arbeidsgruppen beregnet behov for nye ALIS i ulike scenarier med befolkningsvekst, normalisering av arbeidstid, endring av arbeidsoppgaver og arbeidsmengde, og reduksjon av listelengde¹¹.

¹⁰ M. Gaski og B. Abelsen (2018). *Rapport om fastlegetjenesten i Nord-Norge*. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM).

¹¹ Helsedirektoratet m.fl. (2018). *Allmennleger i spesialisering (ALIS), del 2 av 2*.

ALIS-avtaler er avtaler mellom kommune og leger i spesialisering i allmennmedisin om særskilte rekrutteringstiltak som går ut over og kommer i tillegg til plikter og rettigheter som følger av spesialistforskriften.

Statistikk fra tilskuddsforvaltningen for *rekruttering av fastleger og stabilitet blant leger i kommuner som har rekrutteringsvansker* pr. august 2019, viste at det hadde blitt innvilget støtte til 65 ALIS-avtaler i totalt 44 kommuner. Disse kommunene oppga å ha opprettet totalt 85,5 ALIS-avtaler, fordelt på 66,5 fastlønnede og 19 næringsdrivende fastleger. Ikke alle kommunene besvarte spørreundersøkelsen, og flere kommuner oppgir at de var i prosess med å opprette stillinger, så det er heftet usikkerhet til tallene. Kommunenes rapportering på bruk av tilskuddet i 2019 vil kunne gi en mer oppdatert oversikt.

Gjennom den nyetablerte tilskuddsordningen til *ALIS-avtaler for næringsdrivende fastleger*, er det i 2019 tildelt tilskudd til 54 ALIS-avtaler, fordelt på 18 kommuner.

Per september 2019 var det 26-27 leger i prosjektet ALIS Vest, fordelt på kommuner i de opprinnelige deltakerfylkene Hordaland (10 ALIS) og Sogn og Fjordane (5), og fylkene som deltar fra og med 2019, Rogaland (7) og Møre og Romsdal (4-5). ALIS Nord er fortsatt i en oppstartsfasen.

Da ALIS-Vest prosjektet startet i 2017, ble en formativ følgeevaluering valgt som metode for at forskerne skulle kunne formidle resultater fortløpende og således både åpent bidra til prosjektets utvikling og bidra til at modellen ble kjent og formet av eksterne aktører. En annen effekt av dette grepet, var spredning av initiativet gjennom imitasjon. For eksempel opprettet ALIS-Vest-kommunen Odda to ALIS-stillinger som en del av prosjektet og to utenom prosjektet sommeren 2017. Nabokommunen til ALIS-Vest kommunen Lærdal opprettet også raskt egen ALIS-stilling som liknet den i Lærdal.

På oppdrag fra KS startet Fafo, Nasjonalt senter for distriktsmedisin og Agenda Kaupang høsten 2019 en kartlegging av ulike kommuners organisering av sine legers spesialisering i allmennmedisin. Målet er å kunne vurdere og anbefale ulike modeller for organisering av ALIS-stillinger/-avtaler.

Tabell 5 viser at det i perioden 2013 til 2019 ble godkjent i snitt 221 nye spesialistgodkjenninger i allmennmedisin per år, i tillegg til i snitt drøyt 500 resertifiseringer. Tilveksten har vært relativt god de siste par årene.

Tabell 5. Nye spesialistgodkjenninger i allmennmedisin (hvorav konverteringer i parentes). 2013-2019.

	2013	2014	2015	2016	2017 ^{c)}	2018	2019	Gjennomsnitt
Nye godkjenninger	159 ^{b)}	202 (26)	177 (20)	180 (14)	313 (23)	220 (10)	296 (20)	221
Resertifiseringer ^{a)}	510	458	453	479	619	482	515	502

Kilde: HPR og Helsedirektoratets saksbehandlingssystemer. a) Resertifiseringer er nå også omtalt som forlengelser av tilleggskompetansen "Tillegg for spesialist i allmennmedisin". Tallene er hentet fra Helsedirektoratets saksbehandlingssystem og er omtrentlige. b) Data for konverteringer før 2014 mangler. c) Merk at tallene for 2017 er kunstig høye grunnet en ekstrainsats i Helsedirektoratet for å få ned antall restanser.

3.2 Konsultasjoner og bruk av fastlegen

Tabell 6 viser utviklingen i antall konsultasjoner og andre sentrale former for kontakt med fastlegen fra 2012 til 2018 (grunnet plassmangel er 2013 ikke vist). For å ta hensyn til veksten i antall fastleger i perioden, har vi regnet ut hvor mange kontakter det er i snitt per fastlege. Tabellen tar utgangspunkt i kontaktkategoriene som har vært benyttet i SAMDATA Kommune-rapportene, og inneholder også tilleggskost for tidsbruk ved konsultasjonsvarighet utover 20 minutter og e-konsultasjoner.

Tilsynelatende har veksten i fastleger i perioden kompensert for veksten i konsultasjoner i perioden, men samtidig har bruken av tilleggskost for tidsbruk økt betydelig. SSB har vist at denne taksten ble brukt ved ca. 33 % av konsultasjonene i 2010, mens den i 2017 ble brukt ved nærmere 40 % av konsultasjonene¹².

Dersom vi ser konsultasjoner og e-konsultasjoner samlet, var det en økning i antall konsultasjoner også fra 2017 til 2018. E-konsultasjoner omtales nærmere i kapittel 3.6. Det har vært en tydelig økning i kategorien *enkel kontakt brev/tlf/adm* i perioden, også når vi kontrollerer for økning i antall fastleger, men trenden har snudd de siste par årene. Det har vært en nedgang i flere av de andre kontaktformene.

I evalueringen av fastlegeordningen har EY og Vista Analyse spurt et utvalg fastleger om hvor mange ordinære konsultasjoner de har i løpet av en full kurativ dag (n = 2 229). De finner blant annet at fastleger med ren selvstendig næringsdrift har signifikant flere konsultasjoner enn fastleger med fastlønn eller 8.2-avtale. De finner også at mannlige fastleger, fastleger med mye erfaring, fastleger i sentrale kommuner og fastleger i små kommuner har flere konsultasjoner. Som man kan forvente, har fastleger som ønsker seg mer tid per pasient og fastleger med lengre lister også flere konsultasjoner.

