

Årsrapport 2023 - Inklusive status per mai 2024

Arbeidet med allmennlegetjenesten



INNHold

HOVEDFUNN OG VURDERINGER	5
INNLEDNING	9
Bakgrunn.....	9
Om denne rapporten.....	9
DEL 1 – TILTAK, STATUS OG EFFEKTER	10
1 OM MÅLBILDET OG HELSEDIREKTORATETS ARBEID	11
1.1 Målbildet for arbeidet	11
1.2 HelseDirektoratets arbeid med allmennlegetjenesten i 2023.....	12
2 REKRUTTERING OG STABILISERING	14
2.1 Status: Rekruttering og stabilisering	14
2.2 Tiltak: Rekruttering og stabilisering.....	15
2.2.1 Utredning og konkretisering av ekspertutvalgets forslag til endret finansiering.....	15
2.2.2 Styrking av basistilskuddet	15
2.2.3 Profilerings av fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste.....	15
2.2.4 Behovet for LIS1 stillinger.....	16
2.2.5 Videreutvikling av tilskuddsordningen for ALIS avtaler.....	16
2.2.6 Stedlig kontroll av tilskuddsordningen for ALIS avtaler.....	17
2.2.7 Introduksjonsavtaler.....	17
2.2.8 Ekspertutvalgets anbefalinger - kompetansekrav og spesialistutdanning.....	18
2.2.9 Arbeidstid for fastleger i legevakt	18
2.2.10 Tilskudd til legevakt i rekrutteringssvake kommuner	19
3 KVALITET OG TILGJENGELIGHET	20
3.1 Status: Kvalitet og tilgjengelighet	20
3.2 Tiltak: Kvalitet og tilgjengelighet	22
3.2.1 Pasienttilpasset basistilskudd	22
3.2.2 SKIL og system for nasjonalt kvalitetsarbeid i kommuner.....	22
3.2.3 Økt innsikt og styringsinformasjon om allmennlegetjenesten.....	23
3.2.4 Tilgjengelighet til legevakt, herunder reisetid.....	25
4 ARBEIDSDDELING, LEDELSE OG INNOVASJON	27
4.1 Status: Arbeidsdeling, ledelse og innovasjon	27
4.2 Tiltak: Arbeidsdeling, ledelse og innovasjon	28
4.2.1 Tverrfaglighet og teamarbeid	28
4.2.2 Digitale innbyggertjenester	29

4.2.3	Pasientjournalssystemer, digital samhandling og informasjonsutveksling	31
4.2.4	Ledelse og lederkompetanse.....	33
DEL 2 – ALLMENNLEGETJENESTEN I TALL 2023		35
5	UTGIFTER TIL ALLMENNLEGETJENESTEN.....	36
5.1	Samlede utgifter til allmennlegetjenesten	36
5.2	Utgifter til fastlegeordningen	37
5.3	Kartlegge kommunenes utgifter til legevakt	39
5.4	Nærmere om basistilskudd, grunntilskudd og utjamningstilskudd.....	39
5.5	Utgifter til kommunalt ansatte LIS1-leger	42
5.6	Utgifter til legevakt.....	43
5.7	Andre kostnader tilknyttet allmennlegetjenesten	44
5.8	Utgifter per innbygger	45
6	LEGER I KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER	46
6.1	Legeårsverk i kommunene fordelt på avtaleform og KOSTRA-funksjon	46
6.2	Avtalte legeårsverk i kommunene per innbygger	48
6.3	Helprivate allmennlegetjenester	49
6.4	Legeårsverk i spesialisthelsetjenesten og i kommunene	50
6.5	Annet helsepersonell enn leger i allmennlegetjenesten.....	51
6.5.1	Årsverk for leger og annet helsepersonell.....	51
6.5.2	Yrkesgruppenes andel av årsverkene i allmennlegetjenesten	52
7	LEGER I SPESIALISERING.....	53
7.1	LIS1-søknader og tilsatte	53
7.2	Leger som har gjennomført LIS1 eller tilsvarende.....	54
7.3	Kompetanseforskriftens krav til vikarer	54
7.4	Tilskudd til ALIS-avtaler som nasjonal ordning.....	56
8	UTVIKLING I FASTLEGEORDNINGEN.....	58
8.1	Sterkere legevekst i 2023 - som fortsetter i 2024	59
8.2	Ledige plasser og ventelister	63
8.3	Antall fast ansatte fastleger øker fortsatt - også vekst i næringsdrivende inn i 2024.....	66
8.4	Vikarbruk	67
8.4.1	Noe vekst i vikarbruk	67
8.4.2	Stillingsprosent og varighet av vikaravtaler samvarierer	69
8.4.3	Forskjeller i vikarbruken etter fylker og sentralitet.....	71
8.5	Flere leger på fastlegekontorene	74

9	BEFOLKNINGENS BRUK AV FASTLEGE OG LEGEVAKT.....	77
9.1	Svak nedgang i bruken av konsultasjoner totalt	77
9.2	Konsultasjoner med fastlege	79
9.3	Konsultasjoner med legevakt	83
9.4	Nedgang i bruken av sykebesøk av fastlege.....	88
9.5	Flere sykebesøk av legevakt i 2023	88
9.6	Stabil bruk av enkle kontakter med fastlegen siste år	89
9.7	Nedgang i enkle kontakter med legevakt i 2023	90
9.8	Møter med andre instanser på vegne av eller med pasienter	91
10	TILGJENGELIGHET OG KVALITET	95
10.1	Nye indikatorer om legemidler til eldre fra allmennlege	95
10.1.1	Vanedannende legemidler til eldre	95
10.1.2	NSAIDs til eldre fra allmennlege	97
10.1.3	Legemidler med betydelig antikolinerg effekt til eldre fra allmennlege	98
10.2	Bruk av antibiotika på nivå som før pandemien.....	98
10.2.1	Antibiotikabruk i sykehjem	99
10.3	Legetjenester i sykehjem og omsorgsbolig	100
10.3.1	Legetjenester i sykehjem	100
10.3.2	Legetjenester i omsorgsbolig.....	101
10.4	Stabilt høyt antall listeinnbyggere på liste uten fast lege i 2023, bedring hittil i 2024	102
10.5	Noe nedgang i median avtalevarighet for fastleger 2015-2023.....	103
10.6	Liten endring i varighet på relasjonen mellom fastlege og innbygger nasjonalt	105
10.7	Stabil andel fastleger med spesialisering	106
10.8	Svartider legevaktsentraler	107
10.9	Brukererfaringsundersøkelser legevakt	108
10.10	Samhandlingsleger	108
	Vedlegg.....	111
	Vedlegg 1: Begrepsliste	111
	Vedlegg 2. Utfyllende tabeller og figurer	113

HOVEDFUNN OG VURDERINGER

Finansieringen av allmennlegetjenesten er styrket

Beregnete utgifter til hele allmennlegetjenesten utgjorde 16,3 mrd. kroner i 2023, en økning fra året før på 11,7 prosent i løpende priser som tilsvarer 8,3 prosent realvekst.

For perioden fra 2019 til 2023 har realveksten i utgifter til fastlegeordningen vært på 18,6 prosent. Målt i kostnad per innbygger var denne realveksten på 14,7 prosent i samme periode, og på 7 prosent fra 2022 til 2023. Veksten i utgifter har altså vært klart større enn befolkningsveksten skulle tilsi. I 2023 ble finansieringen av fastlegeordningen styrket for å understøtte stabilitet og rekruttering til tjenesten. Utgifter til fastlegeordningen utgjorde 14,2 mrd. kroner i 2023, en vekst på 11,6 prosent fra året før, målt i løpende priser.

Hovedårsaken til den sterke utgiftsveksten det siste året er en økning i gjennomsnittssatsen for basistilskuddet per listeinnbygger fra 1. juli 2023. Basisfinansieringen økte med 21,4 prosent, og basisfinansieringens andel av totale utgifter til fastlegeordningen økte fra 27 til 32 prosent fra 2022 til 2023. Det har også vært en betydelig vekst i tilskudd som gjelder allmennlegetjenesten de siste årene. I 2023 ble det utbetalt 836 mill. kroner i tilskudd, en økning på 50 prosent fra 2022. Veksten kan hovedsakelig tilskrives økt tilskudd til ALIS-avtaler, nye LIS1-stillinger i kommunene, samt nytt tilskudd til styrking av legevaktstjenesten i distriktskommuner.

Refusjoner og pasientbetaling knyttet til legevakt ble redusert med 5,3 prosent fra 2022 til 2023. Fra 2019 til 2023 var veksten på 15,6 prosent i løpende priser, mens den beregnede realveksten var på 0,1 prosent.

Større vekst i antall fastleger dekker opp for befolkningsvekst

Tall fra SSB viser at det var omtrent 6 900 avtalte legeårsverk i kommunene i 2023, eksklusive legevakt. Dette er 372 flere enn året før og utgjør en økning på 5,7 prosent. Disse tallene inkluderer leger både innenfor og utenfor fastlegeordningen. Tall fra FLO¹ viser at den viktigste årsaken til legeveksten var at rekrutteringen av fastleger var rekordhøy, samtidig som det sluttet færre fastleger enn årene før. Dette ga en netto tilvekst på 211 fastleger i 2023. Flere fastleger gir uttrykk for at de er mer fornøyd med arbeidsbelastningen og at de ønsker å forbli i yrket.² Dette gir grunn til optimisme.

En del av veksten i antall leger og økt kapasitet de siste årene er brukt til å dekke opp for høyere befolkningsvekst. I 2023 kom det nesten 64 000 nye innbyggere inn i fastlegeordningen, herunder mange flyktninger fra Ukraina. Nesten 62 000 flere innbyggere hadde fastlege i slutten av året sammenlignet med året før. Økt tilvekst av leger er også en av faktorene som har gjort det mulig å redusere gjennomsnittlig listelengde mer de siste årene enn tidligere. Listelengden ble gjennomsnitt redusert med 29 innbyggere per liste i 2023.

¹ *Helfo sitt system for administrasjon av fastlegeordningen*

² [Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten](#), *Evalueringsrapport III, 2024*, Oslo Economics og Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn, s 73

Andelen ubesatte lister har holdt seg relativt uendret gjennom 2023. Ved årsskiftet var 5,7 prosent av listene og 3,9 prosent – tilsvarende 214 106 innbyggere – uten fast lege. En mer tydelig nedgang i antall ubesatte lister og flere ledige plasser på fastlegelistene kom høsten 2023, og har fortsatt så langt i 2024.

Store variasjoner på kommunenivå og fortsatt for dårlig kapasitet

Selv om nasjonale tall viser vekst i antall fastleger, er bildet langt mer nyansert og variert på kommunalt nivå. Med unntak av kommuner med færre enn 2 000 innbyggere, økte andelen ubesatte lister i de minst sentrale kommunene³ i løpet av 2023. Situasjonen er imidlertid noe bedret i første del av 2024. Veksten i fastleger holder nå tritt med befolkningsveksten, men det er fortsatt et historisk høyt antall listeinnbyggere uten fast lege. Fastlegeordningen fungerer per i dag ikke godt nok for innbyggere som trenger ny lege på grunn av flytting, eller ønsker å bytte fastlege. I svært mange kommuner er det få ledige plasser på åpne fastlegelister. Dette gjør at kapasiteten i fastlegetjenesten, korrigert for befolkningsvekst, ikke vurderes å være bedre i dag enn den var ved lanseringen av Handlingsplan for allmennlegetjenesten i 2020. Samtidig er det viktig å understreke at uten den økte legeveksten ville situasjonen det vært verre. Tallene hittil i 2024 viser en positiv utvikling.

Yngre leger ønsker trygge rammer

Yngre leger har andre jobbpreferanser enn sine eldre kolleger når det gjelder rammebetingelser og økonomisk trygghet. Veksten i antall og andel fastleger som er ansatt i kommunen fortsetter, og om lag halvparten av de nye fastlegene i 2023 var kommunalt ansatte. Tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning ble ytterligere styrket og videreutviklet i 2023, og både fastleger og kommuner peker på at tilskuddet bidrar til at leger starter og fullfører spesialistutdanningen i allmenntjenestemedisin.⁴

Mangel på leger, blant annet i allmennlegetjenesten, har vist at det fortsatt er behov for å øke kapasiteten i LIS1-ordningen i noen år fremover. Antall LIS1 stillinger har økt, og dette har bidratt til at flere søkere får tilbud om LIS1-stilling. Antallet nye fastleger øker mer i september og mars, når LIS1-tjenesten avsluttes. Det var 1 104 leger som gjennomførte og avsluttet sin LIS1-tjeneste i 2023.

Behovet for fastleger kommer til å vokse i årene som kommer. For å rekruttere og beholde fastleger vil det være viktig at fastlegeyrket oppleves som attraktivt. Det er viktig å se endringer i driftsform i sammenheng med ønskene til en kommende generasjon av leger, som også består av flere kvinner enn menn, og at arbeidet med å skape trygghet ved gjennomføring av spesialisingsløpet fortsetter.

Arbeidsbelastningen går ned

Både i store og i små kommuner er gjennomsnittlig listelengde redusert over tid. Listelengden på nye fastlegeavtaler er i gjennomsnitt kortere enn på fastlegeavtaler som avsluttes. Videre har fastleger som er ansatt, kortere lister enn næringsdrivende leger, ALIS har kortere lister enn spesialister og kvinner har kortere lister enn menn.⁵ Reduksjonen i gjennomsnittlig listelengde i 2023 er den største vi har hatt, sammenlignet med tidligere år. Resultater fra spørreundersøkelser blant fastleger tyder på at de i stadig større grad opplever en mer håndterbar arbeidsbelastning.⁶

³ Kommuner klassifisert i sentralitetsklasse 5 eller 6 i SSBs sentralitetsindeks, [Sentralitetsindeksen – SSB](#)

⁴ [Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten, Evalueringsrapport III](#), 2024, Oslo Economics og Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn

⁵ Helsedirektoratet 2023 [Allmennlegetjenesten – statusrapport høsten 2023](#)

⁶ [Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten, Evalueringsrapport III](#), 2024, Oslo Economics og Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn

For å sikre bærekraft i helse- og omsorgstjenesten vil det være nødvendig at helsepersonell håndterer flere pasienter og brukere.⁷ Dette står i kontrast til utviklingen i gjennomsnittlig listelengde. Det er viktig at det legges til rette for å redusere fastlegenes arbeidsbelastning. Samtidig må det legges til rette for økt kapasitet. Det vil derfor være nødvendig å møte de utfordringene som ligger foran oss, med andre tiltak enn fortsatt reduksjon i listelengde. I lys av dette vil økt grad av tverrfaglighet og oppgavedeling være viktig.

Svak nedgang i konsultasjoner hos fastlege og legevakt per innbygger i 2023

For å se om økt aktivitet kun gjenspeiler befolkningsvekst måles antall konsultasjoner per innbygger i tillegg til faktisk antall. Både faktisk antall fastlegekonsultasjoner og konsultasjoner målt per innbygger økte fra 2018 til 2023. Gjennomsnittlig antall konsultasjoner økte fra 2,7 til 3,1 konsultasjoner per innbygger i denne perioden. Fra 2022 til 2023 økte også faktisk antall konsultasjoner, men målt per innbygger var det en svak nedgang. Dette skyldes en reduksjon i antall e-konsultasjoner på 14 prosent siste år. Tross kraftig nedgang er fortsatt hver fjerde konsultasjon med fastlegen en e-konsultasjon. Antall fysiske konsultasjoner økte imidlertid med fire prosent fra 2022 til 2023.

Det har vært en liten økning i faktisk antall legevaktkonsultasjoner og konsultasjoner per innbygger fra 2018 til 2023. Siste år har det vært en marginal nedgang i legevaktkonsultasjoner målt per innbygger. Antall sykebesøk av legevakt per innbygger økte med seks prosent fra 2022 til 2023.

Fortsatt vekst i bruk av vikarer

Helsedirektoratet anslår at det ble brukt omtrent 930 vikarårsverk i fastlegetjenesten i 2023, en vekst fra 2022 på omtrent 6 prosent og på hele 30 prosent fra 2019. Veksten på nasjonalt nivå var i 2023 knyttet til vikarer som dekket opp lister uten fast lege. Andel fastleger og andel lister uten fast lege som har hatt vikar har vært relativt stabil de siste årene, men økte svakt i 2023.

Det er viktig for allmennlegetjenesten å ha tilgang til gode vikarer⁸. For å være fastlegevikar er hovedregelen i kompetanseforskriften at legen må være spesialist eller under spesialisering i allmennmedisin. En gjennomgang av vikarenes spesialistkompetanse ved utgangen av 2023 viste at 22 prosent av dem manglet LIS1 eller tilsvarende.

God ledelse må til for å lykkes med endringer

Handlingsplan for allmennlegetjenesten lanserte målområdene en trygg og attraktiv karrierevei, god kvalitet til alle og fremtiden er teambasert. Det har vært innført en rekke tiltak for å nå målet om en trygg og attraktiv karrierevei, og tallene viser økt rekruttering av fastleger. En ny generasjon leger har andre krav til bruk av teknologi og størrelsen på fagmiljø. Det vil være viktig å utnytte dette potensialet, slik at de samlede gevinstene for allmennlegetjenesten når lengre enn hvert enkelt målområde for seg. Det vil gi reell bærekraft i tjenesten.

God kvalitet i allmennlegetjenesten består av flere dimensjoner. Over halvparten av fastlegene oppga i årets spørreundersøkelse at de opplever utfordringer knyttet til kvaliteten i tilbudet av allmennlegetjenester. Funnene viser også at det er mangler i hvordan kommunene følger opp og bistår fastlegekontorene i

⁷ Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste [NOU 2023: 4 \(regjeringen.no\)](#)

⁸ Kunnskap om vikarbruk i fastlegetjenesten | Tidsskrift for Den norske legeforening ([tidsskriftet.no](#))

systematisk kvalitetsarbeid, og at det er rom for bedre ledelse av fastlegeordningen.⁹ Økt antall leger bidrar til en mer tilgjengelig allmennlegetjeneste, men vi vet fortsatt for lite om hvordan allmennlegene jobber med kvalitetsforbedring og hvordan kvaliteten er på tjenestene som leveres.

Samarbeid mellom ulike helsepersonellgrupper, innad på fastlegekontoret og på tvers av tjenester og nivå, er viktig for å gi pasienter en god sammenhengende tjeneste. For å utvikle fastlegekontor med et bredere faglig tilbud er det nødvendig at legene arbeidsdeler mer. Økt satsing på tverrfaglige team i allmennlegetjenesten vil i større grad enn tidligere kreve tydelig ledelse med oversikt over ansvarsområder, vurdering av kompetanse, behov for opplæring og oppfølging. Endring i arbeidsprosesser og bruk av ny teknologi, kan utfordre, inspirere og engasjere. For å lykkes i dette arbeidet vil det være avgjørende med systematisk og god ledelse i og av allmennlegetjenesten i kommunen.

Viktig å følge med på utviklingen

Nasjonal Helse- og samhandlingsplan peker på at allmennlegetjenestene må organiseres og finansieres på en måte som fremmer kvalitet, effektivitet, riktig bruk av kompetanse, arbeidsdeling og innovasjon. Arbeidet med digitalisering og nye måter å jobbe på, kan gi til bedre utnyttelse av allmennlegenes tid. Annet helsepersonell kan både avlaste og bidra til et faglig bredere tjenestetilbud. Vi forventer at tverrfaglige team på fastlegekontorene vil skyte fart i årene som kommer.

For å kunne vurdere om vi når målene om en kvalitativ god og teambasert allmennlegetjeneste vil det være avgjørende at vi får økt kunnskap om de sider ved tjenesten som vi i dag vet for lite om. Dette inkluderer kunnskap om helprivate allmennlegetjenester, kvaliteten på tjenestene som gis og effekter av nye organisasjonsformer og økt tverrfaglighet.

⁹ [Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten, Evalueringsrapport III, 2024, Oslo Economics og Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn](#)

INNLEDNING

Bakgrunn

Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024¹⁰ ble lagt frem av Regjeringen Solberg i mai 2020 og var resultatet av et samarbeid med Legeforeningen og Kommunesektorens organisasjon (KS). Handlingsplanen bygger på en rekke utredninger og meldinger.

Regjeringen Støre har videreført påbegynt arbeid, men også sett behov forsterket innsats på området. I tråd med dette er det etablert nye tiltak for å bygge en god allmennlegetjeneste for fremtiden. I august 2022 satte regjeringen ned Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten¹¹ Helsedirektoratet organiserte og stilte ressurser til rådighet for å ivareta sekretariatfunksjonen. Ekspertutvalget leverte sin rapport 18. april 2023. Rapporten inneholder 59 anbefalinger for en bærekraftig allmennlegetjeneste og omfatter blant annet områdene organisering, finansiering, tverrfaglighet, legevakt, innovasjon, forskning og kompetanse.¹²

1.mars 2024 la regjeringen Støre fram Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024 – 2027. Planen beskriver retning og målbildet for det videre arbeidet med allmennlegetjenesten. Befolkningen skal leve lange og gode liv med de helsemessige utfordringer de har. De skal kunne bo hjemme og så langt det er mulig få behandling og oppfølging i sitt nærmiljø. Regjeringen fremhever allmennlegetjenesten som et fundament for vår felles helse- og omsorgstjeneste. En god og tilgjengelig allmennlegetjeneste pekes på som ett av planens seks hovedgrep.

Om denne rapporten

Denne rapporten er den tredje i rekken av Helsedirektoratets årsrapporter om allmennlegetjenesten. Rapporten beskriver Helsedirektoratets arbeid med allmennlegetjenesten og utviklingen i tjenesten gjennom 2023 belyses.

I rapportens del 1, 'Tiltak, status og effekter' presenteres iverksatte tiltak og arbeid. Rapportens del 2, 'Allmennlegetjenesten 2023 i tall', er ment å dekke Helsedirektoratets følge-med-ansvar basert på eksisterende datakilder. I denne delen av rapporten sammenstilles statistikk og nasjonale kvalitetsindikatorer for å gi et bilde av utviklingen i tjenesten. Det er tatt med oppdaterte tall fra FLO¹³ per mars 2024, og noen tall helt fram til mai 2024. Oppdatert fastlegestatistikk som kan komplettere rapporten finnes på Helfo sine sider¹⁴.

¹⁰ [Handlingsplan for allmennlegetjenesten \(regjeringen.no\)](#)

¹¹ Heretter omtalt som Ekspertutvalget

¹² Ekspertutvalgets rapport (2023) [Gjennomgang av allmennlegetjenesten \(regjeringen.no\)](#)

¹³ Helfo sitt system for administrasjon av fastlegeordningen

¹⁴ [Fastlegestatistikk - Helfo - for helseaktører](#)

DEL 1 – TILTAK, STATUS OG EFFEKTER

1 OM MÅLBILDET OG HELSEDIREKTORATETS ARBEID

1.1 Målbildet for arbeidet

Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024 har som formål å bidra til å styrke, utvikle og bevare en allmennlegetjeneste som gir pasientene tjenester av høy kvalitet. Som grunnlag for å følge med på effekten av tiltakene, utarbeidet Helsedirektoratet i 2020 effektmål til hvert av målområdene i handlingsplanen.

En trygg og aktiv karrierevei

- 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

God kvalitet til alle

- 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

Fremtiden er teambasert

- 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

Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten vektla i sin beskrivelse av målbildet:

- Likeverdig tilgang
- Bredde, flest mulig tjenester i nærmiljø og økt vekt på livsmestring
- Kontinuitet
- Formålstjenlig bruk av ressurser
- Bærekraftig samfunnsutvikling og prioritering
- Kvalitet, ledelse og best effektive omsorgsnivå
- Trygg og attraktiv karrierevei – rekruttering og stabilitet
- Integreert i den øvrige kommunale helse og omsorgstjenesten
- God arbeidsdeling med spesialisthelsetjenesten

Helsedirektoratet fikk våren 2023 i oppdrag å utrede og konkretisere innretningen på forslagene fra ekspertutvalget. Som utgangspunkt for utredningene ble gitt med følgende målformuleringer:

- Økt bærekraft, innovasjon og tverrfaglighet i allmennlegetjenesten med vekt på fastlegeordningen
- Allmennlegetjenesten i kommunene skal være en faglig sterk og attraktiv arbeidsplass, og at spesialistutdanningen i allmenmedisin oppleves som en faglig spennende, trygg og attraktiv karriere

I Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024 – 2027¹⁵ som ble lagt fram 1.mars 2024 heter det:

"Allmennlegetjenesten er et fundament for vår felles helse- og omsorgstjeneste. Legenes generalistkompetanse er grunnlaget for at flere og mer avanserte oppgaver kan løses nær der folk bor. Det legger også til rette for god oppgavedeling og sammenheng mellom tjenestene, for en trygg akuttmedisinsk kjede og motvirker vekst i helprivate tjenester.

Allmennlegetjenestene må organiseres og finansieres på en måte som fremmer kvalitet, effektivitet, rett bruk av kompetanse, arbeidsdeling og innovasjon. Samtidig må tjenestene bidra til at en større del av helsehjelpen gis i kommunene nær der folk bor. Regjeringen ønsker derfor å utvikle tverrfaglige fastlegekontor med tydelig ledelse og bredere faglig tilbud."

Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024 – 2027¹⁵

Helsedirektoratets arbeid med allmennlegetjenesten har gjennom 2023 vært basert på det oppdaterte målbildet, og det gjøres en dreining i følge-med arbeidet mot nye tiltak som er initiert både i forkant av og etter arbeidet med oppfølging av ekspertutvalgets rapport.

1.2 Helsedirektoratets arbeid med allmennlegetjenesten i 2023

Arbeidet med allmennlegetjenesten fortsatte gjennom 2023. Helsedirektoratet koordinerte, som tidligere år, arbeidet i et program på tvers av direktoratets avdelinger. Programmet koordinerer blant annet utredning, planlegging, gjennomføring og oppfølging av prosjekter og aktiviteter.

Arbeidet er forankret i programmets etablerte fora for involvering, informasjonsdeling og styring. Den bredt sammensatte Referansegruppen for arbeidet med allmennlegetjenesten er benyttet til interessentinvolvering i det samlede arbeidet med å styrke allmennlegetjenesten. Utover dette ble det gjennom 2023 gjennomført workshops, arbeidsmøter og dialog med en rekke aktører, herunder Legeforeningen, KS, Statsforvalterne, fagorganisasjoner for helsepersonell, kommuner, ALIS-kontor, nasjonale fagråd, fagnettverk og andre.

Fram til leveransen av ekspertutvalgets rapport, bisto direktoratet ekspertutvalget ved å være sekretariat. Helsedirektoratet fikk i tildelingsbrevet for 2023 flere spesifikke og omfattende oppdrag. Dette inkluderte blant annet innhenting og kvalitetssikring av data om allmennlegetjenesten, justering av følgeevalueringen i

¹⁵ [Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024 – 2027, Meld. St. 9 \(2023–2024\) - regjeringen.no](#)

henhold til nye tiltak, utredning og innføring av pasienttilpasset basistilskudd, digitalt verktøy for triagering ved fastlegekontor, reduksjon av fastlegenes arbeidsoppgaver, rammer for prioritering i fastlegeordningen og tiltak for oppfølging av lister uten fast lege. Videre ble profilering av fastlegeordningen, og det å understøtte kommunenes rolle i ledelse og utvikling av ordningen, særskilt nevnt.

Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten la fram sin utredning om allmennlegetjenesten 18. april 2023 og rapporten ble sendt på høring 23. juni. Fra forsommeren 2023 besto en betydelig del av arbeidet med allmennlegetjenesten i å bistå departementet i oppfølgingen av Ekspertutvalget sine anbefalinger knyttet til organisering, regulering og finansiering, kompetansekrav og spesialistutdanning, og øvrig utvikling.

Helsedirektoratet fikk i 2023 i oppdrag å gi innspill til ny stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester, som ifølge Hurdalsplattformen skal gjelde prehospitale tjenester, herunder legevakt. Helsedirektoratets innspill skal bidra til at meldingen beskriver en velfungerende, effektiv og helhetlig sammenhengende tjeneste på tvers av kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det skal ses hen til at de akuttmedisinske tjenestene har en viktig rolle i helseberedskapen. Helsedirektoratet er overordnet blitt bedt om å gi innspill til målbildet for de akuttmedisinske tjenestene, framstilling, status og utfordringsbildet for disse tjenestene, anbefalinger og tiltak for en samlet akuttmedisinsk kjede.

Informasjonsbehovet er stort og det jobbes aktivt med kommunikasjonstiltak. Høsten 2023 ble det lansert en kampanje for å profilere fastlegeordningen og prosjektet med å understøtte kommunene i ledelse og utvikling av fastlegeordningen er igangsatt. Arbeidet med kommunikasjonstiltak omfatter både nettsider, en podkast serie og fastlegestatistikk som bidrar med styringsinformasjon for kommunene. Det publiseres månedlige nyhetsbrev og rapporter med oppdatert informasjon fra FLO¹⁶. Fastlegekonferansen ble gjennomført med fulltønt deltakelse 31.mai 2023.

Arbeidet med å følge med på allmennlegetjenesten omfatter rapportering, kvalitetssikring av data, videreutvikling av datagrunnlag og indikatorer og oppfølging og samarbeid med eksterne evaluatore. Det er behov for økt kunnskap på flere områder innen allmennlegetjenesten, og det er gjort og pågår betydelig utviklingsarbeid i følge med prosjektet. Blant annet er det utviklet en nettside med Fastlegestatistikk på kommunenivå som gir informasjon fra fastlegeordningen som skal publiseres eksternt. Denne statistikken vil være åpent tilgjengelig for alle. Det er også utviklet tekniske løsninger for å holde oversikt over søknader og innvilgede søknader om ALIS tilskudd.

Tilskuddet til kommuner som har leger under spesialisering i allmennmedisin ble lyst ut med revidert regelverk i mars 2023.

Følgeevalueringen av Handlingsplanen for allmennlegetjenesten er justert for å også innbefatte nye tiltak, heriblant pasienttilpasset basistilskudd og den endrede tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning. Evalueringsrapporten for 2023¹⁷ har, i tillegg til oppfølging av tidligere års fastlegeundersøkelser, særlig oppmerksomhet mot kommunenes situasjon. Helsedirektoratet og evaluator har høsten 2023 hatt dialog om innretning av spørreundersøkelser, intervjuguider og behovet for registerdata.

¹⁶ *Helfo sitt system for administrasjon av fastlegeordningen*

¹⁷ [Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten, Evalueringsrapport III, 2024, Oslo Economics og Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn](#)

2 REKRUTTERING OG STABILISERING

Handlingsplanens første målområde handler om rekruttering og stabilisering, og omfatter tiltak rettet mot allmennleger som vurderer å starte, er i gang med eller har fullført spesialistutdanning i allmenntjenestemedisin.

Under oppfølgingen av Ekspertutvalgets rapport høsten 2023 ble det fra regjeringens side understreket at ett mål med endringene er at allmenntjenestemedisinen i kommunene skal være en faglig sterk og attraktiv arbeidsplass, og at spesialistutdanningen i allmenntjenestemedisin skal oppleves som en faglig spennende, trygg og attraktiv karrierevei.

2.1 Status: Rekruttering og stabilisering

I 2023 ble finansieringen av allmenntjenestemedisinen styrket blant annet ved en økning i basistilskuddet, tilskudd til legevakt, økt ALIS-tilskudd og flere LIS1-stillinger. Helsedirektoratets tall for 2023 viser en svært positiv utvikling i rekrutteringen av leger til fastlegeordningen for landet samlet sett, med en netto tilvekst på 211 fastleger. Det var langt over 500 leger som startet som fastleger dette året, mens omtrent 300 sluttet. Også i første del av 2024 har det vært en god tilvekst av leger. Reduksjonen i gjennomsnittlig listelengde i 2023 er den største vi har hatt sammenlignet med tidligere år. Veksten i antall og andel fastleger som er ansatt i kommunene fortsetter, og om lag halvparten av de nye fastlegene i 2023 var kommunalt ansatte.

Resultater fra spørreundersøkelser blant fastleger tyder på at de i stadig større grad opplever en mer håndterbar arbeidsbelastning, samtidig som antall timer legene oppgir å jobbe er redusert.¹⁸ På sikt kan en mer fleksibel arbeidshverdag tenkes å gi økte muligheter for å prioritere tid til kompetanseheving og kvalitetsutvikling.

Tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning ble ytterligere styrket og videreutviklet i 2023. Tilskuddsordningen skal bidra til at leger som spesialisere seg i allmenntjenestemedisin (ALIS) kan få tilbud om avtaler med kommunen om et tilrettelagt spesialisingsløp og kompensasjon for utgifter til utdanningen. Dette skal bidra til forutsigbarhet og trygghet for legen i tiden spesialistutdanningen pågår. Både fastleger og kommuner peker på at tilskuddsordningen bidrar til at leger spesialisere seg i allmenntjenestemedisin.¹⁸ Antall LIS1 stillinger har økt, og dette har bidratt til at flere søkere får tilbud om LIS1-stilling. Det var 1104 leger som gjennomførte og avsluttet sin LIS1-tjeneste i 2023.

Rekruttering av leger er avgjørende også for legevaktstjenesten. Som en del av arbeidet med innspill til ny stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester, har Helsedirektoratet utredet arbeidstid for fastleger i legevakt. Tilskuddsordningen for styrking av legevakt i distriktskommuner ble videreført, med 50 mill. kroner i 2023. Formålet er å bidra til bedre rekruttering og redusert vaktbelastning i kommuner med særlige rekrutteringsutfordringer. Til sammen 65 distriktskommuner mottok slikt tilskudd i 2023.

For å øke rekrutteringen til fastlegeyrket har det vært laget vellykkede profileringskampanjer, og det er gjennomført flere andre informasjonstiltak. Kanaler som har blitt brukt er helsedir.no, nyhetsbrev, sosiale

¹⁸ [Evaluering av tiltak i allmenntjenestemedisinen, Evalueringsrapport III, 2024, Oslo Economics og Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn](#)

medier og media. Arbeidet med digitalisering og nye måter å jobbe på fortsetter, og kan tenkes å bidra til riktigere utnyttelse av allmennlegens tid og kompetanse. Det arbeides også videre med oppdrag på kompetansefeltet og det vil være viktig å bygge på erfaringene fra dette, for å oppnå stabilitet og økt rekruttering av allmennleger.

2.2 Tiltak: Rekruttering og stabilisering

2.2.1 Utredning og konkretisering av ekspertutvalgets forslag til endret finansiering

Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten leverte sin utredning om allmennlegetjenesten 18. april 2023. Rapporten ble sendt på høring 23. juni. I oppfølgingen av dette fikk Helsedirektoratet sommeren 2023 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede og konkretisere innretningen på noen av forslagene fra ekspertutvalget om endringer i finansieringen av fastlegeordningen og legevakt. Se kapitlet 'Helsedirektoratets arbeid med allmennlegetjenesten' i rapportens innledende kapittel. Helsedirektoratets besvarelse ble levert i februar 2024, og er inntil videre unntatt offentlighet.

2.2.2 Styrking av basistilskuddet

Basistilskuddet utgjorde fram til 1.mai 2023 en fast sum per innbygger på en fastlegeliste. Fra 1. mai 2023 ble måten basistilskuddet beregnes på endret, se avsnitt 3.2.1. Fra samme tidspunkt ble tilskuddet vesentlig styrket, og knekkpunkt i basistilskuddet ble avvirket.

2.2.3 Profilering av fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste

I 2023 fikk Helsedirektoratet oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet om "Profilering av fastlegeordningen og øvrig allmennlegetjeneste. På bakgrunn av dette ble det satt i gang et forarbeid for å lage en kampanje for å rekruttere flere fastleger. Helsedirektoratet, KS og Legeforeningen samarbeidet om kampanjen. Målgruppen var medisinstudenter i Norge og i utlandet, samt unge leger tidlig i spesialisering og ALIS- leger. På bakgrunn av dybdeintervjuer med målgruppen, ble det laget en kampanje som viser livet som fastlege i distrikt og i by. Kampanjen viste frem en variert arbeidsdag, med faglige fellesskap og stor medisinsk variasjon, og et arbeidsliv der det er rom for både fleksibilitet og trygghet.

Kampanjen gikk som en annonse i VGs kanaler, og bestod av en artikkel med intervjuer av leger i Finnmark og Bærum, med delbare videoer og materiell til sosiale medier. Det ble også annonsert i NHI.no og dagensmedisin.no og i sosiale medier. I etterkant av kampanjen ble det gjennomført en spørreundersøkelse i målgruppen. Den ble gjennomført blant medisinstudenter i Oslo og Bergen. Resultatene viser at kampanjen vakte stor interesse og ble sett av mange.

Fastlegekonferansen ble arrangert i Helsedirektoratets lokaler 31.mai.2023. Konferansen var åpen for både digital og fysisk deltakelse, og hadde fire hoveddeler med innledere og en rekke ulike innlegg.

- Finansiering og organisering: Kan vi organisere oss frem til en løsning?
- Presentasjon av noen ulike måter å organisere fastlegeordningen på
- Kompetanse. Hvordan sikre kompetanse i en tid med knapphet på folk
- Hvor står vi og hvor skal vi?

I 2023 ble det også gjennomført andre kommunikasjonstiltak på fastlegeområdet. Øvrige kanaler som har blitt brukt er helsedir.no, nyhetsbrev, sosiale medier og media.

2.2.4 Behovet for LIS1 stillinger

LIS1 er den første delen av legenes spesialistutdanning, som omfatter 12 måneder i sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjenesten. Personellmangel er en utfordring for rekruttering av kvalifisert helsepersonell både til sykehus og til kommuner. Samtidig viser Helsedirektoratets statusrapporter for tilsetting i LIS1-stillinger at det ved hvert opptak er et betydelig antall søkere som ikke får tilbud om LIS1-stilling.

Gjennom flere år er det gjennomført tiltak for å øke antallet ordinære LIS1 stillinger finansiert over statsbudsjettet, og det er avsatt en særskilt kvote på 66 LIS1-stillinger som skal bidra til å bedre rekrutteringen til allmenntjenestemedisin. I 2023 ble det totalt lyst ut 1162 LIS1 stillinger. Fra 2024 er det finansiert til sammen 1185 ordinære LIS1- stillinger. Dette er en økning på 25 % fra 2019.

De nye LIS1-stillingene synes å ha bidratt til at flere søkere får tilbud om LIS1-stilling. Se kap. 8.1 for detaljer om søknader og tilsetting i stillingene. Tall fra Helsepersonellregisteret (HPR) viser at 1104 leger gjennomførte og avsluttet sin LIS1-tjeneste i 2023. Antallet nye fastleger øker også mer i september og mars, når LIS1-tjenesten avsluttes. Helsedirektoratet er kjent med at frafall og oppsigelser av LIS1 stillinger i landets minst folkerike og minst sentrale kommuner kan være en utfordring som negativt påvirker rekrutteringen og kontinuiteten i tjenesten.

Mangel på leger, blant annet i allmenntjenestemedisin, har vist at det fortsatt er behov for å øke kapasiteten i LIS1-ordningen i noen år fremover. I ekspertutvalgets rapport¹⁹ er det anbefalt at sykehus og kommuner gis mulighet til å opprette flere LIS1-stillinger, på eget initiativ. Helsedirektoratet har også i tidligere leveranse om tiltak for bedre utnyttelse av LIS1-stillinger og bedre rekruttering til allmenntjenestemedisin, pekt på muligheten for at helseforetak og kommuner kan få lov til å opprette egenfinansierte LIS1-stillinger.²⁰

2.2.5 Videreutvikling av tilskuddsordningen for ALIS avtaler

ALIS-avtaler er et viktig tiltak i Handlingsplanen for allmenntjenestemedisin. ALIS avtaler skal bidra til trygge og gode rammer for allmenntjenestemedisin i spesialisering, og gjennom dette til forsterket rekruttering til allmenntjenestemedisin. Avtalene inneholder tiltak som understøtter spesialiseringssløpet, og tilskuddsordningene skal bidra til å dekke kommunenes utgifter til dette.

ALIS-tilskudd som nasjonal ordning ble etablert med virkning fra 2022. Den nasjonale tilskuddsordningen erstattet alle tidligere ordninger for ALIS-tilskudd og åpnet for at alle landets kommuner kunne søke om tilskudd til tilrettelegging av utdanningsløp for leger under spesialisering i allmenntjenestemedisin i ny ordning for spesialistutdanning, og som kommunen har inngått ALIS-avtale med. Ved innføringen av den nasjonale ordningen ble samtidig kommunenes egenandel fjernet. Etter innføringen av det nye tilskuddsregelverket i

¹⁹ Ekspertutvalgets rapport; [Gjennomgang av allmenntjenestemedisin - regjeringen.no](#)

²⁰ [Rapport IS-3030 - 62 nye LIS1-stillinger publisert versjon mai 2022.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

2022 økte antallet søknader, og også utnyttelsen av bevilgningene. Satsingen på ALIS-tilskuddet ble styrket med 230 mill. kroner i 2023, og antallet leger det søkes tilskudd for fortsatte å øke i 2023.

Tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning ble også i 2023 videreutviklet. Dette blant annet på bakgrunn av tilbakemeldinger fra kommunene, legene og ALIS-kontorene. En veiledende sats for praksiskompensasjon ble oppgitt, for å gi likere praksis på tvers av kommuner. Satsen for veiledning ble økt, og kommunene fikk midler til arbeidet med å legge til rette for gode utdanningsløp. De veiledende satsene ble knyttet til den offentlige salærsatsen.

Styrkingen av tilskuddet til ALIS avtaler som virkemiddel synes å understøtte rekruttering til allmennlegetjenesten. Ifølge Oslo Economics sin spørreundersøkelse, oppgir over 80 prosent av de ansatte i kommunene at de er litt eller helt enig i at ALIS tilskuddet har bidratt til økt rekruttering gjennom økt attraktiviteten til allmennlegeyrket og trygghet i spesialiseringsløpet. Over 500 nye fastleger kom til i 2023, mens det sluttet ca. 300 fastleger i perioden. Dette tilsvarer en økning på over 200 fastleger totalt.

Ved utlysning av tilskuddet for 2024 i april 2024 ble det foretatt innstramminger i regelverket som innebærer at kommunen mister retten til tilskudd for ALIS som er ansatt i eller tilknyttet vikarbyrå eller annen privat kommersiell aktør innen medisinsk virksomhet. Dette gjelder uavhengig av om ALIS på deltid har kommunal avtale eller er ansatt i kommunen.

2.2.6 Stedlig kontroll av tilskuddsordningen for ALIS avtaler

Helsedirektoratet gjennomførte høsten 2023 stedlig kontroll i åtte kommuner som mottok ALIS-tilskudd. Kontrollen omfattet tilskudd utbetalt i årene 2020, 2021 og 2022. Målet med kontrollen var å undersøke om forvaltning, bruk og rapportering av tilskuddet til kommuner ved bruk av "ALIS-avtaler" og "Nasjonal ALIS og veiledning" var i tråd med ordningens formål, og om gjeldende lover og regler for ordningene ble fulgt. I tillegg var hensikten å kartlegge styrker og svakheter i forvaltningen, slik at både Helsedirektoratet og kommunene kan styrke internkontrollen.

Kontrollen viste blant annet at kommunenes ressurser og kompetanse til å administrere ordningen er varierende, og at dette førte til ulik praksis på tvers av kommuner. Rapporten peker på behovet for skriftlige rutiner, forbedret sporbarhet i dokumentasjon og regnskapsføring, og et bedre verktøy for administrasjon av ordningen på tvers av forvaltningsnivåer²¹.

2.2.7 Introduksjonsavtaler

Ordningen med introduksjonsavtaler ble innført fra 2022. 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 i mars 2024 var at 49 av de 65 mulige avtalene var meldt inn til Helfo.

²¹ Rapport – kontroll av tilskuddsordningene "ALIS avtaler" og "Nasjonal ALIS og veiledning"

Helsedirektoratet gjorde i desember 2023 en kartlegging av kostnader for introduksjonsleger. Direktoratet fant at i underkant av halvparten av introduksjonslegenes aktivitet (ca. 43 prosent) er avlastning for de andre legene i praksisen, og dermed ikke en merkostnad for det offentlige. Den andre halvparten (ca. 57 prosent) av introduksjonslegenes aktivitet kommer i tillegg til de andre legenes opprinnelige aktivitet. Dette utgjør en merkostnad for det offentlige, og for pasientene. Merkostnad per introduksjonslege per år ble estimert til ca. 507 000 kroner, inkludert pasientbetalte egenandeler. Merkostnad for folketrygden var 430 000 kroner per introduksjonslege per år, som er noe lavere enn anslaget som ble lagt til grunn før ordningen ble innført. Det er ikke gjennomført en systematisk evaluering av ordningen med introduksjonsavtaler.

2.2.8 Ekspertutvalgets anbefalinger - kompetansekrav og spesialistutdanning

Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten leverte sin utredning om allmennlegetjenesten 18. april 2023. Rapporten ble sendt på høring 23. juni. I oppfølgingen av dette fikk Helsedirektoratet i november 2023 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede og konkretisere innretningen på et utvalg av forslagene fra ekspertutvalget knyttet til kompetansekrav og spesialistutdanning.

Arbeidet innbefattet blant annet vurderinger og utredninger knyttet til kravet til supervisjon og veiledning av nyutdannede leger uten LIS1, veiledning av medisinstudenter, unntak i kompetanseforskriften, endring i akuttmedisinforskriften, forskriftsfesting av ALIS-kontorene og innretning og organisering av etterutdanningen for spesialister i allmennmedisin.

Målet med endringene er at allmennlegetjenesten i kommunene skal være en attraktiv arbeidsplass, og at spesialistutdanningen i allmennmedisin oppleves som en faglig engasjerende og trygg karrierevei.

Se kapittelet 'Helsedirektoratets arbeid med allmennlegetjenesten' i rapportens innledende kapittel. Helsedirektoratets besvarelse er bare delvis levert, og er inntil videre unntatt offentlighet.

2.2.9 Arbeidstid for fastleger i legevakt

Som en del av arbeidet med innspill til ny stortingsmelding om akuttmedisinske tjenester, har Helsedirektoratet sett på arbeidstid for fastleger i legevakt. Særavtalen mellom Legeforeningen og KS²², regulerer lønns- og arbeidsvilkår for leger som deltar i kommunens legevaktordning. Uavhengig av hvordan arbeidstid for fastleger reguleres er det behov for å iverksette tiltak for å redusere arbeidsbelastningen for fastleger i legevakt. I tillegg til selve arbeidstiden vil arbeidsmengden på vekten og muligheten for å gi god pasientbehandling, påvirke legevaktslegens opplevelse av arbeidsbelastningen.

Utfordringene i legevakt er nært knyttet til utfordringer med å rekruttere leger. Andelen fastleger som deltar i legevakt er høyest i usentrale kommuner med lavt folketall og egen legevakt. I mer sentrale kommuner er det oftere fast ansatte leger og andre leger enn fastleger som betjener legevaktene. Legevaktstrakter med lavt folketall og få leger å fordele legevaktene mellom, har de største utfordringene med høy vaktbelastning

²² [SFS 2305 \("Særavtalen"\) \(legeforeningen.no\)](#)

for fastlegene.²³ I disse distriktene er det lavere aktivitet i legevakt, men krav til at lege er tilgjengelig. Det er dermed først og fremst mange timer i beredskap som gir slitasje for fastlegene i disse distriktene.

Å redusere fastlegers arbeidstid i legevakt og samtidig opprettholde øyeblikkelig hjelp tilbudet i kommunen, kan gjøres gjennom å rekruttere flere leger til å dekke vaktbehovet, og/eller redusere antall timer som skal dekkes av lege på vakt.

2.2.10 Tilskudd til legevakt i rekrutteringssvake kommuner

Regjeringen etablerte i 2022 en ny tilskuddsordning for styrking av legevakt i distriktskommuner på 50 millioner kroner. Denne ordningen er videreført i 2023 og 2024. Målgruppe for ordningen er kommuner med særlige rekrutteringsutfordringer. I denne sammenheng er det definert til å være distriktskommuner i sentralitetsklasse 5 og 6 og med befolkning på under 5 000 innbyggere. Formålet med tilskuddsordningen er å bidra til bedre rekruttering og redusert vaktbelastning i kommunens legevaktordning.

Til sammen 65 distriktskommuner mottok tilskudd i 2023. Tilskuddsmidlene er brukt til rekruttering av lege eller legevikar. Noen av kommunene har også gjort endringer i vaktorganiseringen for å lette belastningene for legene som inngår i legevaktordningen. I tillegg til rekrutteringstiltak, har flere av kommunene brukt midler på aktiviteter knyttet til kompetanseheving for personellet.

Samlet sett vurderer Helsedirektoratet at tilskuddet har hatt høy måloppnåelse på både rekruttering og reduisering av vaktbelastning i tjenesten. Tilskuddet oppleves å ha positiv effekt for kommunene som har oppnådd bedre stabilitet og kontinuitet for legevakttilbudet. Videre synes det som om tilskuddsordningen har vært nyttig og styrket legevakttjenesten i distriktskommuner.

²³ [Kartlegging av situasjonen i dagens legevaktordning \(regjeringen.no\)](#)

3 KVALITET OG TILGJENGELIGHET

God kvalitet på helsetjenesten for alle innbyggere er en viktig målsetning i handlingsplanen. En tilgjengelig tjeneste med god faglig praksis, kontinuitet, brukermedvirkning, samhandling, samt ressursutnyttelse som bidrar til bærekraft er viktige dimensjoner. Kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid, rekruttering til, og stabilisering av allmennlegetjenesten er sentrale tiltaksområder for å kunne nå målsetningen.

I Nasjonal helse- og samhandlingsplan (NHSAP)²⁴ er en god og tilgjengelig allmennlegetjeneste beskrevet som ett av seks hovedgrep for å bidra til bærekraftig i helsetjenesten. Planen løfter også frem viktigheten av en organisering og finansiering som fremmer kvalitet, god ressursutnyttelse med økt grad av tverrfaglighet, innovasjon og en tilgjengelig tjeneste.

3.1 Status: Kvalitet og tilgjengelighet

Helsedirektoratet introduserte i 2023 fire nye kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten. I tillegg ble det i 2023 arbeidet med å utvikle indikatorer for kvaliteten på legetjenester til personer i omsorgsboliger, og det ble publisert en rapport om bruk av allmennlegetjenester blant beboere i omsorgsbolig²⁵

Rekrutteringen til fastlegeordningen i 2023 har gitt en betydelig økning i antall yngre leger under 40 år, hvor mange ennå ikke har fullført sin spesialisering. Andelen fastleger med gjennomført spesialistutdanning i allmenntilleggsmedisin var likevel stabil i 2023, etter en liten nedgang i 2022.

Basistilskuddet ble endret fra 1. mai 2023. Da ble beregningsmåten for tilskuddet lagt om, og det generelle nivået på tilskuddet ble økt. Samtidig ble det tidligere knekkpunktet i basistilskuddet fjernet. Målet med omleggingen var å tilpasse basistilskuddet etter innbyggernes forventede behov for fastlegetjenester. Leger med mange pasienter som krever omfattende oppfølging, skal gjennom omleggingen motta et høyere basistilskudd. Foreløpig er det for tidlig å si noe om tiltakets effekt, men det er et viktig område å følge med på fremover.

Tilgjengeligheten til fastlege har på nasjonalt nivå utviklet seg positivt gjennom 2023, men ordningen trenger mer kapasitet for å fungere godt for innbyggerne. Veksten i fastleger holder nå tritt med befolkningsveksten. Dette bidrar til at helt nye innbyggere uten listeplass som trenger fastlege får plass på en liste ganske raskt. Det var en vekst i antall innbyggere med fast lege på nesten 62 000 i 2023. Samtidig var antall innbyggere på en ubesatt fastlegeliste (214 000) ved årsskiftet høyere enn ett år tidligere. Hittil i 2024 har det imidlertid blitt færre lister og listeinnbyggere uten fast lege (ca 180 000 per 1. mai). Det er fortsatt langt flere på lister uten fast lege enn ved handlingsplanens start, og fortsatt for få ledige plasser tilgjengelige for innbyggerne, noe som gjør det vanskelig for de som flytter eller ønsker en annen fastlege.

Samhandling mellom tjenester og tjenestenivå er viktig for kvalitet og at pasientene opplever en sammenhengende tjeneste. Fastlegene angir i stor grad at de samhandler godt med andre helse og omsorgstjenester²⁷. I en annen undersøkelse anga kommunene i hovedsak at de opplever et godt samarbeid med fastlegene i oppfølgingen av personer med psykisk helse og rusproblemer og at involvering av fastlegene kan ha en stor betydning. Det framkommer også at det er store forskjeller mellom fastleger i deres

²⁴ Nasjonal Helse og Samhandlingsplan 2024 – 2027, Vår felles helsetjeneste, [Meld. St. 9 \(2023–2024\) - regjeringen.no](#)

²⁵Rapport om allmennlegetjenester i omsorgsbolig.

involvering²⁶. Fastlegene har mye kontakt med andre instanser på vegne av, eller sammen med, pasienten. Tall presentert i rapporten viser at antall tverrfaglige samarbeidsmøter har gått noe ned over tid målt per innbygger, mens antall dialogmøter med NAV per innbygger økte noe fra 2022 til 2023, men er lavere enn i 2019, før pandemien.