Tabell 6. Konsultasjoner og annen kontakt med fastlege. Antall kontakter og antall kontakter delt på antall fastleger. 2012 og 2014-2018.

	2012	2014	2015	2016	2017	2018
Konsultasjon ¹	13 422 342	13 739 488	13 845 782	14 060 103	14 283 463	14 217 373
per fastlege	3 166	3 070	3 034	3 028	3 047	2 991
Tillegg for tidsbruk ²	3 994 830	4 412 996	4 651 301	4 808 860	4 850 662	4 874 266
per fastlege	942	986	1 019	1 036	1 035	1 025
E-konsultasjon ³	-	7 093	17 393	36 231	92 267	238 576
per fastlege	-	2	4	8	20	50
Enkel kontakt, pasient tilstede ⁴	2 240 173	2 229 541	2 290 094	2 364 668	2 262 251	1 951 174
per fastlege	528	498	502	509	483	411
Enkel kontakt, brev/tlf/adm ⁵	9 366 063	11 200 748	11 867 566	12 390 596	12 123 404	11 599 329
per fastlege	2 209	2 503	2 601	2 669	2 587	2 440
Sykebesøk ⁶	94 226	91 163	89 362	88 172	89 280	88 901
per fastlege	22	20	20	19	19	19
Tverrfaglige samarbeidsmøter ⁷	140 965	145 144	142 558	138 766	135 308	126 999
per fastlege	33	32	31	30	29	27
Administrativ kontakt ⁸	1 280 671	1 091 528	1 134 131	1 197 079	995 452	1 003 868
per fastlege	302	244	249	258	212	211

Kilde: KUHR og Samdata Kommune. Antall regninger. Kun regninger med gyldig kommunenummer er inkludert. Tallene er ikke statiske (eksempelvis kan avviste regninger rettes opp innen tre år). Antall fastleger er basert på Fastlegeregisteret per 30. juni det aktuelle året. 1) Takstene 2ad, 2ak, 2ed. 2) Takst 2cd 3) Taksten 2ae (innført f.om. 1. juli 2013). 4) Takstene 1ad, 1ak, 1e. 5) Takstene 1bd, 1bk, 1f, 1h, 1i. 6) Takstene 11ad, 11ak. 7) Takst 14. 8) Takstene H1, 5, 7, 8. Oversikt over takstene er tilgjengelig her:

<https://lovdata.no/nav/forskrift/2019-06-27-923>

¹² I. Texmoen (2018). *Kortere pasientlister, lengre arbeidsdager?* SSB analyse 2018/14: Fastlegeordningen

3.3 Arbeidstid og annet allmennlegearbeid

Undersøkelsen som Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (Nklm) gjennomførte på oppdrag fra Helsedirektoratet i 2017/2018, som tok utgangspunkt i en tilfeldig arbeidsuke, viste at fastleger jobber svært mye, og at arbeidstiden trolig har økt¹³. Nklm-rapporten viser at legevaktsarbeid i stor grad påvirker totalarbeidstiden, og at legevakt ikke fører til reduksjon i annet fastlegearbeid. Leger i kommuner med lavt innbyggertall har høyest andel legevaktarbeid og kommunale oppgaver.

En SSB-undersøkelse som tok for seg fastlegenes refusjonskrav i perioden 2010 til 2017, viste at økningen i fastlegenes arbeidsmengde var høyere enn økningen i legeressurser, men at gapet ikke ser ut til å være fullt så stort som opplysningene fra Nklm-undersøkelsen skulle tilsi¹⁴.

KS fulgte opp Nklm-undersøkelsen med et tilleggsnotat om fastlegers tidsbruk¹⁵, som omhandlet totalarbeidstiden for arbeidsoppgavene som ligger innenfor det som er avtalt med kommunene, eksklusiv legevakt. KS skriver at andelen fastleger uten kommunale oppgaver er klart høyere jo mer folkerik kommunen er, ved høyere listelengder, ved mange kurative dager og hos selvstendig næringsdrivende leger, og at dette samsvarer med tidligere funn. Store kommuner bruker i større grad egne leger til kommunalt arbeid, og det blir færre oppgaver å fordele på flere leger.

Som et svar på et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, satte Helsedirektoratet i 2018 ut et oppdrag om å kartlegge det medisinskfaglige tilbudet i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger. Blant hovedfunnene til *Senter for omsorgsforskning*, som gjennomførte kartleggingen, var at legene i sykehjem i stigende grad er blitt kommunalt ansatte, mens det har blitt færre næringsdrivende fastleger som tilsynsleger. Den «gjennomsnittlige sykehjemslegen» i 2017 var kvinne, 45 år og arbeidet 49% i sykehjem, konkluderte rapporten med. 24 prosent av legene i sykehjem hadde fulltidsstilling i sykehjem i 2017, men andelen har vært økende.¹⁶

Tabell 7 på neste side viser samlet arbeidstid til legearbeid i snitt per uke, fordelt på fastleger i ren næringsdrift, fastleger med 8.2-avtale og fastlønnede fastleger, hentet fra evalueringen av fastlegeordningen. I evalueringen kommer det også fram at median arbeidstid er 50 timer for fastleger med ren næringsdrift eller 8.2-avtale og 45 timer for *fastlønnede* fastleger (se tabell 8 på neste side).

¹³ Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (2018). *Fastlegers tidsbruk. Rapport til Helsedirektoratet*.

¹⁴ I. Texmoen. *Kortere pasientlister, lengre arbeidsdager?* SSB analyse 2018/14: Fastlegeordningen

¹⁵ KS (2018). *Fastlegers tidsbruk. Tilleggsnotat 3. mai 2018*.

¹⁶ L. Melby m.fl. (2019). *Kartlegging av medisinskfaglig tilbud i sykehjem og heldøgns omsorgsboliger*. Senter for omsorgsforskning rapportserie nr. 3/2019.

Tabell 7. Samlet arbeidstid til legearbeid i snitt per uke. Fra spørreundersøkelse blant fastleger i EY og Vista Analyses evaluering av fastlegeordningen.

	Totalt	Ren næringsdrift	8.2-avtale	Fastlønn
0-19 timer	2 %	1 %	2 %	3 %
20-29 timer	3 %	2 %	3 %	4 %
30-39 timer	8 %	7 %	7 %	11 %
40-49 timer	33 %	33 %	31 %	42 %
50-59 timer	35 %	37 %	38 %	23 %
60-69 timer	13 %	14 %	11 %	8 %
70-79 timer	4 %	4 %	6 %	2 %
80 timer eller mer	2 %	1 %	2 %	5 %

Kilde: EY og Vista Analyse. Evaluering av fastlegeordningen. Se side 232. Det er ikke oppgitt hvor mange som har besvart dette spørsmålet. Totalt er det 2 315 respondenter med næringsdrift (enten ren næringsdrift eller 8.2-avtale) og 231 respondenter med fastlønn som har besvart undersøkelsen.

I evalueringen ble det undersøkt hvor mye tid fastleger med ulike avtaleformer bruker på ulike arbeidsoppgaver (se tabellen under). Prosentandelene i parentes viser hvor mange som utfører de ulike oppgavene. En større andel av de fastlønnede og leger med 8.2-avtaler har offentlige legeoppgaver, samfunnsmedisinske oppgaver i kommunene, legevakt med tilstedevakt, legevakt med hjemmevakt og legevakt med bakvakt sammenlignet med fastleger i ren næringsdrift¹⁷.

Tabell 8. Timefordeling på ulike oppgaver (median), med andel som har de ulike oppgavene i parentes. Fra spørreundersøkelse blant fastleger i EY og Vista Analyses evaluering av fastlegeordningen.

	Totalt	Ren næringsdrift	8.2-avtale	Fastlønn
Samlet arbeidstid legearbeid	50 t (100 %)	50 t (100 %)	50 t (100 %)	45 t (99 %)
Pasientkonsultasjoner	30 t (100 %)	30 t (100 %)	27 t (100 %)	25 t (99 %)
Pasientrelatert administrativt arbeid	10 t (100 %)	10 t (100 %)	8 t (99 %)	8 t (100 %)
Administrasjon av egen praksis	2 t (89 %)	2 t (97 %)	2 t (86 %)	2 t (46 %)
Offentlige legeoppgaver	6 t (43 %)	5 t (38 %)	7 t (67 %)	7 t (72 %)
Legevakt, tilstedevakt	5 t (47 %)	4 t (44 %)	6 t (59 %)	7 t (53 %)
Legevakt, hjemmevakt	7 t (14 %)	4 t (8 %)	8 t (30 %)	15,5 t (38 %)
Legevakt, bakvakt	4 t (20 %)	3 t (16 %)	5 t (36 %)	8 t (38 %)
Samfunnsmedisinske oppgaver	5 t (10 %)	4,5 t (7 %)	8 t (24 %)	8 t (31 %)
Bistilling med annet legearbeid enn nevnt over	4 t (23 %)	4 t (25 %)	5 t (22 %)	4 t (21 %)

Kilde: EY og Vista Analyse. Se detaljer i fotnoten til tabell 7.

¹⁷ EY og Vista Analyse (2019). Evaluering av fastlegeordningen. Se side 126-128 og 232.

3.4 Næringsdrift og fastlønn

Tabell 9 viser antall fastlegelister med fastlønn, og hvor stor andel av fastlegelistene disse utgjør. Det har tidligere blitt avdekket at ikke alle fastleger med fastlønn hadde blitt registrert med fastlønn i Helfos systemer, og vi har derfor ikke sammenlignbare tall fra før 2018. Vi ser at andelen lister med fastlønn har økt gjennom 2018 og 2019, og at andelen i desember 2019 var 14 prosent.

Tabell 9. Antall og andel fastlegelister som har fastlønn. 2018-2019.

Kvartal	2018				2019			
	Mars	Juni	Sept.	Des.	Mars	Juni	Sept.	Des.
Antall lister	4 770	4 775	4 794	4 810	4 829	4 845	4 859	4 884
Antall lister med fastlønn	561	568	592	610	620	641	668	683
Andel av listene som har fastlønn	11,8 %	11,9 %	12,3 %	12,7 %	12,8 %	13,2 %	13,7 %	14,0 %

Kilde: Helfo/Basistilskuddsrapporter for fastlegeordningen. Data om fastlønn fra før 2018 er ikke av god nok kvalitet til å inkluderes. Kun lister med fast lege er inkludert.

EY og Vista Analyses evaluering av fastlegeordningen viser at 23 prosent av kommunene kun har fastlønnede leger, 42 prosent kun har næringsdrivende leger, mens de resterende 35 prosent av kommunene benytter begge driftsformer, med en hovedtyngde på næringsdrift. Videre kommer det fram at fastlønnsavtaler er lite utbredt i de mest sentrale kommunene (sentralitet 1 og 2), med kun rundt 30 fastlønnede fastleger innenfor hver av disse sentralitetskategoriene. Kvinnelige leger har i større grad fastlønn enn mannlige leger, og evalueringen viser at kvinner utgjør flertallet blant fastlønnede fastleger.

Informasjon om 8.2-avtaler registreres dessverre ikke i Fastlegeregisteret eller i andre registre, og det er i utgangspunktet kun kommunene selv som har denne informasjonen. 45 prosent av kommunene i evalueringen av fastlegeordningen oppgir å støtte en eller flere av de næringsdrivende legene gjennom 8.2-avtaler. Ifølge evalueringen erfarer kommuner over hele landet at kommunale fastlegestillinger og 8.2-avtaler er mer attraktive blant yngre leger, og at dette derfor brukes eller vurderes brukt som tiltak for å møte rekrutteringssvikt. Mange unge leger ønsker stabile rammer og fastlønn under spesialiseringen.