Resultatene fra den siste brukererfaringsundersøkelsen med fastleger og fastlegekontor viser at pasientene gir høy skår på spørsmål om koordinering og samhandling. Best skår var knyttet til vurderinger av fastlegen og øvrig ansatte. Pasientene er særlig fornøyde med fastlegens evne til å gjøre seg forstått, ta pasienten på alvor, at vedkommende er faglig dyktig og at fastlegen henviser videre ved behov. Dårligst skår fikk spørsmål som gjaldt tilgjengelighet, og spesielt ventetid til time og ventetid på venterommet.²⁷

Det er etablert et sett med nasjonale kvalitetsindikatorer på allmennlegefeltet, men det er foreløpig få indikatorer som omhandler klinisk kvalitet. I 2023 ble det inkludert tre nye indikatorer som beskriver utvikling og variasjon for rekvirering av utvalgte legemiddelgrupper til eldre fra allmennleger. Dette er legemiddelgrupper med særlig risiko for alvorlige uheldige bivirkninger for eldre. Resultatene viser at allmennleger over tid har skrevet ut mindre av disse legemiddelgruppene til eldre i alle fylker. Samtidig er det til dels nokså store og vedvarende fylkesvise variasjoner.

Det finnes to indikatorer for kontinuitet i fastlegetjenesten. Median varighet på fastlegeavtalene har gått noe ned over tid, og fortsetter å synke litt i 2023. Median varighet på relasjon mellom innbygger og fastlege har gått minimalt ned over tid, og holder seg uendret fra 2022 til 2023. Begge indikatorene bør ses i sammenheng med at det har vært en økning i antall fastleger totalt, noe som bidrar til å trekke varigheten ned. Indikatoren for varighet på relasjon mellom fastlege og innbygger vil også påvirkes av at legen reduserer listetaket i tråd med ønsket utvikling.

Andel fastleger med spesialisering i allmenntillegemedisin holder seg tilnærmet stabil i 2023, etter en liten nedgang i 2022. Økningen i antall fastleger totalt har innvirkning på andelen, siden økningen har vært særlig stor for gruppen leger under 40 år. Nye leger som tiltrer, vil ofte ikke ha rukket å gjennomføre spesialiseringen.

Vi vet foreløpig lite om hvordan legene jobber med systematisk kvalitetsforbedring og hvordan kvaliteten er på tjenestene som leveres. Over halvparten av fastlegene oppga i årets spørreundersøkelse knyttet til evalueringen av arbeidet med å følge opp allmennlegetjenesten at de opplever at det er utfordringer knyttet til kvaliteten i tilbudet av allmennlegetjenester til befolkningen i deres kommune. Funnene viser også at det er mangler i hvordan kommunene følger opp og bistår fastlegekontorene i systematisk kvalitetsarbeid, og at det er potensiale for forbedring i kommunenes ledelse av fastlegeordningen.²⁸

I samarbeid med Helfo har Helsedirektoratet utviklet og publisert en nettside med søkbar fastlegestatistikk som skal gi styringsinformasjon til kommuner, departement og andre aktører. Påloggingsløsning med data som gjør at den enkelte allmennlege systematisk kan følge med på kvaliteten i egen praksis, og sammenligne denne med andres, ble publisert i 2022. En tilsvarende tilrettelagt løsning for kommunene er under utarbeidelse.

²⁶ (Ose, S og Kaspersen, S 2023: *Kommunalt psykisk helse- og rusarbeid2023: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenesten. Rapport SINTEF*)

²⁷ Norman RM, Bjertnæs ØA, Danielsen K, Holmboe O. *Pasienterfaringer med fastlegen og fastlegekontoret i 2021/2022. PasOpp-rapport 2022:566. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2022*

²⁸ [Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten, Evalueringsrapport III](#), 2024, Oslo Economics og Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn

3.2 Tiltak: Kvalitet og tilgjengelighet

3.2.1 Pasienttilpasset basistilskudd

Basistilskuddet utgjorde fram til 1.mai 2023 en fast sum per innbygger på en fastlegeliste. Fra 1. mai 2023 ble måten basistilskuddet beregnes på endret. Fra samme tidspunkt ble tilskuddet vesentlig styrket, og knekkpunkt i basistilskuddet ble avviklet.

Formålet med omleggingen til pasienttilpasset basistilskudd var å endre slik at beregningen tar utgangspunkt i et forventet behov for fastlegetjenester for innbyggerne på fastlegenes lister. Det pasienttilpassede basistilskuddet legges til grunn at ulike grupper av innbyggere har ulikt behov for fastlegetjenester. Dermed vil en liste med mange personer som har stort behov for oppfølging gi større basistilskudd til legen.

Behovet for fastlegetjenester på fastlegenes lister beregnes ved et sett av indikatorer som skal forutse det antatte behovet for fastlegetjenester for innbyggerne på fastlegenes liste kommende måned. Disse indikatorene er:

- kjønn
- alder
- bruk av fastlegetjenester
- sentralitet
- sosioøkonomi

Til sammen er indikatorene ment å reflektere et bilde av behovet for fastlegetjenester på en fastleges liste. Hensikten er å styrke oppfølgingen av pasienter med omfattende behov, og legge til rette for at fastleger med arbeidskrevende lister kan ha kortere lister uten å tape inntekt. For evaluering av tiltakene styrking av basistilskuddet, avvikling av knekkpunkt og innføring av pasienttilpasset basistilskudd, viser vi til Oslo Economics sin følgeevaluering av tiltak i allmennlegetjenesten.

Helsedirektoratet har fått i oppdrag å se nærmere på hvordan basistilskuddet kan utvikles for å ytterligere reflektere den enkelte innbyggers behov for fastlegetjenester. I dette ligger det også å gjøre analyser av diagnosedata for å undersøke hvor godt dagens modell treffer kronikere og andre pasientgrupper med antatt stort oppfølgingsbehov.

Videre skal det vurderes hvordan basistilskuddet kan ta særlig høyde for sårbare grupper som flyktninger/asylsøkere/utlendinger med tolkebehov, samt psykisk sykdom. Sosioøkonomi og sosial ulikhet er også en viktig faktor knyttet til mental og fysisk helse. Indikatoren for sosioøkonomi i basistilskuddet tar per i dag utgangspunkt i det gjennomsnittlige utdanningsnivået til kommunen en innbygger er bosatt i. Helsedirektoratet vil se nærmere på om det er ytterligere data om sosioøkonomi og levekår som det kan være aktuelt å inkludere i modellen. Vi kommer også til å se nærmere på om det er mulig å få benyttet data på et lavere geografisk nivå enn kommune, slik at det er mulig å ta større høyde for sosial ulikhet innad i en kommune.

3.2.2 SKIL og system for nasjonalt kvalitetsarbeid i kommuner

Stiftelsen senter for kvalitet i legetjenester (SKIL) mottar årlig tilskudd via Helsedirektoratet som skal finansiere drift av et system for nasjonalt kvalitetsarbeid for legetjenester i alle norske kommuner. Systemet

skal sikre både kunnskapsoppdatering, kvalitetskontroll, veiledning og opplæring i praktisk kvalitetsforbedring.

I 2023 har SKIL fokusert spesielt på ledelse av kvalitetsarbeidet, både for den enkelte lege, institusjoner (inkludert legekantor) og kommunen som helhet. To kliniske emnekurs er publisert i 2023, ett nytt om e-konsultasjoner og en ny del 2 av emnekurset om seksuell helse. Kvalitetsseminarer er videreutviklet med tre nye tema: Sårbare eldre, trivsel/arbeids glede, og smittevern. Klinisk emnekurs i samarbeid om sårbare pasienter er omgjort fra gruppekurs for leger til et tverrfaglig kommunalt kvalitetsseminar. Kvalitetsseminar om smittevern ble lansert i april 2024. Klinisk emnekurs til smågrupper tilbys innen emnene kloke valg, vanedannende legemidler, legemiddelgjennomgang, sykmeldinger og seksuell helse. Et emnekurs om antibiotika er under revidering.

Arbeidet med standardisering og kvalitetssikring av det kvalitetsfaglige innholdet i alle SKIL-tema er videreført i 2023. Det arbeides kontinuerlig med forbedring av SKIL's metodikk. Kvalitetspakken «Bedre legemiddelbruk i sykehjem» ble utviklet høsten 2023 og lansert i april 2024. Det jobbes for å integrere SKIL's aktiviteter i den anbefalte utdanningsplanen for spesialistutdanningen i allmenntidisin.

SKIL samarbeider med forskningsmiljøer for å fremme forskning på kvalitetsarbeid, og har i 2023 etablert et tettere samarbeid med Allmenntidisinsk forskningsenhet Bergen. Dette omfatter blant annet et forskningsprosjekt som skal evaluere SKIL's metodikk for implementering av god praksis innenfor radiologihenviisninger.

Det har vært en målsetning i 2023 å øke deltakelsen av både kommuner og flere smågrupper i aktiviteter knyttet til kvalitetsarbeid. Strategisk markedsføring i form av reklame, stand, direkte kontakt, informasjonsmøter og sosiale media har vært effektiv, og deltakelsen ser ut til å øke. Mens det i 2022 var 582 påmeldte på klinisk emnekurs var det 719 i 2023, tilsvarende for kvalitetsseminarer økte deltakelsen fra 70 i 2022 til 267 i 2023.

SKIL deltar i flere nasjonale referanse- og arbeidsgrupper, herunder referansegruppene for arbeidet med allmenntidjetjenesten, NKI Fastlege, Prosjekt allmenntidgedata, og triageringsprosjektet. SKIL har også vært involvert i arbeidet med oppfølging av ekspertutvalgets forslag til endringer og arbeidsgruppen for kommunale helsedata (Hdir/FHI).

3.2.3 Økt innsikt og styringsinformasjon om allmenntidjetjenesten

Det arbeides med å øke innsikten i tjenesten og for å dele denne kunnskapen. Videreutvikling av datagrunnlag og statistikk som grunnlag for analyser i fastlegetjenesten er fortsatt et prioritert område. Helsedirektoratet publiserer månedlige, halvårlige og denne bredere årlige rapporten om utvikling i allmenntidjetjenesten. Det benyttes en rekke kvantitative datakilder, herunder fra det administrative systemet for fastlegeordningen (FLO), Kommunalt pasient og brukerregister (KPR), KOSTRA (SSB), Nasjonale kvalitetsindikatorer med flere.

Gjennom den eksterne følgeevalueringen får vi viktig kunnskap om tjenestene basert på årlig innhenting av informasjon fra fastleger, annet helsepersonell, pasienter/pasientorganisasjoner og kommunene. Dette gir et bredere bilde av utviklingen enn det man ser ved kun å bruke tilgjengelige kvantitative data.

Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet arbeider med å tilgjengeliggjøre data og statistikk gjennom nettbaserte rapporter og påloggingsløsninger.

3.2.3.1 Nasjonale kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten

Per i dag publiseres det 15 nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI) om allmennlegetjenester. Fire av disse omhandler legevakt, fem er om fastlegetjenesten generelt, tre måler allmennlegenes rekvirering av utvalgte legemiddelgrupper til eldre og tre ser spesifikt på legetjenester i sykehjem.

I 2023 ble følgende nye indikatorer inkludert som nasjonale kvalitetsindikatorer:

- Innbyggere uten fast lege.
- Vanedannende legemidler til eldre fra allmennlege.
- NSAIDs (ikke-steroid antiinflammatoriske) til eldre fra allmennlege.
- Legemidler med betydelig antikolinerg effekt til eldre fra allmennlege.

I tillegg finnes fem indikatorer om bruk av antibiotika utenfor sykehus, som kan relateres til kvaliteten i allmennlegetjenestene. Indikatorer som måler bruk av antibiotika i primærhelsetjenesten, legetjenester i sykehjem og indikatorer om kvalitet i legevaktstjenesten vil bli oppdatert med 2023 tall sommeren 2024. Helseidrettsdirektoratets statusrapport for allmennlegetjenesten høsten 2023 inneholder tallene for 2022.

Indikatorer som omhandler fastlegetjenesten generelt inkluderer to indikatorer for kontinuitet i fastlegetjenesten, samt indikatorer for andel listeinnbyggere uten fast lege, andel fastleger som er spesialist i allmennmedisin og resultater fra brukerundersøkelsen fra fastlegekontor fra 2021/2022.

Et mål i Handlingsplanen for allmennlegetjenesten er å bedre kvaliteten på legetjenester til personer med omfattende behov, deriblant beboere i omsorgsbolig. På nåværende tidspunkt publiseres det ingen nasjonale kvalitetsindikatorer for legetjenester til denne gruppen. For å kartlegge hva som finnes av relevant statistikk på dette området, samt datakvaliteten på det som måles, ble det i 2023 gjennomført et arbeid med sikte på å utvikle nasjonale kvalitetsindikatorer for denne gruppen. Arbeidet resulterte i en rapport om bruk av allmennlegetjenester blant beboere i omsorgsbolig²⁹, med tall fra KPR Helse og omsorg og KPR KUHR. Se kapittel 10 for tall om utvikling på indikatorene som er omtalt.

3.2.3.2 Statistikk fra det administrative systemet for fastlegeordningen (FLO)

Det administrative systemet for fastlegeordningen (FLO) brukes av Helfo for å administrere fastlegeordningen, og eies og utvikles av Helseidrettsdirektoratet. FLO henter informasjon fra andre interne og eksterne kilder om leger, kontor, lister og innbyggere, som brukes for å prosessere fastlegelister, bytte av fastlege, ventelister, listereduksjoner, åpning/lukking av lister, tildelinger av listeplass mv. FLO er også masterkilden for Fastlegeregisteret (FLR), og Bytte fastlege og Fastlegen på Helsenorge.

Gjennom 2023 har det vært arbeidet med å utvikle og klargjøre en nettbasert statistikk-løsning basert på data fra FLO. Hovedformålet er å understøtte kommunene i deres styring og ledelse av allmennlegetjenesten. Løsningen ble publisert offentlig i februar 2024 og inneholder informasjon relatert til fastleger, fastlegekontor, innbyggere i FLO og fastlegeavtaler. Fastlegestatistikken viser nasjonale tall, og tall ned på fylke- og kommunenivå³⁰.

²⁹ [Legetjenester blant beboere i omsorgsbolig - Helseidrettsdirektoratet](#)

³⁰ [Fastlegestatistikk - Helfo - for helseaktører](#)

3.2.3.3 Statistikk om allmennlegetjenester fra KPR

Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) er etter omorganisering av helseforvaltningen organisert i Folkehelseinstituttet (FHI). Registeret skal gi sentrale og kommunale myndigheter grunnlag for planlegging, styring, finansiering og evaluering av kommunale helse- og omsorgstjenester. Helseopplysninger skal kunne brukes til kvalitetsforbedring, forebyggende arbeid, beredskap, analyser, forskning og Nasjonal kjernejournal. KPR bygges trinnvis og skal inneholde data fra alle tjenester som er nevnt i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (lovdata.no).

Fra 2025 utvides KPR med data fra helsestasjoner, skolehelsetjenesten, tannhelse og helse- og omsorgstjenester. Målet er at slike data skal rapporteres fortløpende til KPR fra 2025.

I dag benyttes KUHR (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner), et system som håndterer refusjonskrav fra behandlere og helseinstitusjoner til staten (Helfo), som grunnlag for statistikk. Systemet eies av Helsedirektoratet og refusjonskravene er grunnlaget for informasjonen som lagres i KPR.

Ideelt sett bør data som skal brukes som grunnlag til statistikk om kliniske prosedyrer, målinger og behandlinger høstes direkte fra elektronisk pasientjournal på lik måte som andre helsetjenesteområder i KPR. For å kunne sammenstille data og følge pasienten mellom tjenesteområder er det behov for å standardisere. Dette er et arbeid som må utredes.

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 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 rapporter⁴⁸ 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 som eksempelvis SKIL-kurs.⁴⁹ For fastleger som er oppført med egen liste finnes visninger med treffsikre tall over aktivitet og kontakt med egne listepasienter. Påloggingsløsningen for fastleger er en integrert del av 3 ulike SKIL-kurs per mai 2024. Statistikkene kan bidra til refleksjon rundt egen praksis og kvalitetsutviklingsarbeid. Statistikkene er tilgjengelig for alle fastleger uavhengig av journalsystem. Nesten 23000 unike fastleger har logget seg på og brukt løsningen.

En påloggingsløsning for kommunalt nivå er under utvikling og planlegges lansert i 2024. Tilgangsstyring og delegering for ulike brukere i kommunen skjer gjennom KS-Fiksplattformen, en plattform med digitale fellesløsninger kommunene allerede benytter. Først ut er en løsning med visninger tilpasset kommuneoverlegens behov. Ulike roller i samme kommune vil etter hvert få tilgang til data tilpasset sin rolle.

3.2.4 Tilgjengelighet til legevakt, herunder reisetid

Oppdaterte beregninger som Helsedirektoratet har innhentet, viser at 95 % av befolkningen i 2022 hadde reisetid på 40 minutter eller mindre til legevakt. Kun 1,5 % av befolkningen hadde reisetid på mer enn 60 minutter. Status er nokså uendret siden "NOU 2015:17 Først og fremst" ble fremlagt. Forskning har vist at lengre reisetid og avstand til legevakt har en tendens til å generere færre henvendelser til legevakt, og at dette gjaldt tidskritiske, mulig livstruende tilstander i nesten samme grad som for mindre tidskritiske tilstander.

Reisetid til legevakt er imidlertid bare én av flere faktorer som påvirker tilgjengeligheten til tjenesten. Ventetid, tilgang til personell og kompetanse, tilgang på ressurser og utstyr og transportmuligheter er andre viktige faktorer for tilgjengelighet til legevakt. Ventetid på legevakten kan mange steder i landet utgjøre flere timer, noe som igjen kan påvirke bruk av AMK, ambulanse og helprivate tilbydere. Fastlegedekning, ambulansedekning, avstand til sykehus med akuttfunksjon og dimensjoneringen av andre kommunale helsetilbud påvirker tilgjengeligheten til akuttmedisinsk og allmenntilleggs kompetanse.

4 ARBEIDSDDELING, LEDELSE OG INNOVASJON

For en helhetlig og god oppfølging av pasientene er det avgjørende at fastleger og annet helsepersonell samhandler og samarbeider godt. Ett av handlingsplanens tre målområder omhandler teamarbeid og nye måter å jobbe på. Målsetningen er å skape et bredere og mer sammenhengende helse- og omsorgstilbud til alle landets innbyggere, spesielt de med kroniske og komplekse helsetilstander. Oppgavene på legekantoret skal utføres på en faglig forsvarlig og effektiv måte, hvor leger og annet helsepersonell samarbeider og deler på oppgavene. Gode fagmiljøer hvor allmennlegetjenesten fungerer som en integrert del av den øvrige kommunale helse- og omsorgstjenesten, vil bidra til kvalitativt gode tjenester. Teknologiske fremskritt åpner for nye samarbeids- og organisasjonsformer både internt på fastlegekontorene og i interaksjon med pasientene. Ny teknologi muliggjør også at innbyggerne i større grad kan bidra til å følge opp egen helsetilstand og mestre sykdom.

I oppfølgingen av Ekspertutvalgets rapport høsten 2023, ble innovasjon og tverrfaglighet trukket fram som viktig for økt bærekraft i en fremtidig allmennlegetjeneste. Også i nasjonal Helse og sykehusplan 2024 – 2027 pekes det, blant annet på betydningen av arbeidsdeling og innovasjon i allmennlegetjenesten, og hvor regjeringen ønsker å utvikle tverrfaglige fastlegekontor med tydelig ledelse og bredere faglig tilbud."

4.1 Status: Arbeidsdeling, ledelse og innovasjon

Utprøvingen av primærhelseteam ble avsluttet i 2023. Kort oppsummert viser evalueringen at teamarbeid og tverrfaglig samarbeid i fastlegetjenesten kan bedre tilbudet for listeinnbyggere med store og sammensatte behov. Utprøvinger tyder på at nye arbeidsformer og bruk av digitale hjelpemidler som digital hjemmeoppfølging, kan bidra til å forenkle samhandlingen og redusere tjenestebehovet.

Utviklingen med færre legekantore og flere leger per kontor fortsetter også i 2023. Det mest vanlige er 4 leger på kontoret. Evalueringsrapporten³¹ viser at fastlegene i stor grad er fornøyde med dagens organisering av arbeidet på legekantoret. Hovedinntrykket er videre at type personell på legekantoret varierer på tvers av fastlegenes driftsform ved at legekantore som driftes av kommunene i større grad har flere ulike typer personell på legekantoret, som eksempelvis sykepleiere. Mange fastleger angir at de kunne ønske seg psykolog på legekantoret og noen færre kunne ønsket seg fysioterapeut eller sykepleier.

Digitale verktøy og nye arbeidsformer er viktige virkemidler i utviklingen av tjenestene. I løpet av få år har digitale kontakter med fastlegetjenesten blitt vanlig. Tallene viser en sterk vekst i bruken av e-konsultasjoner siden 2019, og i 2023 er hver fjerde konsultasjon en e-konsultasjon.

Det langsiktige arbeidet med digitalisering og tjenesteutvikling fortsatte gjennom 2023. Det er igangsatt en rekke initiativer og prosjekter som over tid skal gi nye og forbedrede tjenester for innbyggerne, og forenkle og effektivisere samhandling og informasjonsutveksling i helsetjenesten.

For å sikre vellykket utnyttelse av mulighetene digitale verktøy, nye arbeidsmetoder og samarbeidsformer innebærer, er ledelse helt avgjørende. God endringsledelse bidrar til å minimere motstand, øker adopsjon og er nødvendig for at overgangen til nye teknologier og nye arbeidsprosesser blir smidig og akseptert blant berørte parter. Ledelse er en viktig forutsetning for å lykkes i å endre måten tjenester leveres på og hvordan

³¹ [Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger – statusrapport VI.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

pasientinformasjonen håndteres, samtidig som dagens høye standarder for pasientsikkerhet og datasikkerhet opprettholdes.

Gjennom evalueringsarbeidet er kommuner og fastleger spurt om ledelse av tjenesten. Over halvparten av kommunene som deltok angir å ha utarbeidet en plan for drift og utvikling av allmennlegetjenesten og flertallet av kommunene bruker lokalt samarbeidsutvalg som sentral arena for oppfølging og ledelse av tjenesten. Fastlegene har delte meninger om hvor god dialogen og ledelsen av fastlegeordningen er i sin kommune, mens kommunene i større grad opplever at dette er godt.³²

Helsedirektoratet vil fortsette arbeide med å understøtte kommunens rolle i å lede allmennlegetjenesten. Videre skal lederutdanningen som Handelshøyskolen BI leverer på oppdrag fra Helsedirektoratet gi fastleger og øvrige allmennleger en verktøykasse for å lede og utvikle sin praksis, og for å samarbeide og samhandle med andre relevante aktører i helse- og omsorgstjenesten.

4.2 Tiltak: Arbeidsdeling, ledelse og innovasjon

4.2.1 Tverrfaglighet og teamarbeid

4.2.1.1 Utredning og konkretisering av ekspertutvalgets forslag til endret organisering

Ekspertutvalget for allmennlegetjenesten leverte sin utredning om allmennlegetjenesten 18. april 2023. Rapporten ble sendt på høring 23. juni. I oppfølgingen av dette fikk Helsedirektoratet høsten 2023 i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å utrede og konkretisere innretningen på noen av forslagene fra ekspertutvalget om endringer i organisering, herunder beskrive behov for nødvendige lov- og forskriftsendringer som er vurdert i tråd med EØS-regelverket. Målet med endringene er økt bærekraft, innovasjon og tverrfaglighet i allmennlegetjenesten med vekt på fastlegeordningen.

Se kapittelet 'Helsedirektoratets arbeid med allmennlegetjenesten' i rapportens innledende kapittel. Helsedirektoratets besvarelse ble levert i februar 2024, og er inntil videre unntatt offentlighet.

4.2.1.2 Utprøving av team i fastlegekontor

Primærhelseteam (PHT) er tverrfaglige team bestående av fastleger, sykepleier og helsesekretær ved fastlegekontoret. Utprøvingen som startet i 2018, har omfattet 17 legekontorer i ni kommuner og ble avsluttet 31. mars 2023. Legekantorene i forsøket har inntil videre fått mulighet til å drifte videre som PHT ut juni 2024. Ved årsskiftet til 2024 gjaldt dette 15 legekantor. Formålet med utprøvingen av primærhelseteam i fastlegekontor var å tilby bedre helsetjenester til pasienter som trenger det mest, blant annet i form av mer systematisk oppfølging. Forsøket omfattet også utprøving av to nye finansieringsmodeller.

Universitet i Oslo (UiO), Oslo Economics og Nasjonalt senter for distriktsmedisin (UiT) har følgeevaluert utprøvingen, og den avsluttende rapporten ble levert i januar 2024. Den siste evalueringsrapporten³³ sammenfatter kunnskapen fra tidligere statusrapporter og belyser erfaringer som berørte aktører har hatt med PHT, tjenesteendringer med PHT, hvordan finansieringsmodellene fungerer, måloppnåelsen i forsøket,

³² [Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten, Evalueringsrapport III, 2024, Oslo Economics og Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn](#)

³³ [Evaluering av forsøk med primærhelseteam og alternative finansieringsordninger – statusrapport VI.pdf \(helsedirektoratet.no\)](#)

læringspunkter for videre utvikling av fastlegetjenesten og samfunnsnyttene av PHT. Oppsummert viser evalueringen at forsøket med PHT med teamarbeid og tverrfaglig samarbeid i fastlegetjenesten kan styrke tilbudet, særlig til listeinnbyggere med store og sammensatte behov.

4.2.1.3 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 alder og diagnose.

Seks kommuner startet i 2018 opp med å legge til rette for og prøve ut strukturerte tverrfaglige oppfølgingsteam. Pilotperioden skulle opprinnelig avsluttes i 2021, men er på grunn av kommunesammenslåinger og pandemi besluttet forlenget ut 2023. Fire av de seks opprinnelige kommunene har deltatt i forlengelsen.

Sintef har vært følgeevaluator gjennom hele perioden. Evalueringens mål er å etablere et erfaringsgrunnlag fra piloten som kan gjenbrukes av andre kommuner. Høsten 2023 ble det derfor arrangert lokale erfaringskonferanser i regi av pilotkommunene, Helsedirektoratet og Sintef, der resultatene fra de fire kommuner ble delt med nabokommuner, sykehus, helsefelleskapene, Statsforvalter, KS m.fl.

Sluttrapporten fra Sintef vil bli publisert i løpet av våren 2024. Helsedirektoratet har i 2024 fått oppdrag om å spre erfaringene fra pilot.

4.2.1.4 Digital hjemmeoppfølging i alle 19 helsefelleskap

Digital hjemmeoppfølging gir mulighet for å følge opp pasienter der hele eller deler av oppfølgingen foregår uten fysisk kontakt, og der dialog og deling av data mellom pasient og helsepersonell skjer digitalt. Målet er å bidra til økt kvalitet og bedre helse for kronisk syke, økt mestring og selvstendighet samt bedre ressursbruk og redusert press på helsetjenesten.