Ifølge evalueringen er innholdet i 8.2-avtaler varierende. Økonomisk støtte til kontorlokaler, helsesekretærer og drift av legekantor er vanlig. Rapporten "Fastlegetjenesten i Nord-Norge" viste at ulike varianter av 8.2-avtaler er utbredt i Nord-Norge¹⁸.

¹⁸ M. Gaski og B. Abelsen (2018). *Rapport om fastlegetjenesten i Nord-Norge*. Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM). Se kapittel 5.

3.5 Bruk av annet personell i allmennlegetjenesten

Informasjon om annet personell enn leger registreres ikke i Fastlegeregisteret (med unntak av sykepleiere i praksiser som deltar i forsøket med primærhelseteam), og Helsedirektoratet har ikke registerdata om dette. SSB har registerbasert statistikk på ansatte i næringen *allmennlegetjeneste*. Dette omfatter allmennpraksiser inkl. kommuneleger som driver allmennpraksis, samt kommunal legevakt. De fleste som er registrert i denne næringen jobber på fastlegekontor, men næringen inkluderer også medisinske sentre og enkelte private aktører som ikke er en del av fastlegeordningen.

Figur 6 på neste side viser avtalte årsverk hos de fire største yrkesgruppene i allmennlegetjenesten, samt ansatte med en annen helse- eller sosialfaglig utdanning og ansatte uten en helse- eller sosialfaglig utdanning. Figuren viser at det har vært betydelig vekst i årsverk for leger (+22 %), helsesekretærer (+29 %) og særlig sykepleiere (+79 %). Det har samtidig vært en liten økning i årsverk for ansatte med annen helse- eller sosialfaglig utdanning (+7 %), en liten reduksjon i årsverk for helsefagarbeidere inkludert hjelpepleiere og omsorgsarbeidere (-13 %), og en betydelig reduksjon for ansatte *uten* helse- eller sosialfaglig utdanning (-30 %).

Den relative årsverksveksten for helsesekretærer er altså noe større enn for leger i perioden fra 2006 til 2018 som helhet, men veksten har vært litt større for leger de seneste årene. Antall helsesekretærer pr. 100 leger har endret seg fra 38 i 2006 via 41 i 2012 til 40 i 2018.

Den relative årsverksveksten for sykepleiere er langt høyere enn for leger, og økningen for sykepleiere har vært størst etter 2012. Mens det i 2006 og 2012 var henholdsvis 27 og 30 sykepleiere pr. 100 leger, var antallet økt til 39 i 2018.

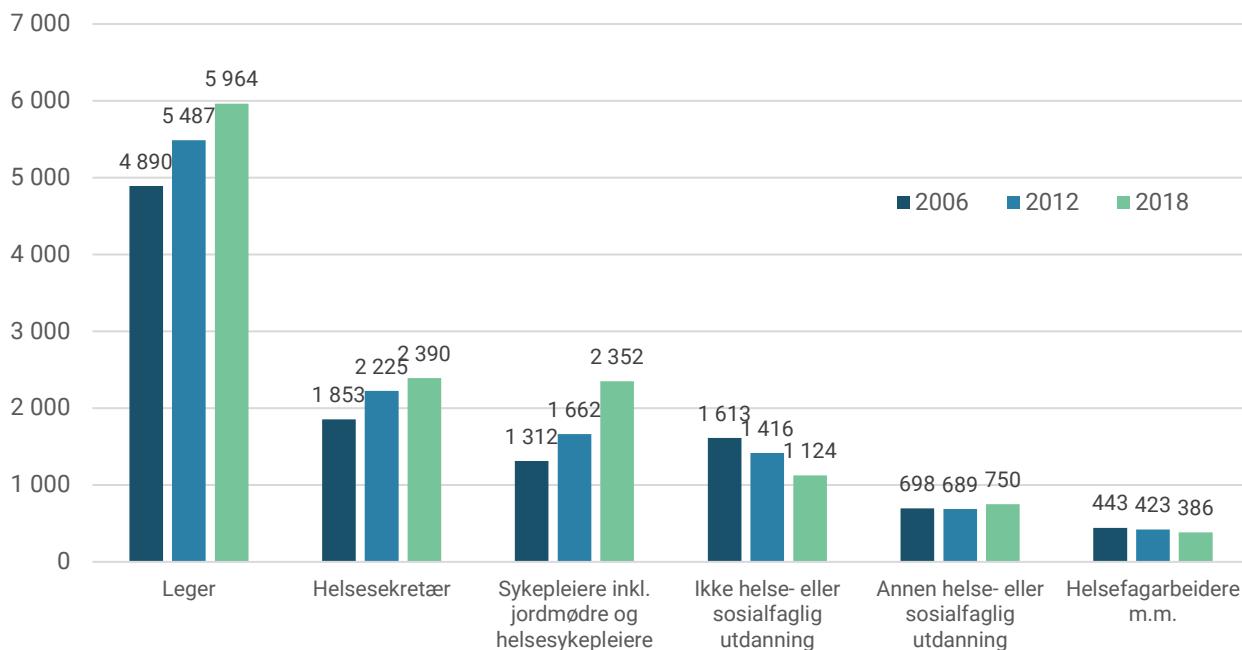
Legeårsverk utgjorde i 2018 46 prosent av årsverkene i allmennlegetjenesten. Det er 0,8 prosentpoeng mer enn i 2006, og omtrent på nivå med andelen i 2012 (-0,1 prosentpoeng). Tabell 10 viser at legeårsverk utgjør størst andel av årsverkene i de *mest* sentrale kommunene (ca. 50 prosent) og de *minst* sentrale kommunene (ca. 47 %). Det er også i de mest sentrale og minst sentrale kommunene at det er færrest sykepleiere og helsesekretærer pr. 100 leger.

Tabell 10. Antall sykepleieårsverk og helsesekretærårsverk pr. 100 legeårsverk i allmennlegetjenesten, samt legenes andel av årsverkene. Fordelt på sentralitet. 2018.

	Mest sentrale				Minst sentrale		Alle
	1	2	3	4	5	6	
Legenes andel av årsverkene	50,1 %	45,1 %	44,4 %	45,1 %	44,5 %	46,9 %	46,0 %
Sykepleieårsverk pr. 100 legeårsverk	26	42	44	41	52	35	39
Helsesekretærårsverk pr. 100 legeårsverk	30	44	48	45	32	32	40

Kilde: SSB. Basert på avtalte årsverk i allmennlegetjenesten (næringskode 86.211, registerdata, A-ordningen). Dette omfatter allmennpraksiser inkl. kommuneleger som driver allmennpraksis, samt kommunal legevakt, og noen private aktører som ikke er en del av fastlegeordningen. Statistikken er basert på den ansattes utdanning. Kun leger og sykepleiere med aktiv autorisasjon er inkludert. Ansatte med helsesekretær- eller helsefagarbeiderutdanning er inkludert også dersom de ikke har aktiv autorisasjon.

Figur 6. Avtalte årsverk i allmennlegetjenesten, fordelt på utdanning. 2006, 2012 og 2018.



Kilde: SSB. Avtalte årsverk i allmennlegetjenesten. Se detaljer under tabell 10.

Ifølge evalueringen av fastlegeordningen er flere kommuner positive til at sykepleiere og helsesekretærer avlaster fastlegene med konkrete arbeidsoppgaver, og enkelte fastleger har positive erfaringer med at sykepleiere avlaster dem med oppgaver¹⁹. Enkelte av fastlegene gir uttrykk for at de gjerne skulle hatt mer annet helsepersonell på legekontoret til å avlaste dem, men at økonomien er en hindring for dette. Ifølge NSDM synes mange distriktskommuner i Nord-Norge å ha valgt å supplere fastlegetjenesten med for eksempel kommunalt ansatte sykepleiere for å kunne gi et bredere tilbud lokalt²⁰.

Statusrapport II for evalueringen av pilotprosjektet med primærhelseteam, viste at 4 av 10 fastleger var enig i påstanden "at primærhelseteam vil bidra til å frigjøre tid for fastlegen". 58 prosent av sykepleierne og 68 prosent av helsesekretærene var enige i samme påstand²¹.

I den europeiske studien *Quality and Costs of Primary Care in Europe* (QUALICOPC)²² har forskerne stilt spørsmål til allmennleger om hvilke andre yrkesgrupper som jobber ved deres praksis, med muligheter til å svare opp til 12 ulike grupper. I snitt har de norske respondentene svart 2,1 andre grupper, mens snittet i de andre europeiske landene varierer mellom 0,7 og 7,7.

¹⁹ EY og Vista Analyse. *Evaluering av fastlegeordningen*. Se side 91.

²⁰ M. Gaski og B. Abelsen (2018). Rapport om fastlegetjenesten i Nord-Norge. Nasjonalt senter for distriktsmedisin.

²¹ Institutt for helse og samfunn, UiO, Oslo Economics og NSDM (2019). *Evaluering av pilotprosjektet med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger. Statusrapport II*. N = 68 fastleger, 36 sykepleiere og 34 helsesekretærer.

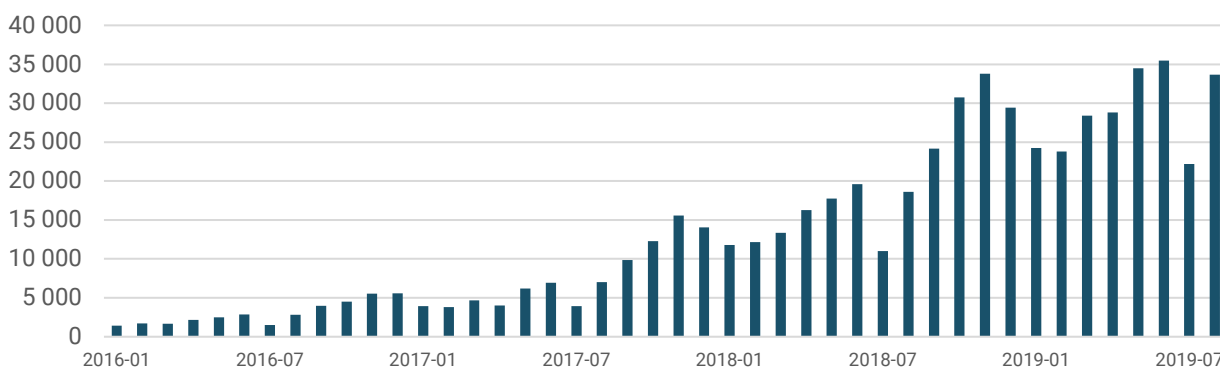
²² W. Schäfer (2016). *Primary care in 34 countries: perspectives of general practitioners and their patients*. Utrecht: Nivel. Se appendix 5 for en oversikt over landenes svar.

3.6 E-konsultasjoner og bruk av digitale verktøy

Ifølge evalueringen av fastlegeordningen gir intervjuer med fastleger inntrykk av at legene opplever at arbeidsmengden øker i takt med økende bruk av elektroniske tjenester. Samtidig poengterer de fleste at teknologiske tjenester har redusert arbeidsmengden for *helsesekretærene*. De vanligste elektroniske tjenestene er time- og reseptbestilling på nett, SMS-påminnelser, elektronisk sykmelding, e-kontakt og elektroniske prøvesvar.

Figur 7 viser utviklingen i e-konsultasjoner i perioden 2016 til august 2019. Før 2016 var antallet veldig lavt, som det kommer fram av tabell 6 foran. Totalt antall e-konsultasjoner er fortsatt relativt lavt, men det har vært en stor økning i bruken av denne taksten i løpet av de siste drøye tre årene (de laveste søylene i 2018 og 2019 er søylene for juli, og det er naturlig at det er færre e-konsultasjoner i sommerferien). Mens det i 2017 var 1 644 unike leger og 47 362 unike pasienter som benyttet denne taksten, var antallet økt til 2 383 leger og 114 889 pasienter i 2018, viser tall fra KUHR.