Ved utgangen av 2023 er det etablert prosjekter for spredning av digital hjemmeoppfølging innen alle 19 helsefelleskap, der to eller flere kommuner samarbeider med fastleger og det lokale helseforetaket. Ved årsrapportering pr 1.3.2024 hadde 56 kommuner startet opp med inklusjon av én eller flere pasienter. 954 pasienter fordelt på ulike pasientgrupper og lidelser følges med digital hjemmeoppfølging.

Prosjektene har organisert tjenesten ulikt ut fra lokale forhold og synergier. Ved vurdering av pasienter legges vekt på forventet nytte for pasient og tjenesteforbruk. De nye kommunene rapporterer positive erfaringer fra tjenestene og pasientene, både økt trygghet og mestring og reduksjon i tjenestebehov.

4.2.2 Digitale innbyggertjenester

Siden Helsenorge ble etablert som plattform og kommunikasjonstjeneste har brukergruppens digitale kompetanse, forventninger og behov utviklet seg betydelig. For at Helsenorge skal fortsette å være en attraktiv og foretrukket tjeneste for digital dialog mellom innbyggere og helsetjenestens behandlergrupper (fastlegene) er det viktig at eksisterende dialogtjenester videreutvikles, og at nye utvikles.

4.2.2.1 *Utprøving av digital triagering på fastlegekontor*

Triageringsløsningen er et verktøy for å prioritere og sortere digitale henvendelser til fastlegekontoret. Løsningen omfatter også kartlegging av helsetilstanden som er årsaken til at innbyggeren tar kontakt med legekontoret. Via Helsenorge.no fyller innbygger ut et digitalt dynamisk spørreskjema, som sendes til legekontoret før timebestilling. På bakgrunn av dette ledes innbyggeren til å bestille riktig type time (fysisk, tekst, telefon, video), og prosessen bidrar til at innbygger og fastlege er bedre forberedt til timen.

Pilotering med utprøving av det eksterne verktøyet Doctrin ved 4 legekontorer og for 30 fastleger, ble avsluttet i desember 2022. Piloten ble evaluert av Menon Economics³⁴.

Helsedirektoratet og Norsk Helsenett har i samarbeid med leger utviklet en ny løsning på Helsenorge.no. Den nye løsningen prøves ut ved 5 fastlegekontorer og for 37 fastleger fra januar 2023. Av de involverte legekontorene er 4 av dem de samme som prøvde ut triageringsløsningen fra 2022. Denne andre piloten ble evaluert av Oslo Economics³⁵.

Erfaringene så langt i piloteringen tyder på at det kan være et stort potensial i tidsbesparelser for fastlegene hvis verktøyet utvikles og implementeres, og at løsningen på sikt kan bidra til en mer bærekraftig fastlegeordning. I 2024 videreutvikles løsningen, både med kvalitetsforbedring av medisinsk faglig innhold og teknisk løsning. Det skal også utarbeides opplæringsmateriell av Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL), for nye legekontorer som skal bruke løsningen. Det planlegges for en utvidet pilot med sakte økning med nye fastlegekontorer i 2024 og 2025. I påvente av nødvendig utvikling av EPJ-systemene utprøves i første omgang spørreskjema knyttet til e-konsultasjoner.

4.2.2.2 *Digital Dialog Fastlege (DDFL)*

Digital dialog fastlege (DDFL) er et prosjekt for å realisere nye dialogtjenester og endringer i eksisterende dialogtjenester for fastlegene og avtalespesialister på Helsenorge.no. Per i dag er det utviklet fire tjenester mellom fastlege og pasient, hvor sikker kommunikasjon over internett benyttes. Dette innbefatter start av e-konsultasjon, fornyelse av resept, timebestilling og kontakt med legekontoret.

Områder som vurderes for videre utvikling er blant annet forbedringer i støtte for ubesatte fastlegelister, sikring av at innbygger leser meldinger, utvidelse av skjemapakken for fastleger, samkjøring og forbedring av bruken av registeropplysninger og informasjon om og tilgang til pasientjournal.

Viktige mål for arbeidet er at løsningskonseptene som utarbeides skal kunne gjenbrukes og utnyttes for videre utvikling av dialogtjenestene, og tas i bruk av nye spesialistgrupper, i spesialisttjenesten nasjonalt og av EPJ-leverandører som ikke deltar i utviklingsprosjektene.

Prosjektet er et samarbeid mellom NHN og eksterne leverandører. Det gjøres helhetlige effektmålinger på Helsenorge årlig, og løpende justeringer i prioriteringer ut ifra behovsliste, smidig metodikk og brukerinvolvering. Funksjonalitet produksjonsettes fortløpende.

³⁴ [Menon Economics, Evaluering av pilot og utprøving av digital triageringsløsning på fire fastlegekontor](#)

³⁵ [Oslo Economics, Evaluering av digital triageringsløsning](#)

4.2.3 Pasientjournalssystemer, digital samhandling og informasjonsutveksling

4.2.3.1 EPJ-løftet

Et godt samarbeid mellom helseforvaltningen og leverandørene av elektroniske pasientjournalssystemer er viktig. EPJ-leverandørene har mange hensyn å ivareta, og må balansere ønsker og behov fra sine brukere opp mot regelverk, marked og lønnsomhet. Leverandørene har derfor behov for at myndigheter som henvender seg med utviklingsforespørsler inn i EPJ-systemene er koordinerte og definerer tydelige prioriteringer for sine behov. Fastlegene ønsker funksjonalitet som gjør arbeidshverdagen med behandling av pasienter og journalføring av pasientinformasjon enklere.

EPJ-løftet er et samarbeidsprosjekt som har til oppgave å bidra til kvalitetsheving av dagens pasientjournaler for legekontor. Det er nedsatt en partssammensatt gruppe med 3 representanter fra Legeforeningen og 3 representanter fra Helsedirektoratet som er gitt ansvar for å iverksette og følge opp prosjektene i samarbeidsprosjektet. KS møter med 1 observatør i den partssammensatte gruppen.

Prosjektet jobber brukernært, med egne fastleger som er oppnevnt av Norsk forening for allmenntidmedisin. Prosjektet får løpende 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.

Prosjektets midler skal benyttes til utvikling av IKT-verktøy som bidrar til å skape pasientens helsetjeneste og som i større grad ivaretar pasientsikkerhet og sikrer kvalitet i pasientbehandlingen, understøtter samhandling og informasjonsformidling mellom aktører i sektoren samt å understøtte mer effektiv ressursbruk. EPJ-forbedringer og støtte for samhandling og meldingsutveksling skal ha prioritet for utvikling innenfor rammene av samarbeidet, altså klinisk anvendbare forbedringer i pasientjournalssystemene.

I 2023 fikk EPJ-løftet bevilget 17 millioner til gjennomføring av EPJ-utviklingsprosjekter. Midlene ble fordelt på blant annet utvikling av Pasientens legemiddelliste, og forbedringer av digital dialog på hels norge.no for fastleger og avtalespesialister.

4.2.3.2 Digitale samhandlingstjenester

Digital samhandling er et langsiktig arbeid, som har vært prioritert gjennom flere år. I 2023 har det vært god fremdrift på tjenester som skal bidra til digital samhandlingen i sektoren, og det er også i 2024 bevilget betydelige midler over statsbudsjettet til dette arbeidet. De mest aktuelle og prioriterte tiltakene rettet mot allmennlegetjenesten i 2023 er kort omtalt her.

Pasientens legemiddelliste - en felles digital oversikt over legemidlene pasienten bruker og som bidrar til bedre pasientsikkerhet og samhandling i helsetjenesten. Tiltaket skal redusere sannsynligheten for legemiddelfeil og redusere tiden helsepersonell bruker på innhenting av legemiddelinformasjon. Evalueringen fra utprøvningsprosjektet i Bergen oppsummerer kvalitative erfaringer så langt, og viser blant annet at fastleger opplever høyere kvalitet på legemiddellistene, bedre oversikt over pasienters legemidler, høyere bevissthet og faglig nivå på legemiddelforskrivning, samt noen tilfeller av spart tid for fastlegene.

Pasientens journaldokumenter skal gi helsepersonell med tjenstlig behov tilgang til journaldokumenter som epikriser, radiologibeskrivelser, henvisninger og prøvesvar fra virksomheter hvor pasienten tidligere har fått helsehjelp. Innbyggere skal få tilgang til egne journaldokumenter via Hels norge. Utprøvingene så langt viser til betydelig nytteverdi og spart tid for helsepersonell i å lete etter informasjon, og er spesielt viktig for pasientsikkerhet på legevakt.

Pasientens prøvesvar er en tjeneste i nasjonal kjernejournal som skal møte behov for å tilgjengeliggjøre prøvesvar på tvers av behandlingsnivå, uavhengig av hvem som har bestilt undersøkelsen og hvor den er utført. Innbyggere skal få samlet oversikt over egne prøvesvar via Helsenorger.

Digital helsekort for gravide er et prosjekt som skal gjøre informasjonen fra dagens papirbaserte helsekort digitalt tilgjengelig for den gravide og for helsepersonell i svangerskaps- og fødselsomsorgen. Det digitale helsekortet skal forbedre oppfølgingen av den gravide og øke pasientsikkerheten. Digital registrering vil på sikt også kunne gi bedre kunnskapsgrunnlag og bedre datakvalitet som grunnlag for forskning. Løsningen planlegges integrert i fastlegenes journalløsning.

4.2.3.3 Informasjonsutveksling mellom helsetjenesten og NAV

NAV og helse- og omsorgstjenesten har behov for gjensidig informasjonsutveksling for å løse sine samfunnsoppdrag. Dagens utveksling av helseopplysninger er fragmentert, skaper usammenhengende tjenester og representerer en høy arbeidsbyrde for helsepersonell. Særlig fastlegene bruker mye tid på attester og erklæringer til NAV. Tall fra 2018 antyder en tidsbruk på inntil 650 årsverk for fastlegene³⁶.

Helsedirektoratet (ved tidligere Direktoratet for e-helse) har i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet, representanter fra Legeforeningen, spesialist- og kommunehelsetjenesten og leverandører av elektroniske pasientjournalssystemer samarbeidet om hvordan å løse utfordringene. Som del av arbeidet har det vært gjennomført en teknisk uttesting av et mulig konsept for utveksling av helseopplysninger. Rapporten "Nå snakker vi" ble levert i november 2023, og trekker opp fire hovedanbefalinger³⁷ som følges videre opp. Sykmeldingsløpet planlegges som første fokusområde. Løsningskonseptene for de ulike ytelsesområdene har nær avhengighet til journalssystemer. Relasjonen til leverandørmarkedet er derfor avgjørende i det videre arbeidet, og det er viktig å avklare leverandørenes perspektiver og vurdere mulige virkemidler for å skape oppslutning om en ønsket utvikling.

4.2.3.4 Portaler for rapportering og informasjonsutveksling

Antallet løsninger for innrapportering og informasjonsutveksling av helsedata med myndighetene er økende. Helsedirektoratet (ved tidligere Direktoratet for ehelse) har i samarbeid med fastleger, kommuneoverleger, KS, Folkehelseinstituttet, leverandører av journalssystemer, og Legeforeningen kartlagt portalene helsepersonell bruker i rapportering og informasjonsutveksling. Kartleggingen er gjort både i forhold til myndigheter innenfor helsesektoren, og i forhold til attester og skjemaer kravstilt fra etater utenfor helsesektoren. Målet er å forenkle rapporteringsbyrden, legge bedre til rette for leverandørmarkedet og bidra til økt sikkerhet. Allmenlegetjenesten, herunder fastlegene og deres leverandører av elektroniske journalssystemer er løftet fram i arbeidet.

De største utfordringene er at løsninger som benyttes for å rapportere inn data, ikke har støtte i arbeidsflyten, og kun i begrenset grad er innlemmet i helsepersonells arbeidsflate i journalsystemet. Under kartleggingen ble det også tydelig at informasjonsbehovet rettet mot spesielt fastlegene, både fra myndighetene sin side og fra aktører utenfor helse- og omsorgssektoren er økende.

³⁶ [Sjefslege i NAV Marit Hermansen, Dagens medisin 12. februar 2024](#) og [Informasjonsutveksling mellom NAV og fastleger](#)

³⁷ [Nå snakker vi! Utredning om forbedret informasjonsutveksling mellom NAV og helse- og omsorgstjenesten \(Direktoratet for e-helse, 2023\)](#)

Ulike registereiere har kun søkelys på eget område og opererer med korte frister på å innhente data. Vurderingen er at dette reduserer muligheten for samarbeid og helhetlige løsninger på tvers av registereiere. De mange ulike løsninger og portaler krever ofte manuell innrapportering for fastlegen. Resultatet blir ofte mangelfull rapportering og lav datakvalitet for myndighetene, og et fragmentert brukergrensesnitt for fastlegene. De mange ulike brukerflater utenfor eget fagsystem, krever hyppige oppgavebytter og oppleves belastende når man ikke har god oversikt om portalene og skjemaene som skal brukes.

"Rapport om forbedret informasjonsutveksling mellom helsepersonell og myndigheter" har fem forslag til tiltaksområder for å redusere arbeidsbyrden³⁸. Innen hvert av områdene er det utarbeidet et sett med tiltak som har til hensikt å gi verdi for alle aktørene som inngår i denne spesifikke informasjonsforvaltningen.

4.2.4 Ledelse og lederkompetanse

4.2.4.1 Understøtte kommunenes rolle i ledelse av allmennlegetjenesten

Kommunenes er en viktig aktør i utviklingen av en god og bærekraftig allmennlegetjeneste. Helsedirektoratet har en viktig rolle i å understøtte kommunens arbeid.

Ledelse er et helt sentralt virkemiddel både for å få til godt teamarbeid, og for innovasjon i allmennlegetjenesten. Det har vært gjennomført intervjuer med ledere i kommunene for å identifisere hva Helsedirektoratet kan bidra med som vil understøtte deres arbeid med å lede og videreutvikle allmennlegetjenesten. Innsiktsarbeidet avdekker at flere kommuner er usikre på hvilket handlingsrom de har for ledelse av næringsdrivende fastleger. Kommunene etterspør mer samlet informasjon om rammene for ledelse av allmennlegetjenesten. Videre ønsker de å få erfaring fra og gode eksempler fra andre kommuner.

Det er etablert en referansegruppe bestående av ledere av allmennlegetjenesten og fastlegekontor, legeforeningen og KS. Informasjon om rammene for ledelse av allmennlegetjenesten er oppdatert og samlet i en temaside for allmennlegetjenesten på helsedirektoratet.no. Seks podkaster er lansert der ressurspersoner og ledere i kommunen drøfter aktuelle tema og deler gode eksempler.

4.2.4.2 Nettbasert lederutdanning for allmennleger

Nettbasert lederutdanning skal gi fastleger og øvrige allmennleger en verktøykasse for å lede og utvikle sin praksis, og for å samarbeide og samhandle med andre relevante aktører i helse- og omsorgstjenesten. Lederkurs for allmennleger er videre ment å motivere deltakerne til å søke plass på det mer omfattende programmet Nasjonal lederutdanning for primærhelsetjenesten.

Utdanningen går over ett semester, med oppstart vår og høst. Per i dag har 4 kull gjennomført utdanningen. For kull 4 som hadde oppstart høsten 2023 var det 19 deltakere som gjennomførte kurset. Kull 5 hadde oppstart i januar 2024 med 19 deltakere. Lederkurs for allmennleger oppleves å være godt tilpasset målgruppens behov i den forstand at arbeidsbelastningen både fremstår overkommelig, og utdanningens innhold og tematikk overordnet fremstår relevant og nyttig. Evalueringen viser at kurset er et nyttig tiltak for å styrke allmennlegenes lederkompetanse, samt bedre deres forutsetninger for å møte utfordringene i og

³⁸ Rapport om forbedret informasjonsutveksling mellom helsepersonell og myndigheter ([Direktoratet for e-helse, 2023](#))

bidra til å videreutvikle tjenesten. Det at utdanningen, med sitt beskjedne omfang, har bidratt til en økning i både kunnskap, ferdigheter og atferd/praksis innen ledelse anses som særlig positivt. Fra intervjuene med kull 2 og 3 kommer det frem at kurset har inspirert flere deltakere til å gjøre konkrete endringer i egen atferd og/eller på arbeidsplassen. Dette tyder med andre ord på at kurset til dels også har hatt effekter på organisasjonsnivå, og har bidratt til å gi legene en verktøykasse for ledelse og samarbeid

DEL 2 – ALLMENNLEGETJENESTEN I TALL 2023

5 UTGIFTER TIL ALLMENNLEGETJENESTEN

5.1 Samlede 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 16,3 mrd. kroner i 2023. Sammenlignet med 2022 er dette en økning på 11,7 prosent. Hensyntatt lønn- og prisvekst³⁹ var det en utgiftsøkning på 8,3 prosent fra 2022 til 2023. For utvikling i faste priser, se vedlegg til Del 2.

Tabell 5.1. Kostnader for allmennlegetjenesten. Tall i mill. kroner, løpende priser.

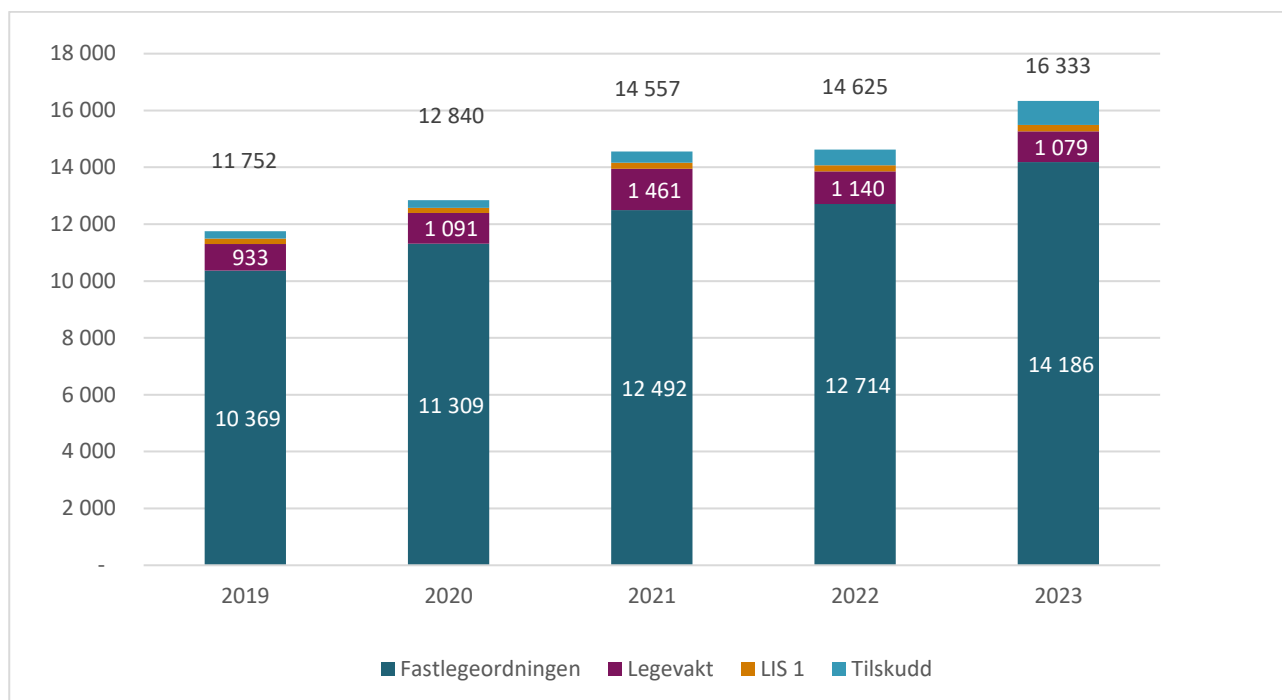
	Utgifter i løpende priser. Mill. kroner					Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2022-2023	2019-2023
Fastlegeordningen	10 369	11 309	12 492	12 714	14 186	11,6	36,8
LIS 1	189	175	204	215	232	7,9	22,8
Legevakt	933	1 091	1 461	1 140	1 079	-5,3	15,6
Tilskudd⁴⁰	261	266	400	557	836	50,3	220,2
Totalt	11 752	12 840	14 557	14 625	16 333	11,7	39,0

Kilde: FLO og KUHR.

³⁹ Statistisk sentralbyrås prisindeks "06.2 Helsetjenester utenom institusjon" er benyttet for prisjustering

⁴⁰ Utbetalinger fra tilskuddsordninger som understøtter allmennlegetjenesten

Figur 5.1. Kostnader allmennlegetjenesten 2019 -2023. I løpende priser. Mill. kroner.



Kilde: FLO og KUHR.

5.2 Utgifter til fastlegeordningen

Fastlegeordningen finansieres av staten gjennom folketrygdens takster, ved at kommunene yter tilskudd og pasientenes betaling av egenandeler. Hovedmodellen i fastlegeordningen er at kommunene dekker behovet for fastleger gjennom avtaleinngåelse med selvstendig næringsdrivende leger. Næringsdrivende leger mottar et tilskudd fra kommunen basert på pasientlistens sammensetning⁴¹, 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 oversikt over kommunenes faktiske kostnader ved kommunal drift, men det er grunn til å anta at kostnadene overstiger summen av basisfinansiering, takstrefusjoner og pasientbetalinger.

⁴¹ Se omtale av pasienttilpasset basistilskudd i kapittel 3.2

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 2021,⁴² men det er knyttet usikkerhet til estimatet. Det er ikke gjennomført en tilsvarende undersøkelse for senere år.

Kostnadstall for kommunenes tilleggsfinansiering av næringsdrivende fastleger og faktiske kostnader ved kommunal drift er ikke tilgjengelig. Kostnadene presentert i tabell 5.2 må derfor sees på som et minimum anslag på totale kostnader for fastlegeordningen.

Utgifter til fastlegeordningen utgjorde 14,2 mrd. kroner i 2023, noe som er en økning på 11,6 prosent fra 2022. Målt i faste priser var det en økning i utgiftene på 8,2 prosent. Fra tabell 5.2 ser vi at basisfinansieringen økte med 21,4 prosent, refusjoner fra folketrygden økte med 8,0 prosent og egenandeler og egenbetaling fra pasienter økte med 6,1 prosent sammenlignet med 2022.

Tabell 5.2. Kostnader for fastlegeordningen. Tall i mill. kroner, løpende priser.

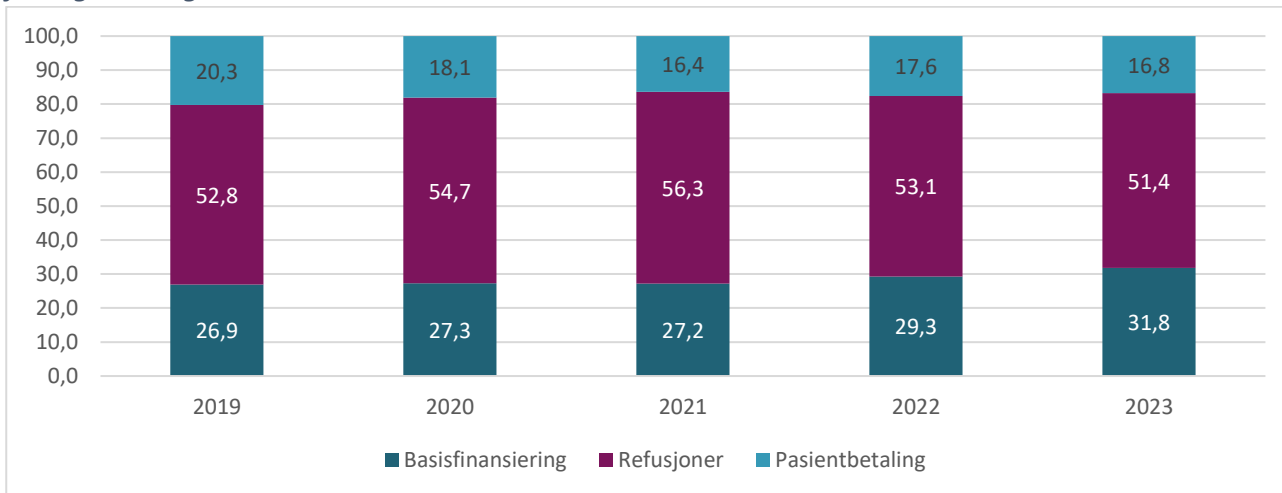
	Utgifter i løpende priser. Mill. kroner					Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2022-23	2019-23
BASISFINANSIERING							
Grunntilskudd og basistilskudd	2 633	2 930	3 227	3 522	4 261	21,0	61,8
Utjamningstilskudd	159	155	175	197	256	30,2	60,7
Sum basisfinansiering	2 792	3 085	3 402	3 719	4 516	21,4	61,7
REFUSJONER							
Takstrefusjoner	3 947	4 334	4 814	4 691	5 287	12,7	33,9
Refusjon frikortegenandeler	817	939	1 218	1 057	1 136	7,4	39,1
Refusjon øvrige egenandeler	412	624	697	672	519	-22,8	25,8
Refusjon L-takster NAV	299	284	308	332	349	4,9	16,7
Sum refusjoner	5 475	6 181	7 037	6 753	7 291	8,0	33,2
PASIENTBETALING							
Egenandeler	1 947	1 906	1 916	2 102	2 232	6,2	14,6
Egenbetaling	154	137	136	140	147	5,0	-4,7
Sum pasientbetaling	2 101	2 043	2 053	2 242	2 379	6,1	13,2
SUM TOTALT	10 369	11 309	12 492	12 714	14 186	11,6	36,8

Kilde: FLO og KUHR.

⁴² Ipsos og Samfunnsøkonomisk analyse (2022), *Variasjoner i finansiering av fastlegeordningen – fjerde oppfølgingsundersøkelse. Rapport på oppdrag av KS.*

Med større vekst i basisfinansieringen enn i refusjoner og pasientbetaling fra 2022 til 2023, så ser vi av figur 5.2 at basisfinansieringens andel av totale utgifter til fastlegeordningen har økt med 2,6 prosentpoeng til 31,8 prosent av totale utgifter for fastlegeordningen.

Figur 5.2. Basisfinansiering, refusjoner og pasientbetaling som prosentvis andel av totale utgifter for fastlegeordningen. 2019 - 2023.



Kilde: FLO og KUHR.

5.3 Kartlegge kommunenes utgifter til legevakt

Per i dag er det ikke mulig å skille ut utgifter til legevaktstjenesten fra kommunenes årlige regnskapsrapportering via KOSTRA og kommunene rapporterer heller ikke årsverk i legevaktstjenesten. Høsten 2023 ga Helsedirektoratet SSB i oppdrag å kartlegge av driftsutgifter til legevaktstjenesten i alle landets kommuner. Kartleggingen skal synliggjøre hvor store utgifter kommunene samlet bruker på legevaktstjenesten og fordelt etter ulike organiseringsformer av legevakten. Formål med oppdraget er å innhente mer kunnskap om kommunenes samlede utgifter til legevaktstjenesten. Kartleggingen skal også undersøke hvorvidt kommunene er i stand til å rapportere årlige data om utgifter knyttet til legevaktstjenesten i regnskapsrapporteringen i KOSTRA dersom legevakt i fremtiden blir skilt ut som en egen utgiftfunksjon.