Figur 7. Antall e-konsultasjoner per måned, januar 2016 til august 2019.



Kilde: KUHR. Takst 2ae.

3.7 Kontorstørrelse

I evalueringen av fastlegeordningen konkluderes det med at antall fastleger og øvrig helsepersonell i stor grad varierer fra legekantor til legekantor, men at fastlegekontorene jevnt over er små enheter. Fastlegeregisteret viser at det pr. 1. desember 2019 var 1 395 fastlegekontor totalt, hvorav 193 var kontorer med én lege (solopraksiser), 560 var kontorer med 2 eller 3 fastleger, mens de resterende 642 kontorene var kontorer med fire eller flere fastleger. Som vist i tabell 11, har trenden gått mot færre solopraksiser og fastlegekontor med 2-3 leger, og flere kontor med 4 eller flere leger i årene siden 2015.

Tabell 11. Antall fastlegekontorer, fordelt på antall leger ved kontoret. 2015-2017, 2019.

	2015	2016	2017	2019
Kontor med én fastlege (solopraksis)	295	256	232	193
Kontor med 2-3 leger	606	588	578	560
Kontor med 4 leger eller mer	562	592	606	642
Antall fastlegekontorer totalt	1 463	1 436	1 416	1 393

Kilde: Fastlegeregisteret.

3.8 Vekst i kommunene sammenlignet med spesialisthelsetjenesten

Mens veksten i legeårsverk i kommunehelsetjenesten i perioden 2012 til 2018 har vært på 943 årsverk, eller ca. 19 prosent, har veksten i spesialisthelsetjenesten vært på 3 539 årsverk, eller ca. 27 prosent. Legger vi sammen veksten i begge sektorer, har det vært en vekst på 4 482 årsverk. Dermed har ca. 79 prosent av veksten i perioden, gått til spesialisthelsetjenesten. Merk at tallene tar utgangspunkt i to ulike datakilder, og at det har vært to databrudd i tidsserien for spesialisthelsetjenesten (se fotnote til tabellen).

Helsedirektoratet har nylig vist at det har vært vekst i legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester i nesten alle fylkene (unntatt Aust-Agder) og nesten alle KOSTRA-grupper, men at veksten har vært av varierende størrelse²³.

Tabell 12. Årsverksutviklingen i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, 2012-2018.

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Endring
Kommune- helsetjenesten	Årsverk	5 020	5 197	5 325	5 457	5 585	5 823	5 963	-
	Endring	-	+ 177	+ 128	+ 132	+ 128	+ 238	+ 140	+ 943
	Prosentvis endring	-	+ 3,5 %	+ 2,5 %	+ 2,5 %	+ 2,4 %	+ 4,3 %	+ 2,4	+ 18,8 %
	Årsverk per 10 000	9,9	10,2	10,3	10,5	10,6	11,0	11,2	+ 1,3
Spesialist- helsetjenesten	Årsverk	13 158	13 618	14 089	15 089 ^{a)}	15 597	16 210	16 697 ^{b)}	-
	Endring	-	+ 460	+ 471	a)	+ 508	+ 613	b)	+ 3 539
	Prosentvis endring	-	+ 3,5 %	+ 3,5 %	a)	+ 3,4 %	+ 3,9 %	b)	+ 26,9 %
	Årsverk per 10 000	26,0	26,7	27,3	28,9 ^{a)}	29,7	30,6	31,3 ^{b)}	+ 5,3

Kilde: SSB, tabell 3807 og 11996 (kommunehelsetjenesten, skjemabasert) og tabell 09547 (spesialisthelsetjenesten, registerbasert) (avtalte årsverk eksklusive lange fravær).

a) Merk at økningen i 2015 er kunstig høy ettersom SSB la om systemet for innhenting av registerbasert sysselsettingsstatistikk, gjennom en samordning med NAV og Skatteetaten. Den nye innrapporteringen skal gi bedre registerstatistikk, men gir et brudd i tidsserien.

b) SSB har tatt i bruk en ny metode som gir bedre informasjon om arbeidstid i 2018. Den nye metoden får konsekvenser for beregningen av årsverk, som er basert på avtalt stillingsprosent. Endringstallene i antall årsverk fra 2017 (eller tidligere årganger) til 2018 er derfor ikke reelle.

²³ Helsedirektoratet (2019). *Leger i kommunene og spesialisthelsetjenesten. Rapport 2019*. Se kapittel 3.1.

3.9 Tilgjengelighet og pasienterfaringer med fastlegen

Som en del av evalueringen av fastlegeordningen, har Folkehelseinstituttet (FHI) gjennomført en undersøkelse om brukererfaringer med fastlegen. Undersøkelsen viser at mange pasienter er fornøyde med fastlegen, men at det fra pasientens perspektiv er et forbedringspotensial når det gjelder tilgjengelighet. Mange pasienter opplever at ventetiden for å få time er uakseptabel, og mange pasienter opplever også at fastlegen ikke har nok tid. Mange mener at det bør bli flere fastleger og bedre tilgjengelighet for pasientene. Pasienter i Nord-Norge har lavere skårer enn i andre landsdeler, og pasienter med langvarige helseproblemer har dårligere erfaringer med fastlegen enn andre²⁴.

I evalueringen av fastlegeordningen spør EY og Vista Analyse fastlegene om antall virkedager som pasientene i snitt må vente på ordinær time. I snitt må pasientene vente i 8 virkedager hos fastleger i egen hjemmel (n=2 225). De finner blant annet at det er signifikant lengre ventetid hos fastlønnede leger enn hos leger med ren næringsdrift eller 8.2-avtale, og hos leger som ønsker seg mer tid per pasient. De finner ingen signifikant sammenheng mellom ventetid og kommunestørrelse eller sentralitet. Det er kortere ventetid hos leger som er ferdig spesialist og kortere ventetid med økende erfaring som fastlege.