SSB skal kartlegge og analysere kommunenes utgifter knyttet til legevaktstjenesten, i tillegg til for landet totalt, langs flere dimensjoner, herunder kjennetegn ved kommuner (bl.a. fylke, kommunestørrelse målt i innbyggertall og sentralitet). Utarbeiding av innholdet i kartleggingen ble gjennomført høsten 2023. Helsedirektoratet og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) har vært involvert i utformingen av innholdet i kartleggingen. I januar 2024 ble undersøkelsen sendt ut som et tillegg til KOSTRA-rapporteringen til alle kommuner. Endelige tall blir levert i juni 2024, og SSB vil levere en skriftlig rapport oktober 2024.

5.4 Nærmere om basistilskudd, grunntilskudd og utjamningstilskudd

Hovedmodellen for drift i fastlegeordningen er basert på privat næringsdrift finansiert gjennom listeinnbyggertilskudd (basistilskudd) fra kommunene, refusjoner fra folketrygden og pasientbetaling. Listeinnbyggertilskuddene utbetales månedlig på grunnlag av det samlede behovet for listeinnbyggerne på den enkelte fastleges liste.

Pasienttilpasset basistilskudd ble innført 1. mai 2023. Fra samme tidspunkt ble basistilskuddet styrket vesentlig, og knekkpunkt i basistilskuddet ble avviklet.

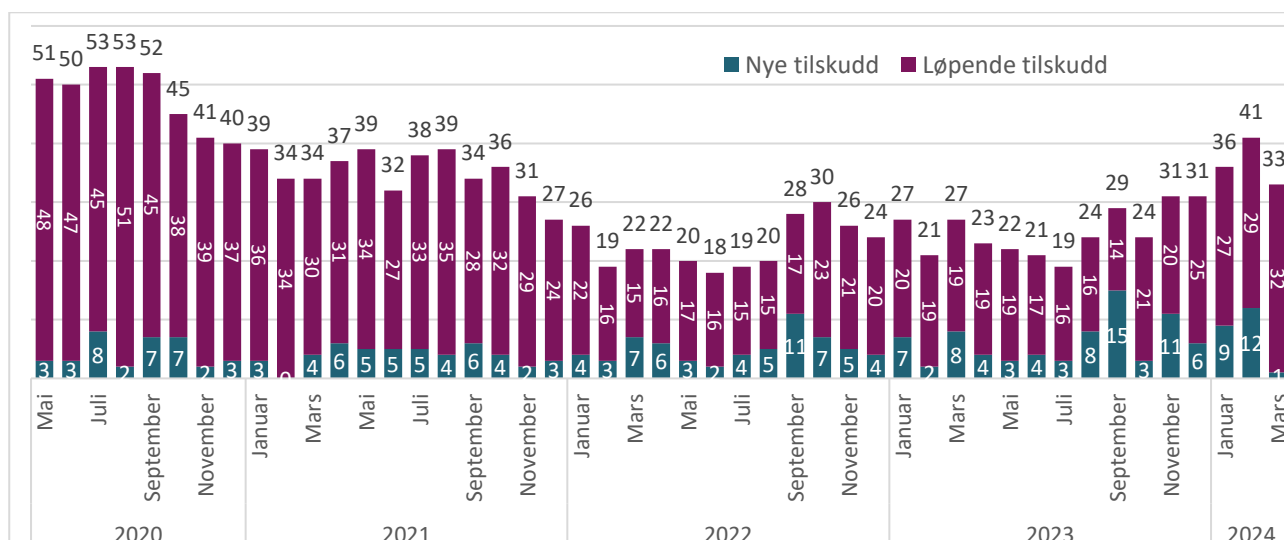
Basistilskudd ble fram til mai 2023 utbetalt med en høyere årlig sats per listeinnbygger for de 1000 første listeinnbyggerne på listen (knekkpunkt). Basistilskuddet utgjorde 675 kroner per listeinnbygger inntil 1000 listeinnbyggere og 544 kroner per listeinnbygger over knekkpunktet. Fra 1. juli 2023 ble den nasjonale gjennomsnittssatsen for basistilskuddet økt til 841.80 kroner per listeinnbygger. Denne satsen legges til grunn for beregning av basistilskudd, grunntilskudd og utjamningstilskudd.

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 2023 utgjør beregnet utjamningstilskudd 69,5 mill. kroner for lister med fast lege. Av totalt beregnet utjamningstilskudd på 255,8 mill. kroner, utgjør dette 27,2 prosent. I 2023 var det i gjennomsnitt 188 næringsdrivende fastleger per måned 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 2023 utgjorde grunntilskudd til næringsdrivende fastleger 9,7 mill. kroner. Figur 5.3 viser utviklingen i antall fastleger som kunne motta grunntilskudd i perioden mai 2020 til mars 2024. I mars 2024 var det 33 fastleger som kunne motta grunntilskudd.

Figur 5.3. Antall utbetalte grunntilskudd til næringsdrivende fastleger.



Kilde: FLO.

Grunntilskudd kan utbetales i inntil 24 måneder etter dato for inngåelse av fastlegeavtale dersom pasientlisten ikke overstiger 500 listeinnbyggere. Per april 2024 var det 99 næringsdrivende fastleger som kunne ha mottatt grunntilskudd i 24 måneder. Sju av de 99 sluttet som fastlege før det var gått 24 måneder etter avtaleinngåelsen, men bare to av de sju hadde liste på under 500 listeinnbyggere på sluttidspunktet. I gjennomsnitt har hver av disse 99 fastlegene fått utbetalt grunntilskudd i seks måneder. Median

månedlige utbetalte grunntilskudd er fire. Tabellen nedenfor viser antall fastleger per antall månedlige utbetalinger. Det er kun to fastleger hvor ikke pasientlisten har oversteget 500 listeinnbyggere i de to første årene etter avtaleinngåelse. 62 prosent har kunnet motta grunntilskudd i fire måneder eller mindre, og kun 16 prosent har kunnet motta grunntilskudd i mer enn ett år.

Tabell 5.3. Månedlige utbetalinger av grunntilskudd.

Antall utbetalinger	Antall fastleger	Andel i prosent
1	23	23,2
2	14	14,1
3	9	9,1
4	15	15,2
5	4	4,0
6	1	1,0
7	5	5,1
8	3	3,0
9	5	5,1
10	2	2,0
11	2	2,0
13	2	2,0
14	3	3,0
15	1	1,0
16	1	1,0
17	1	1,0
18	2	2,0
20	2	2,0
23	2	2,0
24	2	2,0
Sum	99	100,0

Kilde: FLO.

Tabellen nedenfor viser de ulike elementene i basisfinansieringen fordelt på næringsdrivende og kommunalt 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 5.4. Basisfinansiering 2023 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	14 070	7 364	21 434
Basistilskudd <= 1000	131 379	20 655	152 034
Basistilskudd >1000	1 045	88	1 133
Delsum kjønn, alder bruk av fastlegetjenester	333 194	53 207	386 401
Delsum sentralitet	19 140	3 855	22 995
Delsum sosioøkonomi	16 871	3 111	19 982
Utjamningstilskudd	148 919	29 406	178 326
Sum fastlønnede	664 618	117 686	782 304
Lister med næringsdrivende leger			
Grunntilskudd	9 708	4 220	13 928
Basistilskudd <= 1001	872 329	24 526	896 855
Basistilskudd >1001	139 380	743	140 123
Delsum kjønn, alder bruk av fastlegetjenester	2 438 544	56 748	2 495 292
Delsum sentralitet	25 604	1 815	27 419
Delsum sosioøkonomi	80 438	2 534	82 971
Utjamningstilskudd	69 478	8 043	77 521
Sum næringsdrivende	3 635 480	98 629	3 734 109
Alle lister			
Grunntilskudd	23 778	11 584	35 362
Basistilskudd <= 1001	1 003 708	45 181	1 048 888
Basistilskudd >1001	140 425	831	141 256
Delsum kjønn, alder bruk av fastlegetjenester	2 771 738	109 955	2 881 693
Delsum sentralitet	44 744	5 670	50 414
Delsum sosioøkonomi	97 309	5 644	102 953
Utjamningstilskudd	218 397	37 450	255 847
Sum alle lister	4 300 098	216 315	4 516 413

Kilde: FLO.

5.5 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 232 mill. kroner i 2023, noe som er en økning på 7,9 prosent fra 2022.

Tabell 5.5. 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	2023	2022-2023	2019-2023
Refusjoner							
Takstrefusjoner	81	76	91	96	111	15,3	36,2
Refusjon frikortegenandeler	18	16	24	21	23	8,9	29,4
Refusjon øvrige egenandeler	17	19	23	20	18	-9,0	4,4
Refusjon L-takster NAV	3	3	3	3	3	0,2	23,0
Sum refusjoner	119	114	141	140	155	10,5	30,3
Pasientbetaling							
Egenandeler	65	56	59	70	72	3,1	10,8
Egenbetaling	5	4	4	4	4	1,6	-2,6
Sum pasientbetaling	70	61	64	74	77	3,0	9,9
Sum totalt	189	175	204	215	232	7,9	22,8

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

5.6 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 samarbeidet med SSB for å få en utvidet kartlegging av blant annet organisering og kostnader for legevaktsordningen. Resultatet av kartleggingen vil foreligge i oktober 2024.

Refusjoner fra folketrygden for legevakt er redusert med 8,2 prosent fra 2022 til 2023, se tabell under. Samlet for refusjoner og pasientbetaling har det vært en utgiftsreduksjon på 5,3 prosent.

Tabell 5.6. Refusjoner og pasientbetaling for legevakt. Tall i mill. kroner, løpende priser.

	Utgifter i løpende priser. Mill. kroner					Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2022-2023	2019-2023
Takstrefusjoner	501	541	672	587	607	3,4	21,2
Refusjon frikortegenandeler	76	71	92	92	95	4,2	25,4
Refusjon øvrige egenandeler	115	270	489	220	122	-44,4	6,5
Refusjon L-takster NAV	2	1	2	2	2	0,0	-3,1
Sum refusjoner	693	885	1254	900	826	-8,2	19,2
Egenandeler	224	191	192	225	237	5,4	5,8
Egenbetaling	16	15	15	15	15	4,7	-3,5
Sum pasientbetaling	240	206	207	240	253	5,4	5,2
Sum totalt	933	1091	1461	1140	1079	-5,3	15,6

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 2023 ble 45,9 prosent av refusjoner og pasientbetaling utbetalt til kommunene og 54,1 prosent til næringsdrivende leger. I 2022 utgjorde næringsdrivendes andel 49 prosent av refusjoner og pasientbetaling.

Tabell 5.7. Utgifter legevakt fordelt mellom fastlønnede og næringsdrivende leger. Tall i mill. kroner.

	Utgifter 2023			Andel i prosent	
	Fastlønnnet	Nærings-drivende	Totalt	Fastlønnnet	Næringsdrivende
Refusjoner	371	455	826	44,9	55,1
Pasientbetaling	125	128	253	49,4	50,6
Totalt	496	583	1079	45,9	54,1

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

5.7 Andre kostnader tilknyttet allmennlegetjenesten

Det finnes flere tilskuddsordninger som understøtter allmennlegetjenesten. Tabellen nedenfor viser utbetalt beløp for disse ordningene fra 2019 til 2023. Tilskuddsordningene forvaltes av Helsedirektoratet.

I 2023 ble det utbetalt 836 mill. kroner i tilskudd som gjelder allmennlegetjenesten til kommunene. Dette er en økning på 50 prosent fra 2022. Økningen skyldes i hovedsak en økning i tilskudd til ALIS-avtaler, økning i tilskudd til nye LIS1-stillinger i kommunene, samt nytt tilskudd til styrking av legevaktstjenesten i distriktskommuner.

Tabell 5.8. Andre tilskuddsordninger rettet mot kommunale allmennlegetjenester. Tall i mill. kroner.

Tilskuddsordning	Utgifter i løpende priser. Mill. kroner				
	2019	2020	2021	2022	2023
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 et års varighet	10	16	88		
ALIS-avtaler for fast ansatte fastleger og fastlegevikarer ansatt i kommunen utover et års varighet			42		
Reise- og flytteutgifter for leger i del 1 av spesialistutdanningen og fysioterapeuter i turnus	1	1	2	2	2
Kommuner som mottar lege i spesialisering del 1 (LIS1)	126	126	160	192	224
Primærhelseteam	45	55	55	61	55
Pilotprosjekt på legevaktfeltet	7	11	9	6	
ALIS-kontor		10	22	44	41
Pilot for utprøving av digitalt triageringsverktøy			1	2	0
Nasjonale ALIS og veiledning				242	445
Senter for Kvalitet i Legetjenester				8	17
Styrking av legevaktstjenesten i distriktskommuner					53
Sum tilskudd	261	266	400	557	836

Kilde: Utbetalinger fra direktoratets saksbehandlingssystem for tilskudd, TIFO.

5.8 Utgifter per innbygger

Tabell 4.7 viser utgifter til allmennlegetjenesten per innbygger. Fra 2019 til 2023 har utgiftene per innbygger økt med 34,4 prosent. Fra 2022 til 2023 var økningen på 10,3 prosent. Målt i faste priser var veksten på 16,5 prosent fra 2019 til 2023, og på 7,1 prosent fra 2022 til 2023. Utgiftene til allmennlegetjenesten har altså økt mer enn hva befolkningsveksten skulle tilsi.

For fastlegeordningen har det vært en realvekst i utgifter per innbygger på 14,7 prosent fra 2019 til 2023, og på 7,0 prosent fra 2022 til 2023.

Tabell 5.9. Utgifter per innbygger. Tall i løpende priser

	Kostnad per innbygger					Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2022-2023	2019-2023
Fastlegeordningen	1 932	2 098	2 303	2 316	2 556	10,3	32,3
LIS 1	35	32	38	39	42	6,7	18,7
Legevakt	174	202	269	208	194	-6,4	11,8
Tilskudd	49	49	74	101	151	48,6	209,7
Totalt	2 189	2 382	2 683	2 664	2 943	10,4	34,4

Kilde: FLO og KUHR.

6 LEGER I KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

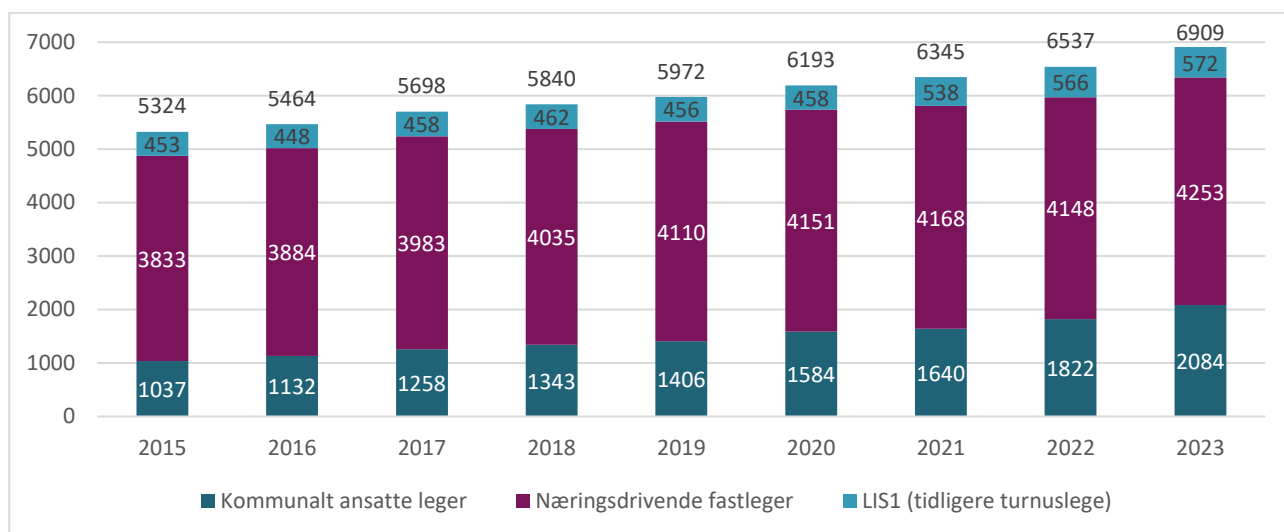
Dette kapittelet beskriver utviklingen i årsverk, både for leger og andre yrkesgrupper i allmennlegetjenesten. Tallene er basert på KOSTRA-tall og annen statistikk fra Statistisk sentralbyrå (SSB). I kapittel 7 beskrives utvikling i antall fastleger basert på data fra Helsedirektoratets system for administrasjon 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.

6.1 Legeårsverk i kommunene fordelt på avtaleform og KOSTRA-funksjon

Figur 6.1 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 2023 var det 6909 avtalte legeårsverk i kommunene. Dette er 372 flere enn året før og utgjør en økning på 5,7 prosent. Både for kommunalt ansatte leger og LIS1-leger har det vært en økning i årsverk. For næringsdrivende fastleger er antall årsverk redusert med 105 fra 2022, noe som tilsvarer 2,5 prosent.

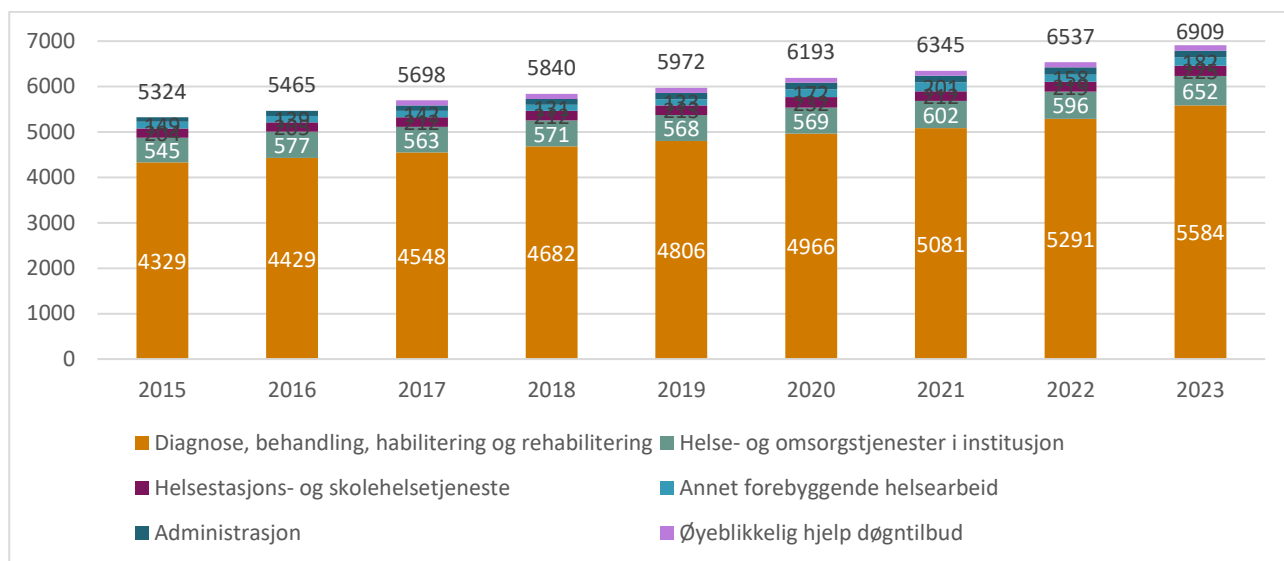
Figur 6.1. Avtalte legeårsverk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter avtaleform, 2015-2023.



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 6.2).

Figur 6.2. Avtalte legeårsværk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter funksjon, 2015-2023.

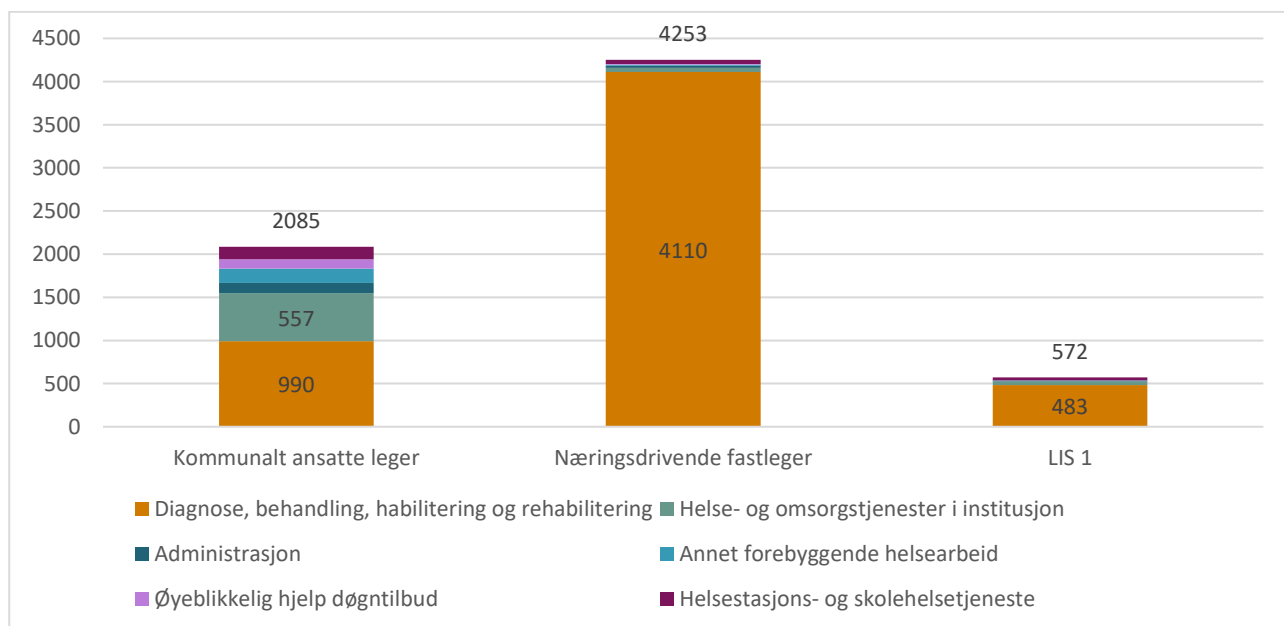


Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996. Legeårsværk i kommunale helse- og omsorgstjenester, etter funksjon. Funksjonen "øyeblikkelig hjelp døgntilbud" var ny i 2017 (tidligere var disse årsværkene trolig for det meste fordelt mellom funksjonene diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering og helse-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

Størst økning i antall årsværk siste år var for funksjonen "Diagnose, behandling, habilitering og rehabilitering", med 293 årsværk (5,5 prosent). Størst prosentvis endring i årsværk har det vært for funksjonen "Annet forebyggende helsearbeid" med en økning på 15,3 prosent (24 årsværk).

Figur 6.3 viser avtalte legeårsværk i 2023, fordelt på avtaleform og KOSTRA-funksjon. Figuren viser at kommunalt ansatte leger i langt større grad enn næringsdrivende fastleger har andre kommunale legeoppgaver. Merk at kommunalt ansatte leger omfatter mer enn bare fastlønnede fastleger.

Figur 6.3. Avtalte legeårsværk i kommunale helse- og omsorgstjenester, fordelt på avtaleform og funksjon, 2023.



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

6.2 Avtalte legeårsverk i kommunene per innbygger

Tabell 6.1 viser at avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere har økt fra 10,2 til 12,4 årsverk i perioden 2015 til 2023. 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.

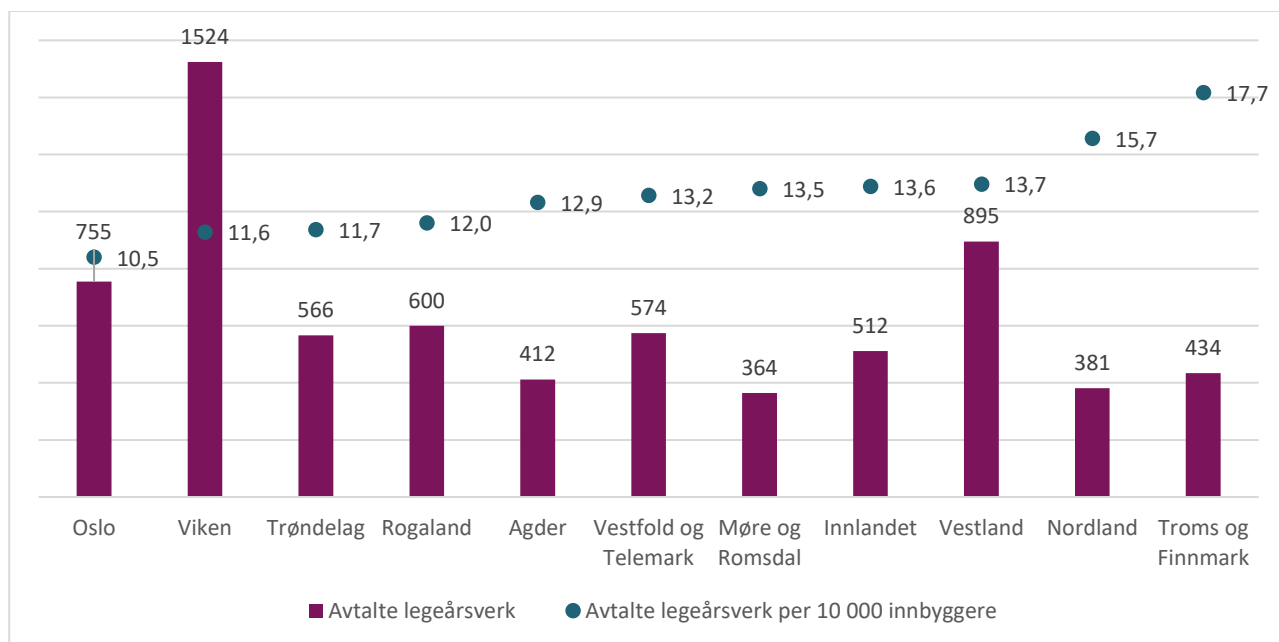
Tabell 6.1. Avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere i kommunene, 2015-2023.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Avtalte legeårsverk per 10000 innb.	10,2	10,4	10,8	11,0	11,2	11,5	11,7	11,9	12,4

Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996. ⁴³

Figur 6.4 viser avtalte legeårsverk (søylene) og avtalte årsverk per 10 000 innbyggere (punktene), fordelt på fylker. Antallet varierer fra 10,5 årsverk per 10 000 innbyggere i Oslo til 17,7 i Troms og Finnmark. Forhold som kan bidra til forskjeller mellom fylkene er blant annet innslaget av små kommuner, befolknings sammensetning med flere eldre, generell helsetilstand og geografiske forhold. Figur 6.5 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 allmenntilleggsarbeid til å gå opp samtidig med å drive fastlegeordningen.

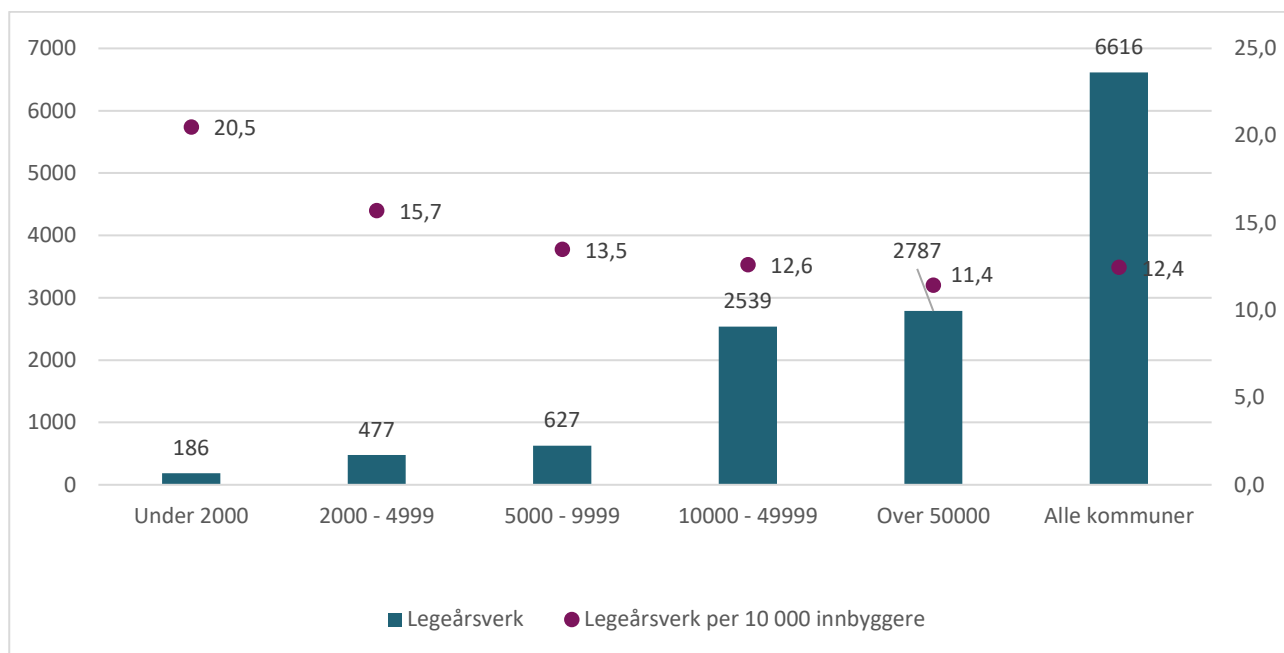
Figur 6.4. Avtalte legeårsverk og avtalte legeårsverk per 10 000 innbyggere, fordelt på fylker. 2023.



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

⁴³ For å få sammenlignbare data, er private leger utenfor fastlegeordningen ikke tatt med ettersom disse ikke var inkludert i KOSTRA-rapporteringen for 2020. Dermed avviker tallene for 2015-2019 og 2021-2023 noe fra SSBs statistikkbank.

Figur 6.5 Avtalte legeårsverk og årsverk per 10 000 innbyggere etter kommunistørrelse. 2023⁴⁴.



Kilde: SSB. KOSTRA. Tabell 11996. og tabell 07459.

6.3 Helprivate allmennlegetjenester

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.

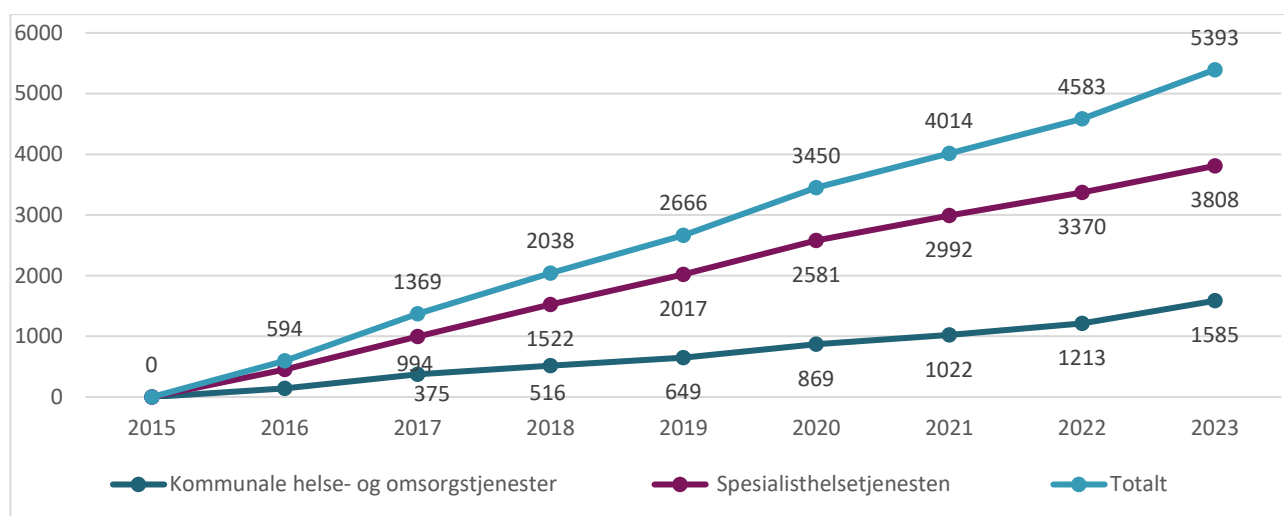
Helsedirektoratet fikk i 2023 i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å blant annet dokumentere status og utvikling i den helprivate allmennlegetjenesten. Kartleggingen Helsedirektoratet gjorde viste at det er mangelfulle datakilder som kan belyse omfang, hvilke tjenester som tilbys og kvaliteten på tjenestene i den helprivate allmennlegetjenesten. Kartleggingen ga indikasjoner på at omfanget har vokst både i antall virksomheter og i antall legeårsverk, men at omfanget er relativt beskjedent sammenlignet med den offentlige allmennlegetjenesten.

⁴⁴ Statistikken i kapittel 5 er blant annet basert på kommunenes KOSTRA-rapportering publisert av SSB 15. mars 2024. Ved denne publiseringen var det 10 kommuner som ikke hadde rapportert. De aggregert tallene for landet, fylker og KOSTRA-grupper inneholder estimerte årsverkstall for de kommunene som ikke hadde rapportert. Figur 5.5 er basert på tall for kommunene som hadde rapportert per 15. mars 2024. Kommunene som ikke hadde rapportert, inngår derfor ikke. Dette gjelder kommunene 1103 Stavanger, 1517 Hareid, 1820 Alstadhaug, 1874 Moskenes, 3418 Åsnes, 3422 Åmot, 3420 Os, 3807, Skien, 5413 Ibestad og 5434 Måsøy. Dette må tas i betraktning ved tolkning av figur 5.5.

6.4 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. Fra 2015 til 2023 har det vært en vekst på 29,8 prosent i kommunene og 25,1 prosent i spesialisthelsetjenesten. Av veksten på 4563 legeårsverk fra 2015 til 2023 kom 3808 i spesialisthelsetjenesten og 1585 i kommunenes helse og omsorgstjeneste. Siste år fra 2022 til 2023 økte antall årsverk i kommunene med 5,7 prosent, og med 2,4 prosent i spesialisthelsetjenesten. Målt i legeårsverk per 1000 innbyggere har det vært en større vekst spesialisthelsetjenesten enn i kommunene for perioden sett under ett. Rateberegningen tar ikke hensyn til endringer i befolkningssammensetning.

Figur 6.6. Endring i antall avtalte legeårsverk i spesialisthelsetjenesten sammenholdt med avtalte legeårsverk i kommunale helse og omsorgstjenester. 2015 til 2023.



Tabell 6.2. Utvikling i avtalte legeårsverk i spesialisthelsetjenesten sammenholdt med avtalte legeårsverk i kommunale helse og omsorgstjenester*.

		2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2015-2023
Kommunale helse- og omsorgstjenester	Avtalte årsverk*	5324	5465	5698	5840	5972	6193	6345	6537	6909	
	Endring		141	234	142	132	220	153	192	372	1585
	Prosentvis endring		2,6	4,3	2,5	2,3	3,7	2,5	3,0	5,7	29,8
	Årsverk per 1000	1,0	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	0,2
Spesialisthelsetjenesten	Avtalte årsverk	15189	15642	16183	16711	17206	17770	18181	18559	18997	
	Endring		453	541	528	495	564	411	378	438	3808
	Prosentvis endring		3,0	3,5	3,3	3,0	3,3	2,3	2,1	2,4	25,1
	Årsverk per 1000	2,9	3,0	3,1	3,1	3,2	3,3	3,4	3,4	3,4	0,5
Totalt	Årsverk	20513	21107	21881	22551	23178	23963	24526	25096	25906	
	Endring		594	775	670	627	784	564	570	810	5393
	Prosentvis endring		2,9	3,7	3,1	2,8	3,4	2,4	2,3	3,2	26,3

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

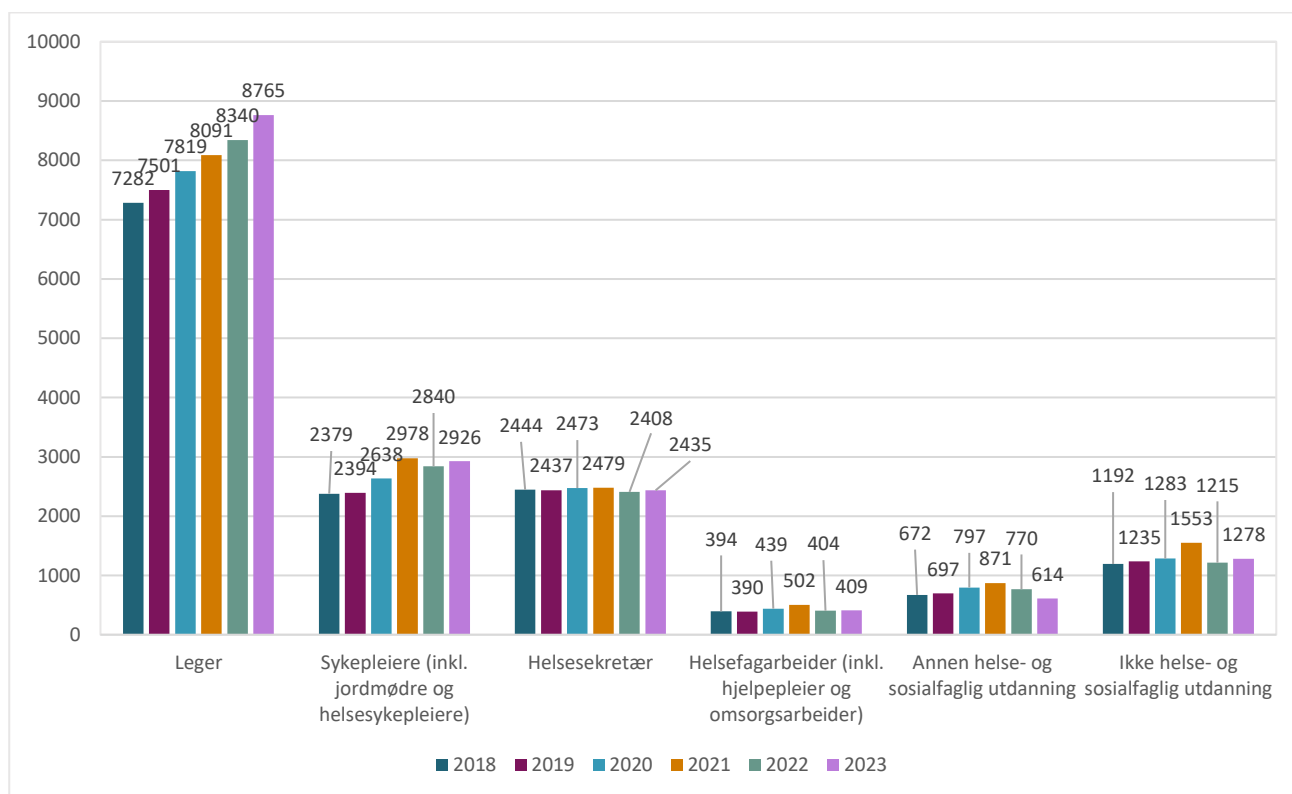
6.5 Annet helsepersonell enn leger i allmennlegetjenesten

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.

6.5.1 Årsverk for leger og annet helsepersonell

Figur 6.7 viser avtalte årsverk i allmennlegetjenesten fordelt etter utdanning. Med unntak for helsesekretærer og personell med annen helse- og sosialfaglig utdanning har det vært en økning i antall årsverk for alle utdanningsgrupper i perioden 2018 til 2023. I perioden har det vært størst absolutt vekst for leger, mens den prosentvise veksten har vært større for sykepleiere. De største enkeltgruppene i samlekategorien annen helse- og sosialfaglig utdanning, er fysioterapeuter med 123 årsverk og bioingeniører med 106 årsverk i 2023. Datagrunnlaget gir ikke mulighet for å skille ut avanserte kliniske allmennsykepleiere.

Figur 6.7. Avtalte årsverk i næringen "allmenn legetjeneste". 2018-2023.



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.

6.5.2 Yrkesgruppenes andel av årsverkene i allmennlegetjenesten

Legers andel av avtalte årsverk i allmennlegetjenesten utgjorde 53,4 prosent av årsverkene i 2023. Avtalte årsverk for sykepleiere 17,8 prosent og helsesekretærer utgjorde 14,8 prosent. Fra 2021 til 2022 har andelen gått opp med over en prosentenheter for leger.

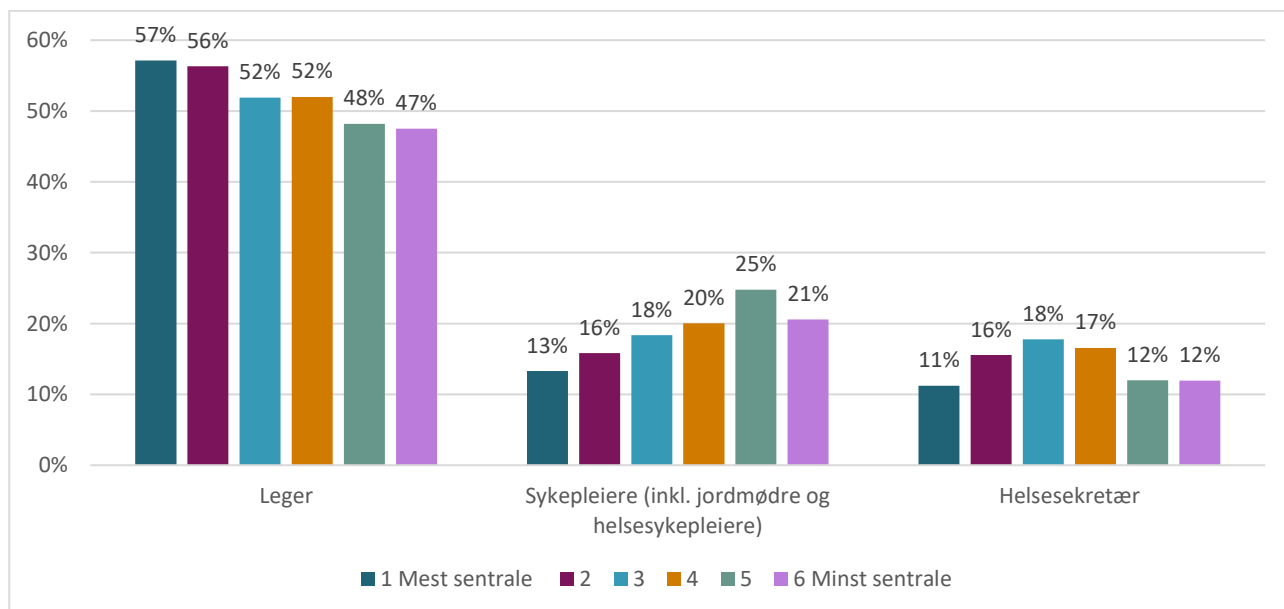
Tabell 6.3. Legers, sykepleieres og helsesekretærers andel av årsverkene i "allmenn legetjeneste". 2018-2023.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Leger	50,7 %	51,2 %	50,6 %	49,1 %	52,2 %	53,4 %
Sykepleiere (inkl. jordmødre og helsesykepleiere)	16,6 %	16,3 %	17,1 %	18,1 %	17,8 %	17,8 %
Helsesekretær	17,0 %	16,6 %	16,0 %	15,0 %	15,1 %	14,8 %

Kilde: SSB. For mer informasjon om datagrunnlaget, se tekst under figur 6.7.

Figur 6.9 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 6.9. Legers, helsesekretærers og sykepleieres andel av årsverkene i næringen "allmenn legetjeneste", fordelt på kommunens sentralitet. 2023.



Kilde: SSB. For mer informasjon om datagrunnlaget, se tekst under figur 6.7.

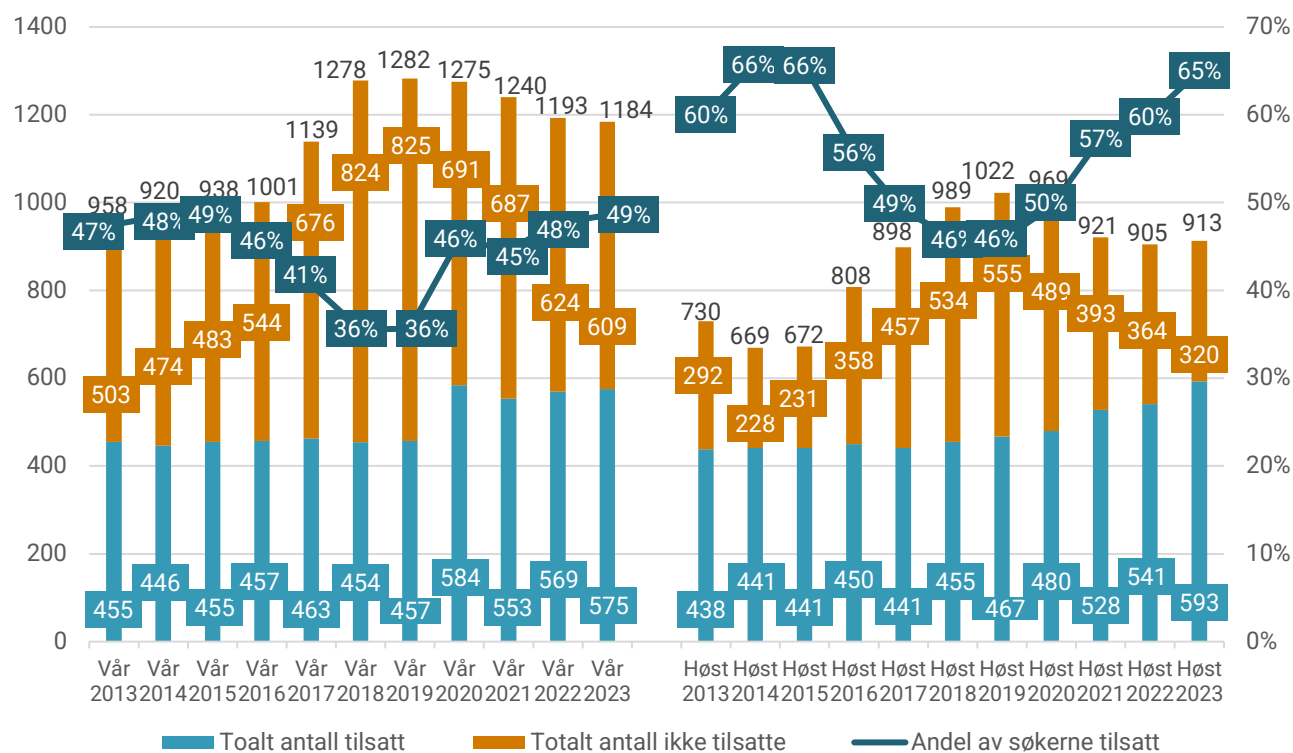
7 LEGER I SPESIALISERING

7.1 LIS1-søknader og tilsatte

I 2023 ble det totalt lyst ut 1162 LIS1 stillinger. Herav var det 1184 søkere til 575 stillinger utlyst om våren og med oppstart 1.9.2023. For høsten var det 913 søkere til 587 LIS1-stillinger med oppstart 1.9.2024. 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. Søknadsrundene for henholdsvis vår og høst vises derfor hver for seg.

I 2024 er det totalt 1185 LIS1 stillinger hvorav 593 utlyses med oppstart 1. september 2024 og 592 utlyses med oppstart 1. mars 2025. Dette er en økning i antallet stillinger på 25 % siden 2019, og målet om antall ordinære LIS1 stillinger anslått i Helsedirektoratets rapport fra 2019 vil dermed være oppfylt.⁴⁵ Figuren under viser en liten nedgang i antall søkere til LIS1 stillinger de siste årene, etter flere år med tydelig økning.

Figur 7.1. Utvikling i søkere og tilsatte i LIS1-stillinger. Tilsettingsrunder fra våren 2013 til høsten 2023*.



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

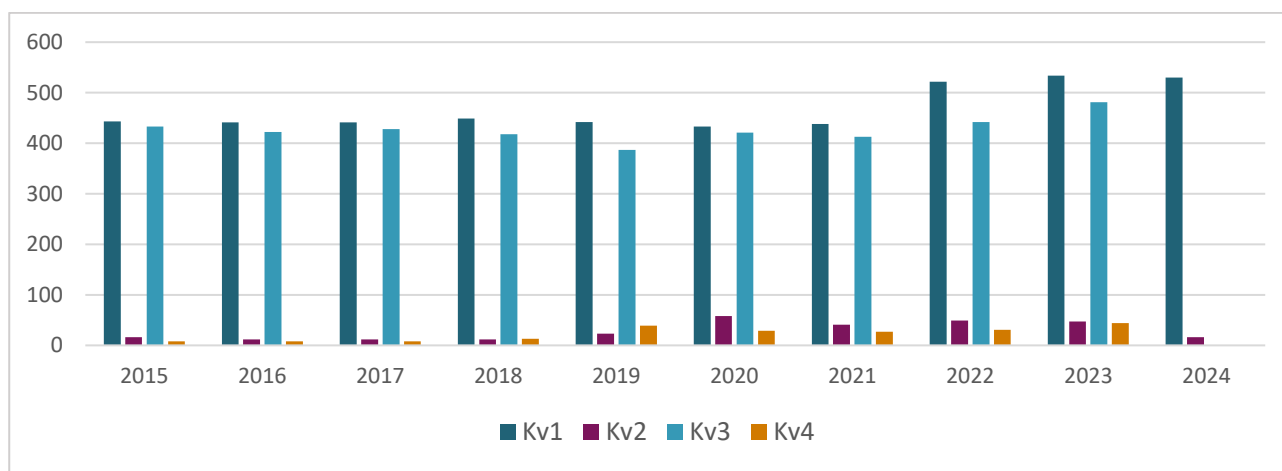
⁴⁵ Vurdering av antall LIS1-stillinger, Rapport IS-2802 Helsedirektoratet 2019

7.2 Leger som har gjennomført LIS1 eller tilsvarende

I 2023 var det 1106 leger som gjennomførte LIS1 eller tilsvarende. Med "eller tilsvarende" menes gammel turnusordning for leger. Økningen i antallet LIS1-stillinger de siste årene har bidratt til at flere leger kan starte videre spesialisering som ALIS i kommunehelsetjenesten eller som LIS i spesialisthelsetjenesten.

Figur 7.2 viser at de fleste leger avslutter LIS1 eller tilsvarende i første kvartal. Dette sammenfaller med de som påbegynte kommunedelen av LIS1 på høsten. Vi har ikke tidligere reflektert over denne ubalansen mellom dem som avslutter på våren og dem som avslutter på høsten, men figur 6.2 viser at det i hele perioden 2015 til 2023 er langt flere som avslutter i første kvartal enn i tredje kvartal. Det er også mange leger som avslutter LIS1 i andre og fjerde kvartal som følge av permisjoner og annet fravær. .

Figur 7.2. Utvikling i leger som avslutter LIS1 eller tilsvarende i perioden 2015 til 2024⁴⁶. Per kvartal.



Kilde: Helsepersonellregisteret (HPR).

7.3 Kompetanseforskriftens krav til vikarer

Kompetanseforskriften⁴⁷ stiller kompetansekrav til leger som skal jobbe i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Hovedreglene er at legen må være spesialist eller under spesialisering i allmenntmedisin.

For vikarer er det et unntak som sier at de kan jobbe ett år uten å starte spesialisering. Videre, med grunnlag i rekrutteringsutfordringer i kommunen, kan leger som ikke har oppnådd alle læringsmålene i del 1 tilsettes i eller få forlenget vikariatet av mer enn ett års varighet dersom vikariatet ikke varer lenger enn til og med 31. desember 2024. Det er også unntak fra hovedreglene for leger som per 1. mars 2017, da kompetanseforskriften ble innført, var omfattet av overgangsordningen.

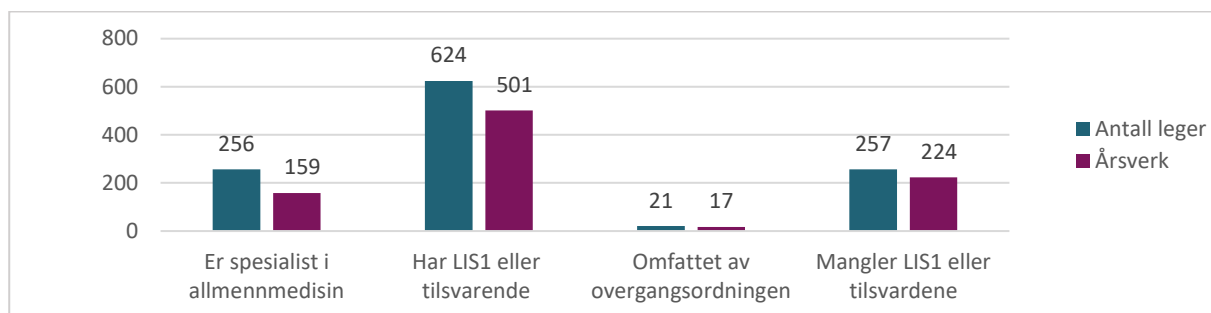
Figur 7.3 viser at 22 % av alle vikarer i fastlegeordningen per 31.12.2024 manglet LIS1 eller tilsvarende, 22 % var spesialist i allmenntmedisin, 2 % var omfattet av overgangsordningene. 54 % hadde gjennomført LIS1 eller tilsvarende. Disse antas å være under spesialisering i allmenntmedisin, eller har mulighet til raskt å komme i gang med spesialisering i allmenntmedisin.

⁴⁶ Uttrekk fra Helsepersonellregisteret (HPR) 23.4.2024

⁴⁷ [Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten - Lovdata](#)

Figur 7.3 viser også at mange vikarer jobber i deltidstillinger slik at det totale antall årsverk er lavere enn antall leger.