Som del av den norske delen av studien *Quality and Costs of Primary Care in Europe* (QUALICOPC) ble pasienterfaringer hos fastlegen på en rekke områder undersøkt, og forskerne fant blant annet at pasienter på kortere fastlegelister (under 900 pasienter) i mindre grad enn pasienter på mellomlange lister (901 - 1 300 pasienter) opplevde at fastlegene brukte tilstrekkelig med tid²⁵.

²⁴ FHI (2019). *Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2018/19*. PasOpp-rapport nr. 2019: 1

²⁵ T. B. Eide, J. Straand, H. Melbye, G. Rortveit, I. Hetlevik & E. Olaus Rosvold (2016). *Patient experiences and the association with organizational factors in general practice: results from the Norwegian part of the international, multi-centre, cross-sectional QUALICOPC study*. BMC Health Services Research 16, 428.

Vedlegg

Vedlegg 1. Rekrutteringsutfordringer i evalueringen av fastlegeordningen

EY og Vista analyse gjør vurderinger av rekrutteringsutfordringer i sin evaluering av fastlegeordningen²⁶. Der skriver de at deres undersøkelser viser at rekrutteringsutfordringer og lav stabilitet i legestanden, som over tid har vært tilstede i små og usentrale kommuner, er i ferd med å bli realiteten også for større og mer sentrale kommuner. Flere kommuner peker på at en vanskelig rekrutteringssituasjon truer ivaretagelsen av «sørge for»-ansvaret, og at de må bruke av frie midler for å sikre ivaretagelse. Rundt 40 prosent av kommunene angir at det er vanskelig å rekruttere kvalifiserte leger til hjemler i kommunen.

Mens utfordringen i distriktskommuner har vært knyttet til å få fastleger til å bosette seg over tid i kommunen, er det mye som tyder på at utfordringen i mer sentrale kommuner er at en endret arbeidssituasjon gjør det utfordrende for yngre leger å etablere seg i dagens finansieringsordning, ifølge evalueringen. Spørreundersøkelsen som ble gjennomført som en del av evalueringen, viser at forhold ved fastlegeyrket gjør at potensielle kandidater er usikre på om de ønsker å bli fastlege. Flere peker på viktigheten av å sikre trygghet for yngre leger, som må etableres gjennom god oppfølging og veiledning. Flere nevner fastlønn under spesialisering som et tiltak, og at kjøp og salg av praksis er en vesentlig rekrutteringsbarriere.

Flere kommuner angir at det har blitt *vanskeligere* å rekruttere kvalifiserte leger til avtaler i kommunen de siste 1-2 årene:

- Store kommuner angir at rekruttering har blitt vanskeligere de siste 1-2 årene i signifikant større grad enn mindre kommuner.
- Usentrale kommuner angir større rekrutteringsutfordringer enn mer sentrale kommuner, og de har i større grad hatt utfordringer over lengre tid.
- Det er imidlertid en utvikling mot at mer sentrale kommuner også opplever rekrutteringsutfordringer. 60 prosent av de administrative lederne for fastlegeordningen i de mest sentrale kommunene angir i forbindelse med evalueringen av fastlegeordningen at det i stor grad har blitt vanskeligere å rekruttere. Sentrale kommuner gir uttrykk for at det i dag er færre kvalifiserte søkere på stillinger med næringsdrift enn tidligere.

I evalueringen omtales det hvordan fastlegeordningen i noen små distriktskommuner har vært bygget rundt én såkalt «hjørnesteinslege». I slik tilfeller kan situasjonen være uproblematisk, før det oppstår utfordringer når hjørnesteinslegen pensjonerer seg eller slutter av andre årsaker. For flere detaljer om undersøkelsen, se kapittel 7.2.7 i evalueringsrapporten fra EY og Vista. For svarfordelingen på spørsmålene om rekruttering, se side 266 (i vedlegg B).

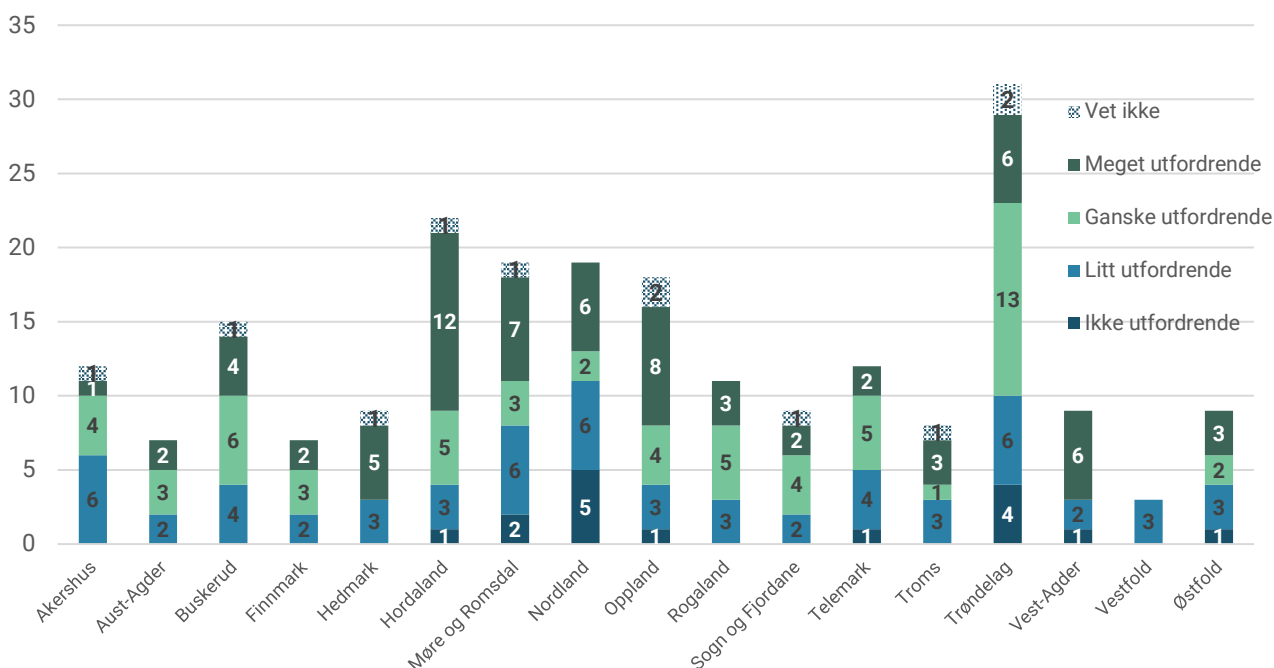
²⁶ EY og Vista Analyse (2019). *Evaluering av fastlegeordningen*. For mer detaljer om undersøkelsen, se kapittel 7.2.7. For svarfordelingen på spørsmålene om rekruttering, se side 266 (i vedlegg B).