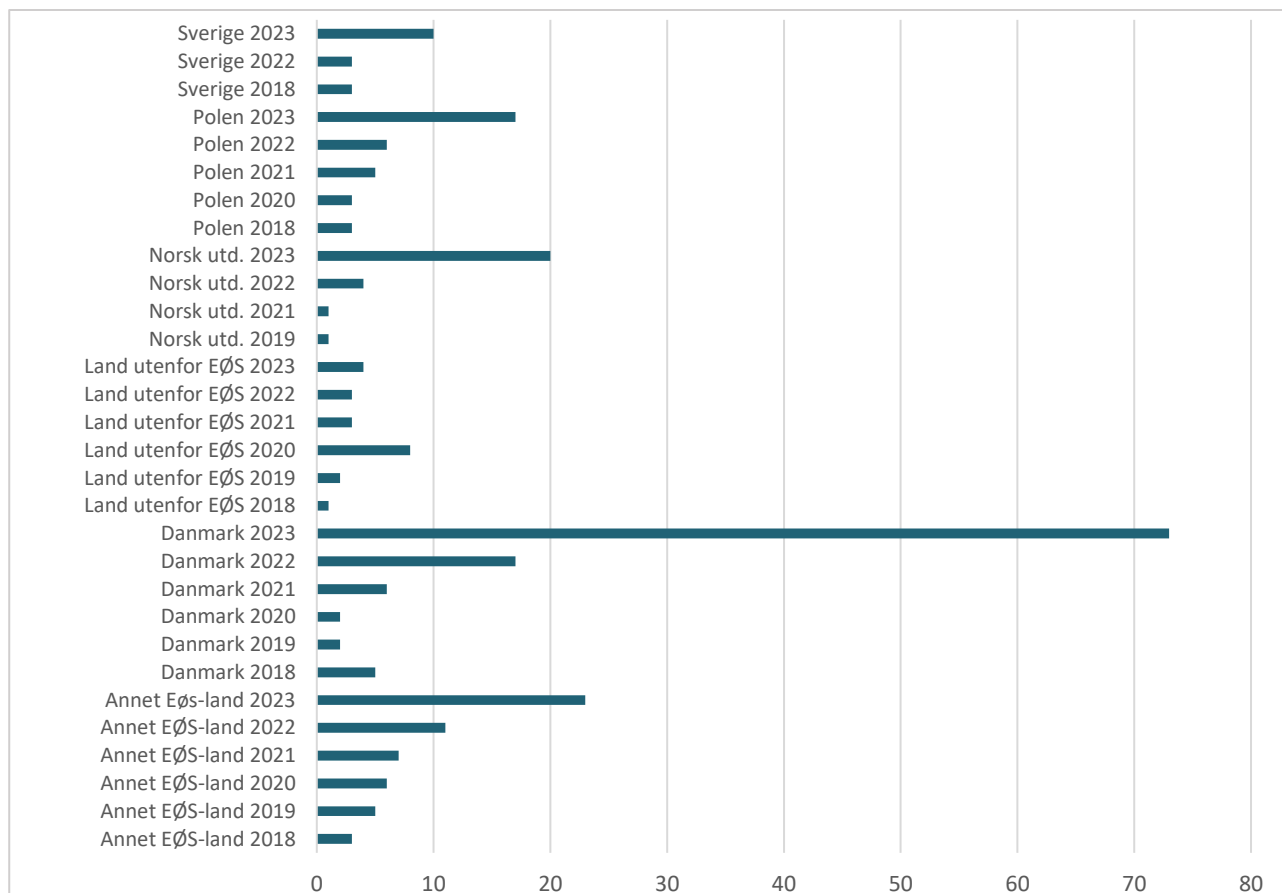
Figur 7.3. Vikarer i fastlegeordningen per 31.12.2023 fordelt på krav til kompetanse i Kompetanseforskriften.



Kilde: FLO.

I gruppen leger som ikke har gjennomført LIS1 eller tilsvarende, er det en stor andel med utdanning fra Danmark, Sverige og andre EØS-land. Leger med utdanning fra Danmark utgjør 40 % av det totale antall vikarer som ikke har LIS1 eller tilsvarende, og 50 % av nytilsatte vikarer uten LIS1 eller tilsvarende i 2023. Dette er vist i figur 7.4. Etter 31.12.2024 må disse legene gjennomføre LIS1 før de kan fortsette å jobbe i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Figur 7.4. Vikarer i fastlegeordningen per 31.12.2023 som ikke har gjennomført LIS1 eller tilsvarende fordelt etter utdanningsland og hvilket år de startet som vikar i fastlegeordningen.



Kilde: FLO.

7.4 Tilskudd til ALIS-avtaler som nasjonal ordning

Bevilgningen til tilskuddsordningen nasjonal ALIS og veiledning ble for 2023 styrket med 230 millioner i forhold til budsjettåret 2022. Samtidig ble tilskuddsordningen videreutviklet, blant annet på bakgrunn av tilbakemeldinger fra kommunene, legene og ALIS kontorene. En veiledende sats for praksiskompensasjon ble oppgitt, og skal gi likere praksis på tvers av kommuner. Satsen for veiledning ble økt, og kommunene fikk muligheten til å benytte inntil 5% av den maksimale tilskuddsrammen per ALIS for å understøtte gode utdanningsløp.

Tilskuddsordningen Nasjonal ALIS og veiledning er en refusjonsordning. For 2023 var søknadsfristen for kommunene satt til 31.august 2023. Helsedirektoratet presenterte i sin statusrapport for første halvår 2023⁴⁸ oppdaterte tall for 2023. Disse tallene er for oversiktens også inkludert nedenfor. Det vises til 2.2.5 for nærmere omtale av tilskuddsordningen.

Søknadsfristen for perioden fra 1.september 2023 til og med 31.august 2024 er 1.september 2024. Oppdaterte tall vil foreligge i etterkant av dette.

For søknadsåret 2023 søkte 228 kommuner om til sammen 458,4 millioner i tilskudd for til sammen 1871 unike leger.

Tabell 7.1. Budsjett, søknadsbeløp og innvilgede beløp, Nasjonal ALIS og veiledning. 2022 og 2023.

	2022	2023
Samlet budsjett for ordningen	241,9 mill.	461,1 mill.
Sum søknadsbeløp for ordningen*)	241,9 mill.	458,4 mill.
Herav tilleggs-elementer (for kommuner i sentralitetsgrad 6)	8,5 mill.	13,1 mill.
Herav tilskudd til veiledning (uten ALIS avtale)	12,3 mill.	3,5 mill.

*) Innvilgede beløp for 2022. Alle søknader om tilskudd som tilfredsstilte regelverkets krav i 2022, ble innvilget. Overførte midler fra året før inngår ikke. Kilde TIFO og Nøkkelinfo (Helsedirektoratets datavarehusløsning).

Tabell 7.2. Antall kommuner og leger med tilskudd, Nasjonal ALIS og veiledning. 2022 og 2023.

	2022	2023	Endring fra 2022 til 2023
Antall kommuner som har søkt om tilskudd	187	228	41
Antall leger med ALIS-avtale	1239	1813	574
Antall leger med kun veiledning	355	88	-267
Antall unike leger med tilskudd gjennom ordningen*)	1358	1871	513

*) Siden kommunene kan søke flere ganger per år, har noen av legene hatt både ALIS avtale og avtale om veiledning for ulike perioder av søknadsåret. Kilde TIFO og Nøkkelinfo (Helsedirektoratets datavarehusløsning).

I tråd med regelverket vil de samme legene kunne motta tilskudd i inntil fem påfølgende år. Antall unike leger med tilskudd i enten 2022 eller 2023 er 2079. Antall kommuner med tilskudd i minst ett av de to årene er

⁴⁸ [Allmennlegetjenesten – statusrapport høsten 2023 - Helsedirektoratet](#)

244. Tabellene nedenfor viser fordeling av totalt antall søknader om tilskudd og kronebeløp etter ulike kriterier. Kommunene kan søke flere ganger per søknadsår for hver lege, derfor er antallet tilskudd høyere enn antall unike leger som har mottatt tilskuddene.

Tabell 7.3. Nasjonal ALIS og veiledning, Antall ALIS-tilskudd og innvilgede kronebeløp for standardelementer og tilleggselementer. Etter sentralitet.

Sentralitet	Antall ALIS tilskudd	Antall tilskudd til veiledning	Sum søknadsbeløp
1	386	17	67 983 244
2	533	12	108 901 250
3	576	24	120 167 104
4	352	24	82 179 401
5	181	7	42 076 214
6	114	9	37 108 888
Totalsum	2142	93	458 416 101

Kilde: TIFO, HelseDirektoratets løsning for tilskuddsforvaltning og Nøkkelinfor (HelseDirektoratets datavarehusløsning).

Tabell 7.4. Nasjonal ALIS og veiledning, Antall ALIS-tilskudd og søknadsbeløp og antall tilskudd. Etter kommunestørrelse.

Kommunestørrelse/ antall innbyggere	Antall ALIS tilskudd	Antall tilskudd til veiledning	Sum søknadsbeløp
a.100 000 innb.+	661	26	122 584 843
b.50 000-99 999	351	5	72 696 181
c.20 000-49 999	527	23	113 418 041
d.10 000-19 999	258	13	62 620 271
e.5 000-9 999	169	16	38 486 560
f.2 000-4 999	138	9	39 341 918
g. under 2 000	38	1	9 268 287
Totalsum	2142	93	458 416 101

Kilde: TIFO, HelseDirektoratets løsning for tilskuddsforvaltning og Nøkkelinfor (HelseDirektoratets datavarehusløsning).

Tabell 7.5. Nasjonal ALIS og veiledning, Antall ALIS-tilskudd og søknadsbeløp og antall tilskudd. Etter fylke.

Per fylke	Antall ALIS tilskudd	Antall tilskudd til veiledning	Sum søknadsbeløp
Agder	165	3	35 609 618
Innlandet	110	9	28 808 824
Møre og Romsdal	81	3	20 819 378
Nordland	109	8	30 714 639
Oslo	253	16	40 481 012
Rogaland	204	11	38 514 190
Troms og Finnmark	132	9	32 971 860
Trøndelag	159	6	36 561 353
Vestfold og Telemark	176	7	34 722 229
Vestland	292	9	62 416 916
Viken	461	12	96 796 082
Hele landet	2142	93	458 416 101

Kilde: TIFO, HelseDirektoratets løsning for tilskuddsforvaltning og Nøkkelinfor (HelseDirektoratets datavarehusløsning).

8 UTVIKLING I FASTLEGEORDNINGEN

Tabell 8.1. Nasjonale nøkkeltall fra FLO (det administrative systemet for fastlegeordningen).

	2019 Kv4	2020 Kv4	2021 Kv4	2022 Kv4	2023 kv4	Endr. 2022- 2023 Antall	Pros end.	Tall per 1.mai 2024	Endr 2024 mai Antall
Antall									
Antall fastleger	4 858	4 928	4 961	5 057	5 268	211	4,2	5 391	123
Antall lister totalt	5 010	5 130	5 218	5 395	5 614	219	4,1	5 704	90
Ant lister med fast lege	4 884	4 949	4 997	5 085	5 292	207	3,9	5 427	135
Lister med fast ansatte leger	726	804	859	1 053	1 233	180	14,6	1 270	37
Lister med næringsdrivende	4 284	4 326	4 359	4 342	4 381	39	0,9	4 434	53
Lister uten fast lege (ubesatt)	126	181	221	310	322	12	3,7	277	-45
Antall lister ubesatt >1 år	46	67	91	100	129	29	29	113	-16
Listeinnbyggere uten fast lege*	75 542	107 595	138 453	212 289	214 106	1 817	0,8	180 789	-33 317
Listeinnbyggere med fastlege*	5 311 792	5 289 342	5 290 049	5 259 147	5 320 828	61 681	1,2	5 376 756	55 928
Måltall									
Fastleger per 1 000 listeinnbygger	0,90	0,91	0,91	0,92	0,95	0,03		0,97	0,02
Andel fastleger er spesialist**	62,1	63,1	63,9	63,4	63,3	-0,1		63,2	-0,1
Andel fastleger er kvinner**	44,4	45,8	46,8	47,4	48,6	1,2		49,4	0,8
Andel fast ansatt, lister m fast lege**	14	14,6	15,5	17,8	20	2,1		20,7	0,7
Andel fast ansatt av alle lister (inkl ubesatte lister)**	14,5	15,7	16,5	19,5	22	2,4		22,3	0,3
Gjennomsnitt listelengde- kun faste leger	1 088	1 069	1 059	1 034	1 005	-29		991	-14,
Gjennomsnittlig listetak- kun faste leger	1 122	1 104	1 076	1 043	1 013	-30		1003	-10,
Differanse gj.snitt. listetak- listelengde	35	36	18	9	8	-1		11,8	3,8
Gj.snitt listelengde inkl. ubesatte lister	1 075	1 052	1 040	1 014	986	-28		974	-12
Andel lister uten fast lege**	2,5	3,5	4,2	5,7	5,7	0		4,9	-0,8
Andel listeinnbyggere uten fast lege**	1,4	2	2,6	3,9	3,9	3,5		3,3	-0,6
Ledige plasser per 1000 innb m fast lege (sum listetak-sum listinnbyggere)	32	33	16	8	7	-1		12	5,0

Kilde: FLO. * Gjennomgang av praksis for melding av listestatus høsten 2022 ga færre lister med fast lege. **Endring prosentpoeng

8.1 Sterkere legevekst i 2023 - som fortsetter i 2024

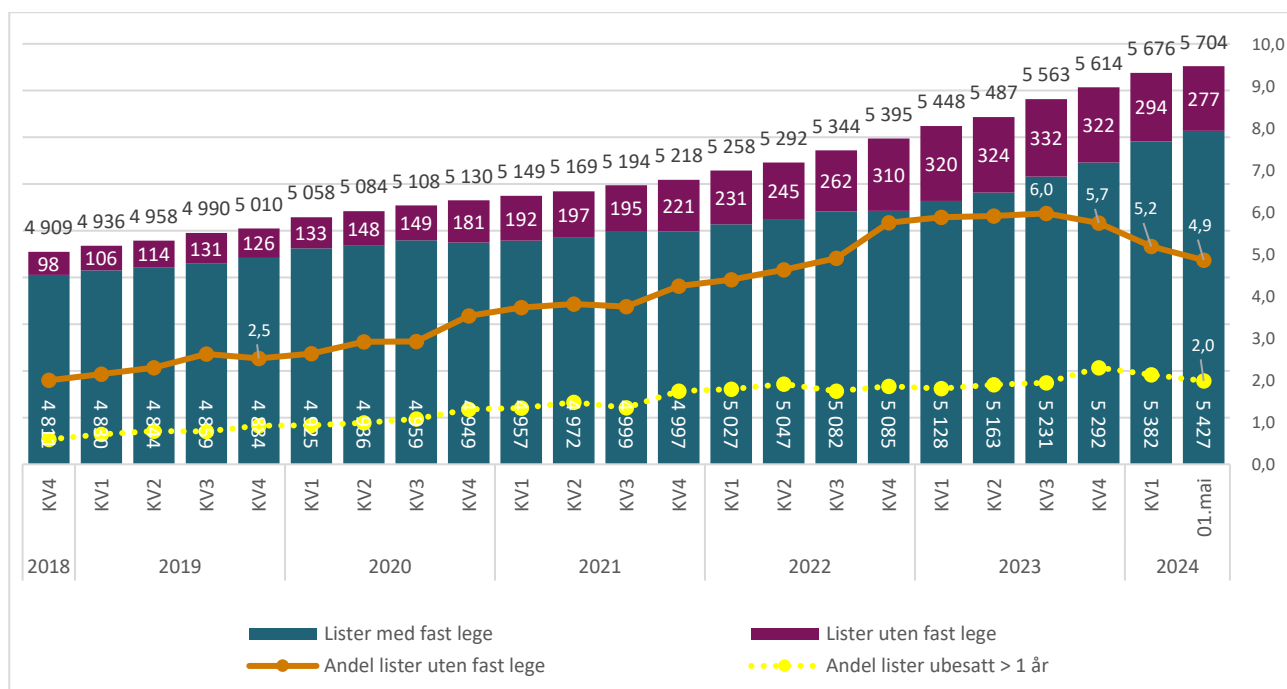
Det var 211 flere fastleger i desember 2023 enn i desember 2022, en svært stor netto økning sammenlignet med tidligere år (se tabell 8.1 ovenfor). Det kom godt over 500 nye leger inn i ordningen, mens i overkant av 300 sluttet⁴⁹ i 2023. Omtrent halvparten av fastlegene er kvinner (49 prosent). Den økte tilveksten i leger kan bidra både til å

- Redusere lister uten fast lege
- Etablere flere fastlegelister for å
 - dekke opp for fortsatt reduksjon i gjennomsnittlig listelengde
 - dekke opp for befolkningsvekst
 - øke totalkapasiteten i fastlegeordningen per innbygger (flere ledige plasser og økt rom for legebytte)

Reduksjon i lister uten fast lege og enda høyere vekst i lister med fast lege

Det var 219 flere fastlegelister i slutten av 2023 enn samme tid året før (se figur 8.1). Antall lister med fast lege økte med 207, mens det var 12 flere lister uten fast lege. Antall lister uten fast lege har økt hvert år de siste årene.

Figur 8.1. Antall lister i fastlegeordningen fordelt etter lister med og uten fast lege og andel lister uten fast lege. Per kvartal fra 4.kvartal 2018 til mai 2024.



Kilde: FLO.

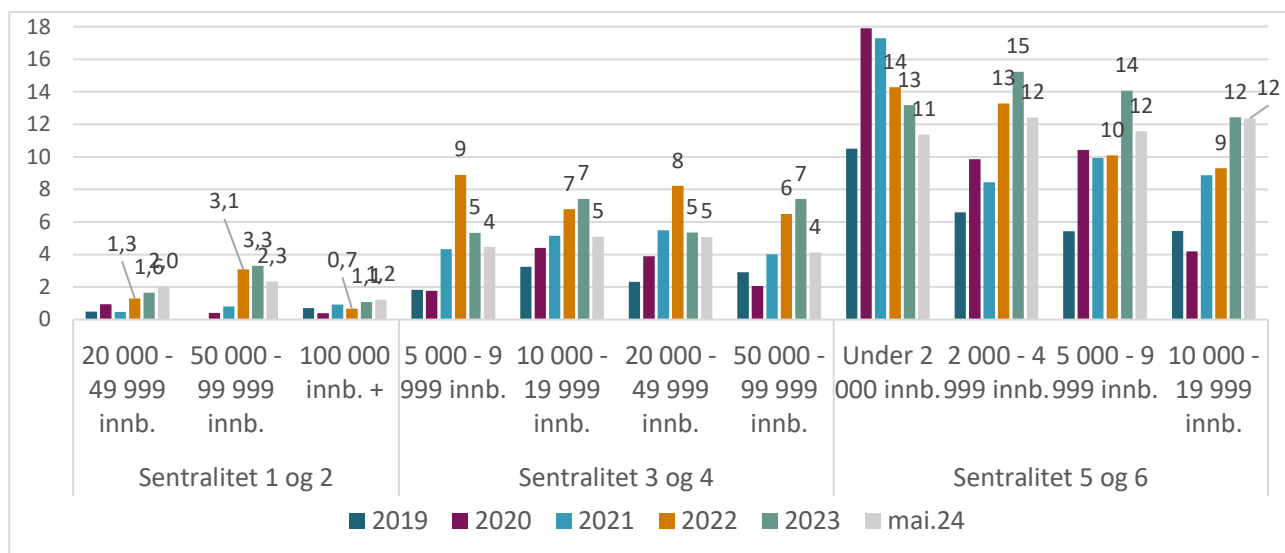
⁴⁹ Det eksakte antall startet og sluttet vil variere litt ut fra hvilke kriterier som settes for å ha sluttet. Noen slutter og starter igjen etter noen år og noen få starter og slutter, eller slutter og starter igjen i løpet av samme år. For mer om temaet se rapporten *Evalueringsrapport III, 2024, Oslo Economics og Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn*

Månedssrapportene fra Helsedirektoratet viste en økning lister uten fast lege helt fram til august 2023. Sterkere legevekst sammenfalt deretter med en gradvis reduksjon i ubesatte lister og listeinnbyggere uten fast lege mot slutten av året, og dette har fortsatt så langt i 2024. Per 1. mai var det 277 lister uten fast lege, en reduksjon på 45 lister så langt i 2024. 113 lister hadde vært uten fast lege over ett år.

Tidligere statusrapporter har vist at andel lister og listeinnbyggere på liste uten fast lege er større i mindre kommuner enn i store kommuner. I figur 8.2 framstilles utviklingen etter kommunestørrelse i kommuner av ulik sentralitet (SSB sin sentralitetsindeks). Med unntak av de aller minste kommunene (under 2000 innbyggere) økte andelen ubesatte lister i løpet av 2023 i kommuner klassifisert i sentralitetsklasse 5 eller 6 (minst sentrale). Situasjonen er imidlertid noe bedre per mai 2024 og andelen lister uten fast lege er på gruppenivå ganske lik i både små og litt større usentrale kommuner. Det er også små forskjeller mellom de minste og største kommunene innen sentralitetsgruppene 1 og 2, og sentralitetsgruppe 3 og 4 (samlet andel).

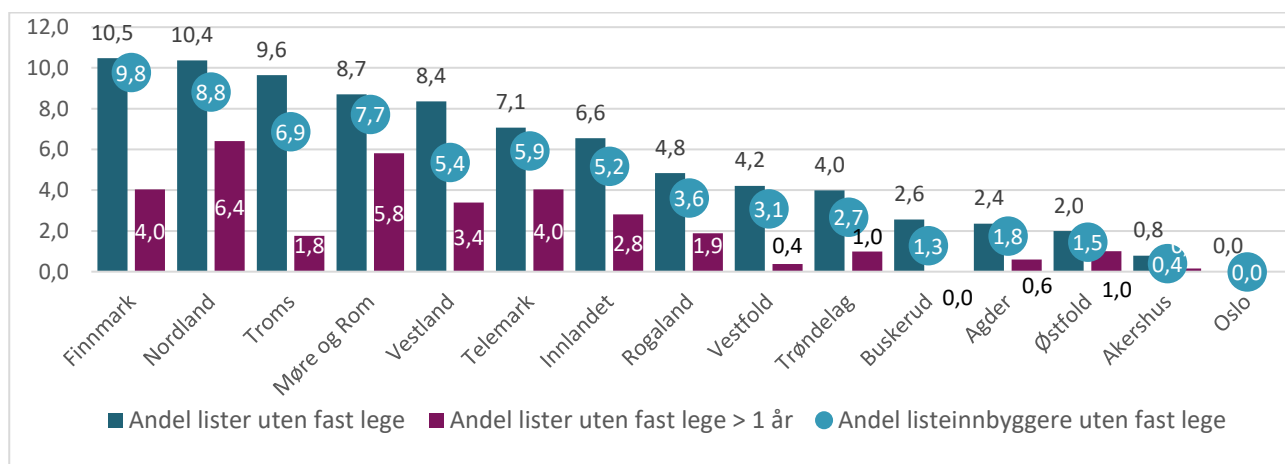
På fylkesnivå er det, som tidligere statusrapporter også har vist, fylkene i Nord-Norge og Møre og Romsdal som har høyest andel ubesatte lister (se figur 8.3). Det er en betydelig samvariasjon mellom andel lister uten fast lege og andel kommuner i sentralitetsklasse 5 og 6 i fylkene.

Figur 8.2. Andel lister uten fast lege etter kommunestørrelse og sentralitet 2019-2023 og per 1.mai 2024.



Kilde: FLO* De minste kommunene i sentralitet 1 og 2 og de største kommunene i sentralitet 5 og 6 er hold utenfor fordi det er veldig få kommuner.

Figur 8.3. Andel lister uten fast lege etter fylke 1.mai 2024.

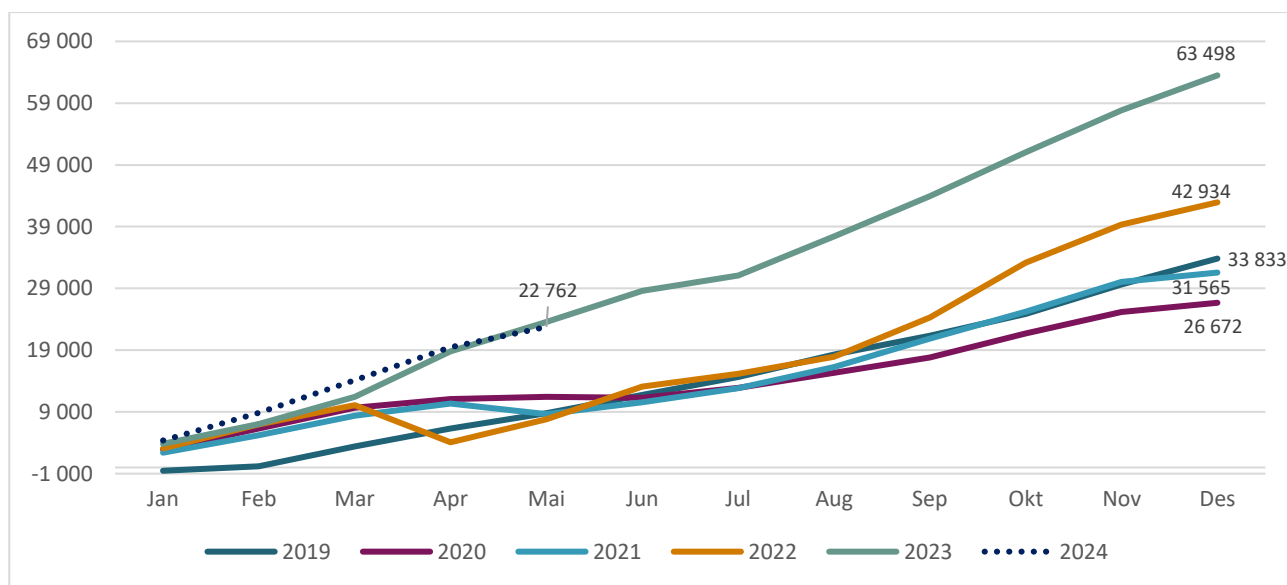


Kilde: FLO.

Fortsatt stor tilvekst av listeinnbyggere

Det er kontinuerlig sirkulasjon av innbyggere i fastlegeordningen ved at mennesker dør eller flytter ut av landet og at nye personer kommer inn, i hovedsak nyfødte og innvandrere. Noen få velger å ikke være en del av ordningen og reserverer seg. De siste åene har netto tilvekst av nye listeinnbyggere i hovedsak økt på grunn av mer innvandring, og spesielt på grunn av krigen i Ukraina. I desember 2023 var det 64 000 flere innbyggere i fastlegeordningen enn ett år tidligere, og veksten var den høyeste de siste fem år. Veksten inn i 2024 ser så langt ut til å følge kurven fra 2023. En del av legeveksten bidrar til at helt nye innbyggere med rett til fastlege kommer raskere på en fastlegeliste.