Vedlegg 2. Rekrutteringsutfordringer kartlagt av KS

Figur 8 viser kommunenes vurderinger, fordelt på fylke i 2019. Følgende oppsummerer resultatene:

- **Ikke utfordrende:** Kun 16 kommuner (7 prosent av respondentkommunene) oppgir at det *ikke er utfordrende* å rekruttere leger. Antallet har ikke vært lavere i perioden undersøkelsen har blitt gjennomført. Dette er mer enn en halvering av antall og andel fra 2017. I 2017 fant vi disse kommunene i nesten alle fylker, men nå er de fordelt på 8 fylker, hvor av fire kommuner er i Trøndelag og fem er i Nordland. 11 av de 16 kommunene er små (under 5 000 innbyggere), fire er mellomstore (under 20 000 innbyggere) og kun én (Fjell kommune) er stor (mer enn 20 000 innbyggere).
- **Litt utfordrende:** 61 kommuner (28 prosent) vurderer at det er *litt utfordrende* å rekruttere leger. Dette er en liten økning fra 2017. Disse kommunene fordeler seg på alle landets fylker.
- **Ganske utfordrende:** 60 kommuner (27 prosent) vurderer at det er ganske utfordrende å rekruttere leger. Dette er omtrent på samme nivå som i 2017. Blant disse finner vi kommuner fra nesten alle fylker, og vi finner også større bykommuner som Trondheim og Bergen, som i 2017 vurderte rekruttering av leger som *litt utfordrende*. Også bykommuner som Arendal, Skien og Kongsberg og sentrale kommuner som Asker og Lørenskog, vurderer det som ganske utfordrende.
- **Meget utfordrende:** 72 kommuner oppgir at det er *meget utfordrende* å rekruttere leger. Dette utgjør hver tredje kommune som har besvart undersøkelsen. Dette er det klart høyeste antallet og andelen vi har sett i undersøkelsen. Det er kommuner i alle fylker unntatt Vestfold som vurderer at det er meget utfordrende å rekruttere leger (kun tre kommuner i Vestfold har gjort en vurdering, og Oslo er ikke inkludert i undersøkelsen). Blant disse kommunene finner vi bykommuner som Gjøvik, Kristiansand, Lillehammer, Moss, Stavanger og Ålesund.

Figur 8. Kommunenes vurdering av hvor utfordrende det er å rekruttere leger, fordelt på fylke.



Kilde: KS. Kommunesektorens arbeidsgivermonitor 2019.

Vedlegg 3. Rekrutteringsutfordringer kartlagt av Legeforeningen

Høsten 2018 og vinteren 2019 gjennomførte Legeforeningen en kartlegging av kommunenes utfordringer med rekruttering av fastleger²⁷. Kartleggingen var en oppfølging av en tilsvarende kartlegging gjennomført av VG sommeren 2017. Kommunene ble spurt om rekrutteringssituasjonen hadde forverret seg, forbedret seg eller om den var uendret. I tillegg ble kommunene spurt om hvilken tilstand kommunene var i når det gjelder rekruttering av fastleger. Legeforeningen tok utgangspunkt i samme skala fra 1 til 7 som VG hadde gjort, som siden også ble kategorisert i grønn, gult (inkl. oransje) og rødt:

1. Stabil legesituasjon, uproblematisk rekruttering (mørk grønn)
2. Stabil legesituasjon, men venter at det blir vanskeligere (lys grønn)
3. Har hatt rekrutteringsutfordringer, men nå går det mot en mer stabil situasjon (lys gul)
4. Rekrutterer greit, men merker utfordringer (mørk gul)
5. Har rekrutteringsutfordringer, og ser at det er i ferd med å bli vanskeligere (oransje)
6. Rekruttering har vært svært vanskelig, men går noe lettere nå (lys rød)
7. Legekriser (store problemer med å rekruttere leger/mangler fastleger og må bruke dyre vikarer) (mørk rød)

385 kommuner besvarte Legeforeningens undersøkelse. Ifølge kartleggingen var situasjonen forverret i 128 kommuner. 48 kommuner (12 %) oppga rød tilstand, 126 kommuner (33 %) oppga gul tilstand og 211 kommuner (55 %) oppga grønn tilstand.

²⁷ Legeforeningen (2019). *Fastlegesituasjonen forverret, viser ny kartlegging*. Artikkel og data tilgjengelig fra: <https://beta.legeforeningen.no/nyheter/2019/fastlegesituasjonen-forverret-viser-ny-kartlegging/>

Sammenstilling av data fra allmennlegetjenesten

Utgitt

Februar 2020

Bestillingsnummer

PUBLIKASJONSNUMMER:

Utgitt av

Helsedirektoratet

Telefon: 47 47 20 20

(fra utlandet: +47 477 06 366)

Oslo

Helsedirektoratet

Postadresse

Pb. 220 Skøyen, 0213 Oslo

Besøksadresse

Vitaminveien 4, 0483 Oslo

Trondheim

Helsedirektoratet

avd. Helseregistre

avd. Komparativ statistikk og
styringsinformasjon

Postboks 6173, Torgarden

7435 Trondheim

Besøksadresse

Design

Itera as

www.helsedirektoratet.no