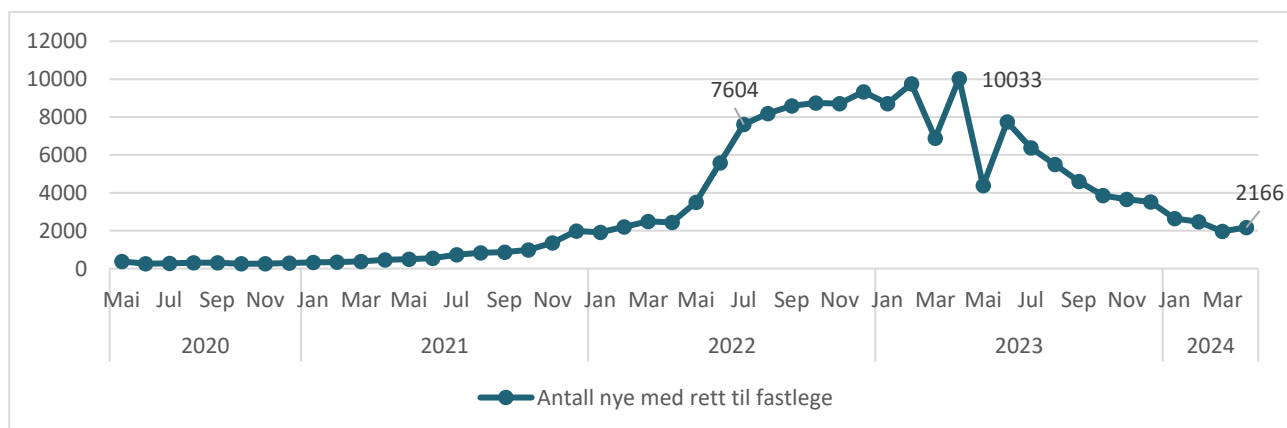
Figur 8.4. Endring i antall innbygger i fastlegeordningen. Endring hver måned fra desember året før i årene 2020 til 2023 og fram til mars 2024.



Kilde: FLO.

Kontinuerlige tellinger av personer som har rett på fastlege, men som ennå ikke har fått listeplass (ufordelte), viser at antallet som på en angitt dag venter på plass nærmer seg nivået før krigen i Ukraina startet. Antall innbyggere med rett til plass var på sitt høyeste i 2022 og fram til høsten 2023.

Figur 8.5. Antall innbyggere uten listeplass (personer med rett til fastlege som ikke er kommet inn i fastlegeordningen). Punkttellinger per 1 hver måned 2020 til 2024.

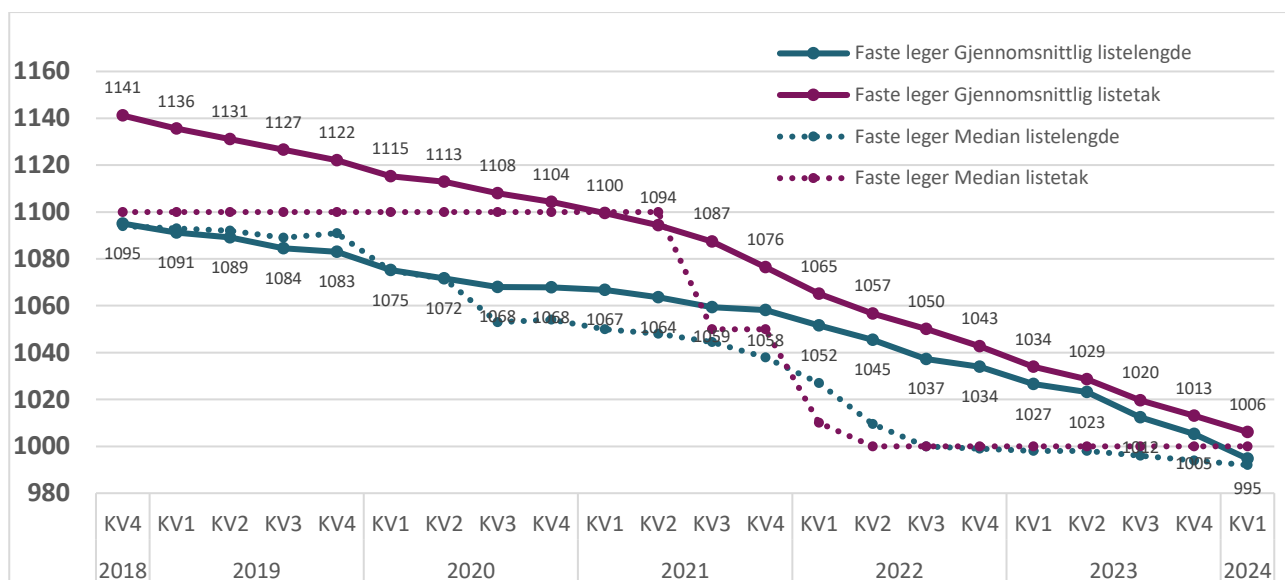


Kilde: FLO.

Gradvis nedgang i lange lister

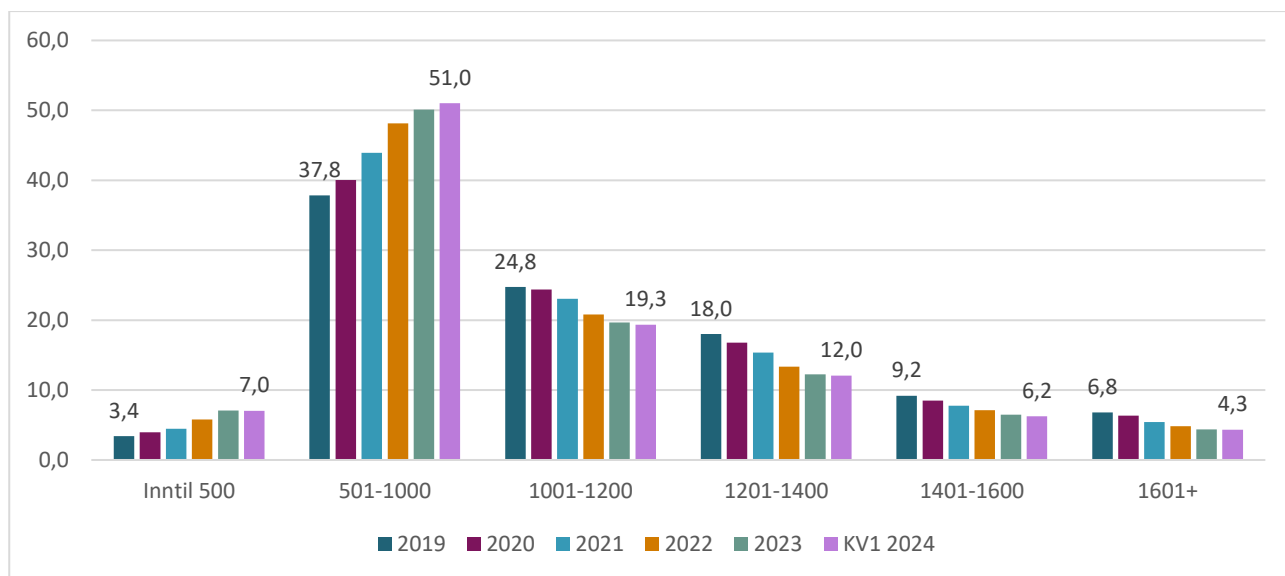
Noe av veksten i fastleger dekker opp for kortere lister. Gjennom 2023 og inn i 2024 fortsatte den gradvise nedgangen både i gjennomsnittlig listelengde og listetak. Medianverdien er den verdien som deler en fordeling i to (midtverdien). Median listetak har ligget på 1000 siden slutten av 2022. Median listelengde har ligget like under, og reduseres litt mot slutten av 2023 og inn i 2024. Utviklingen gjenspeiler en gradvis endring i sammensetningen av listelengde og listetak. Det blir stadig flere lister med listetak under 1000, og andelen med svært lange lister går ned. I 2023 gikk listetaket i gjennomsnitt ned med 30, mens det ble 29 færre listeinnbyggere per liste i gjennomsnitt. Differansen mellom gjennomsnittlig listetak og listelengde er fortsatt liten, selv om vi ser en svak økning inn i første del av 2024.

Figur 8.6. Gjennomsnittlig og median listelengde og listetak per kvartal. Lister med fast lege.



Kilde: FLO.

Figur 8.7. Utvikling i listetak gruppert 4.kvartal 2019 til 2023 og 1. kvartal 2024. Lister med fast lege.



Kilde: FLO.

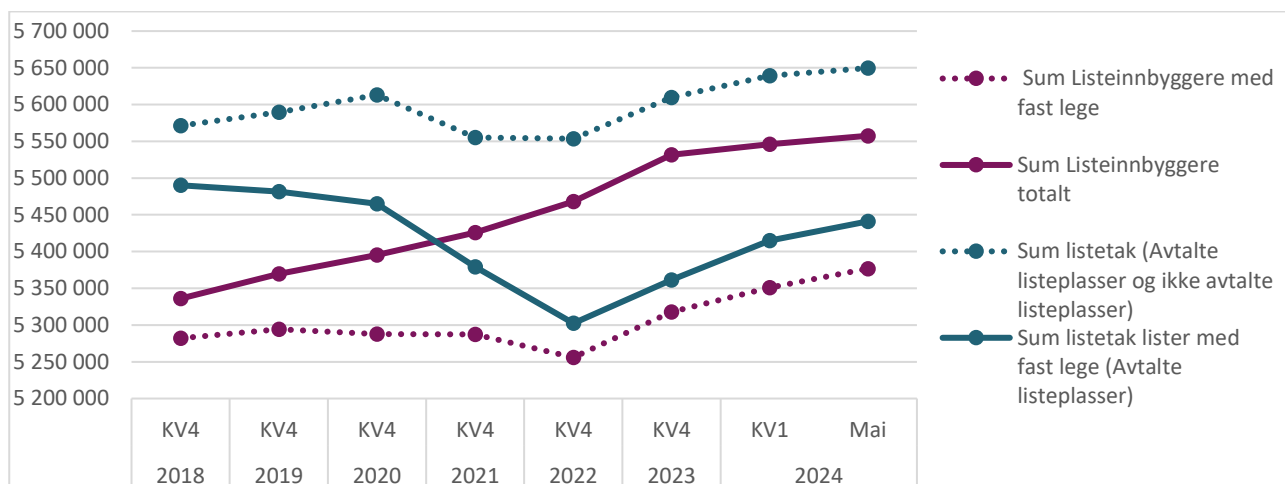
8.2 Ledige plasser og ventelister

Den samlede listekapasiteten i fastlegeordningen kan måles som summen av avtalt listetak (maksimalt antall listeinnbyggere på lista avtalt med kommunen) for alle fastlegelistene. Når listetak sammenholdes med antall innbyggere som står på listene blir differansen et mål på antall ledige plasser/kapasitet. De siste årene har vi sett at listetaket ofte settes ned, men at reduksjon i listelengde ofte skjer gradvis. Mange fastleger har derfor, for kortere eller lengre tid, flere listeinnbyggere enn avtalt listetak. I mange tilfeller har en kommune også flere listeinnbyggere enn sum avtalt listetak for alle fastlegelistene samlet (inklusive ubesatte lister). Dette indikerer en underdekning av listekapasitet.

Antall ledige plasser samlet for landet ble redusert i perioden 2020 til 2023. Den negative trenden snudde mot slutten av 2023, men ved årsskriftet var situasjonen ikke bedret sammenlignet med ett år tidligere. Økt legekapasitet har imidlertid gitt noe flere ledige plasser hittil i 2024, også målt per innbygger.

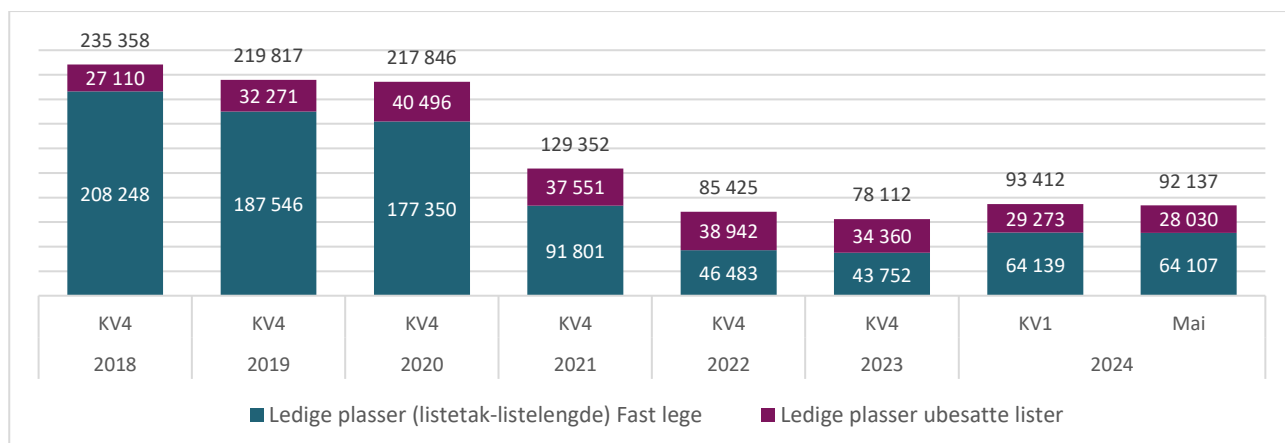
Det er viktig å påpeke at ledige plasser målt som listetak minus listelengde ikke konkret måler antall ledige plasser som per dato er tilgjengelige for personer på venteliste (se mer om dette nedenfor).

Figur 8.8. Utvikling i sum listetak og listeinnbyggere for lister med fast lege og totalt antall lister inklusive ubesatte lister. 4.kvartal 2018 til 2023, samt per 1 mars og 1 mai 2024.



Kilde: FLO.

Figur 8.9. Sum ledige plasser hos fast lege og inkludert ledige plasser på ubesatte lister. Målt som sum listetak minus sum listelengde nasjonalt.

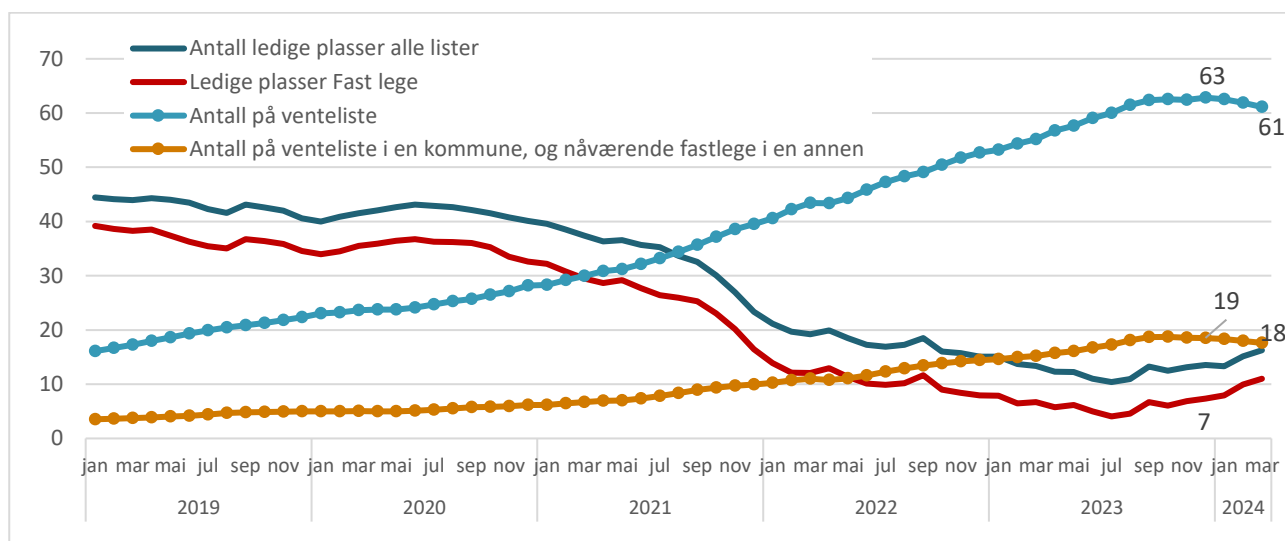


Kilde: FLO.

Fastlegeordningen skal først og fremst sørge for at alle innbyggere har en fastlege. Men hvis ordningen skal fungere godt må det til enhver tid være kapasitet til å håndtere sirkulasjon inn og ut av ordningen, at folk flytter på seg eller av andre grunner ønsker å bytte fastlege. Dette er spesielt viktig når man flytter til en ny kommune som kan være langt unna kommunen hvor man har sin nåværende fastlege.

Foreløpige tall for 2023 viser at det i gjennomsnitt ble foretatt omtrent 15 000 ordinære fastlegebytter⁵⁰ hver måned (direkte bytte). Når det ikke er ledig plass til å bytte direkte kan man velge å stå på venteliste hos en bestemt fastlege, og kun på en liste om gangen. Foreløpige tall viser at i gjennomsnitt 12 600 innbyggere ble tildelt ny fastlege fra venteliste hver måned i 2023. Rekrutteringsutfordringer og svekket kapasitet i fastlegeordningen de siste årene har samlet sett bidratt til færre ledige plasser og en vekst i personer på venteliste slik figur 8.10 nedenfor viser. Det har også vært en relativt stor vekst i antall personer som står på venteliste i en annen kommune enn de har sin eksisterende fastlege. Fra høsten 2023 og til mars 2024 var det en gradvis økning i ledige plasser og en viss utflating av ventelistetallene, samtidig med økt tilvekst av fastleger.

Figur 8.10. Antall ledige plasser og antall på venteliste per måned fra januar 2019 til mars 2024. Per 1000 listeinnbygger.



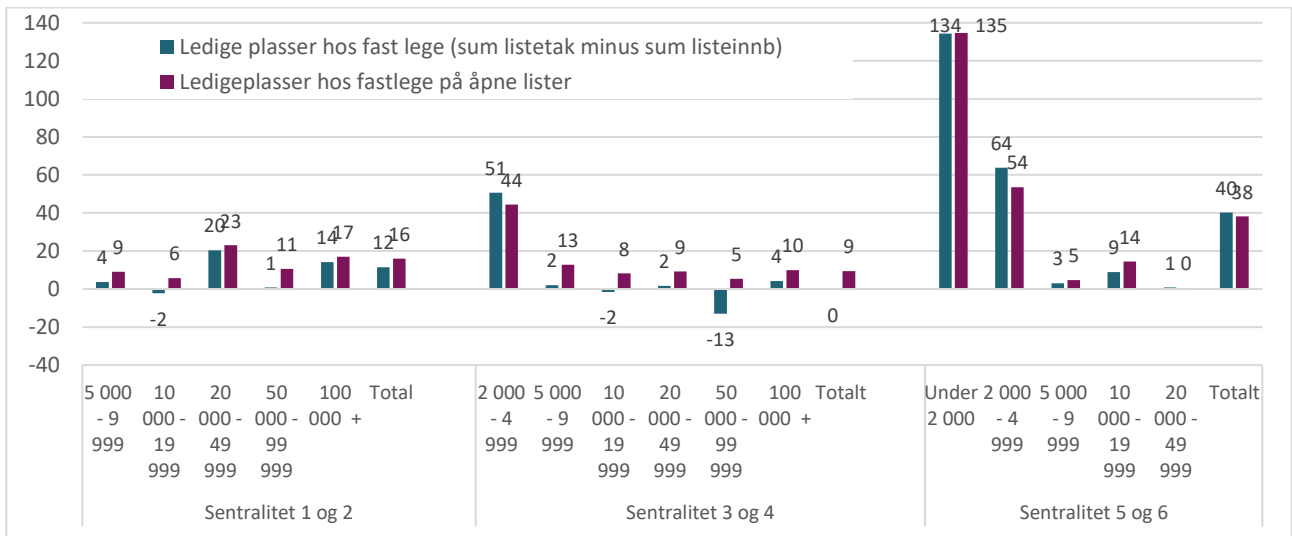
Kilde: FLO.

Situasjonen kan variere mye fra kommune til kommune. Mange usentrale småkommuner sliter med ubesatte lister, mens litt større kommuner ikke har nok kapasitet til at innbyggerne kan bytte lege eller få ny fastlege ved tilflytting. Figur 8.11 nedenfor illustrerer at det er i gruppen av relativt små og mellomstore kommuner, spesielt i sentralitetsklasse 3 og 4 (middels sentrale) det er få ledige plasser hos fast lege. På fylkesnivå er det færrest ledige plasser per innbygger i Rogaland, Agder, Vestfold og Telemark (figur 8.12).

Telemark og Rogaland har flest innbyggere på venteliste (per innbygger), men også Finnmark og Nordland ligger høyt. Agder er en av fylkene med færrest på venteliste per innbygger, men som samtidig har få ledige plasser hos fast lege (figur 8.12).

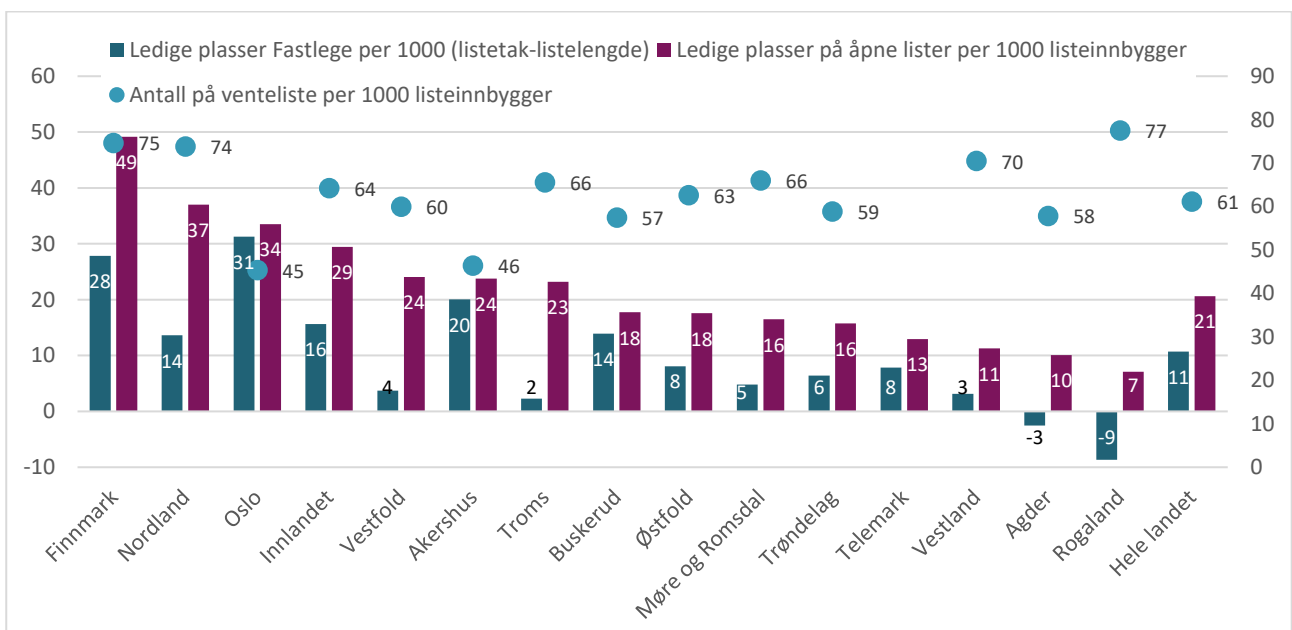
⁵⁰ I tillegg kommer bytter på grunn av at legen pensjoneres eller slutter og derfor har avsluttet sin praksis (mest vanlige) eller at legen har redusert praksis. Dette er bytter som ikke er initiert av listeinnbyggeren selv.

Figur 8.11. Ledige plasser målt som listetak minus listelengde hos fast lege og ledige plasser hos fast lege på åpen liste*. Per 1000 listeinnbygger fordelt etter kommunistørrelse og sentralitet, 1.kvartal 2024.



Kilde: FLO.

Figur 8.12. Ledige plasser og antall på venteliste etter fylke per 1. kvartal 2024.



Kilde: FLO.

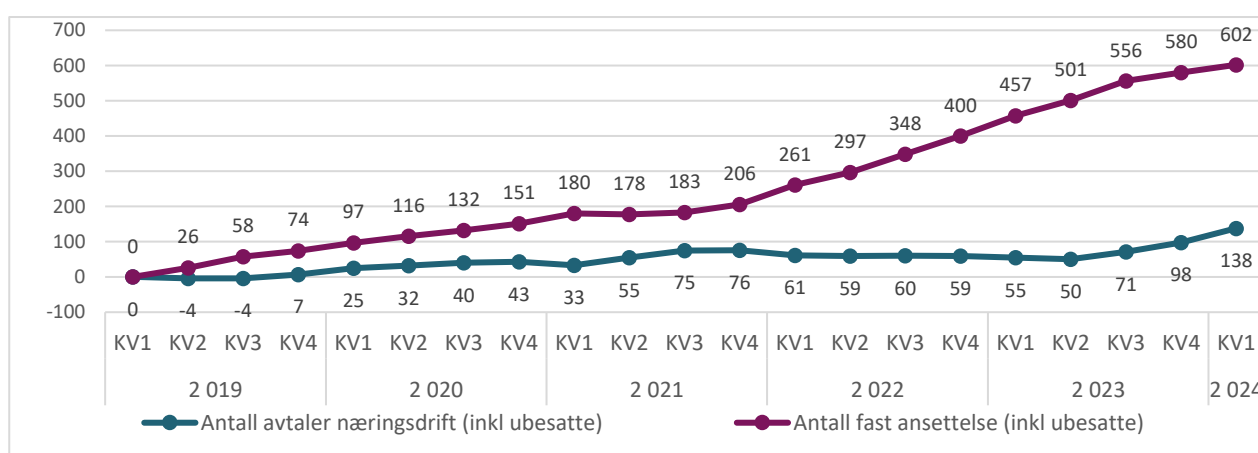
Det er generelt sett færrest på venteliste i de mest sentrale delene av landet. Det er mellomstore kommuner i middels sentrale og lite sentrale kommuner som har flest på venteliste (Se figur V8.3 i vedlegg).

8.3 Antall fast ansatte fastleger øker fortsatt - også vekst i næringsdrivende inn i 2024

Ved utgangen av 2023 var 20 prosent av fastlegene fast ansatt, en økning på to prosentpoeng fra året før (se tabell 8.1). Antall leger med fast ansettelse har økt gjennom hele 2023 (+ 17 prosent) og fortsetter inn i 2024. Tall fra følgeevalueringen viser at omtrent halvparten av de nye fastlegene i 2023 var kommunalt ansatte.⁵¹

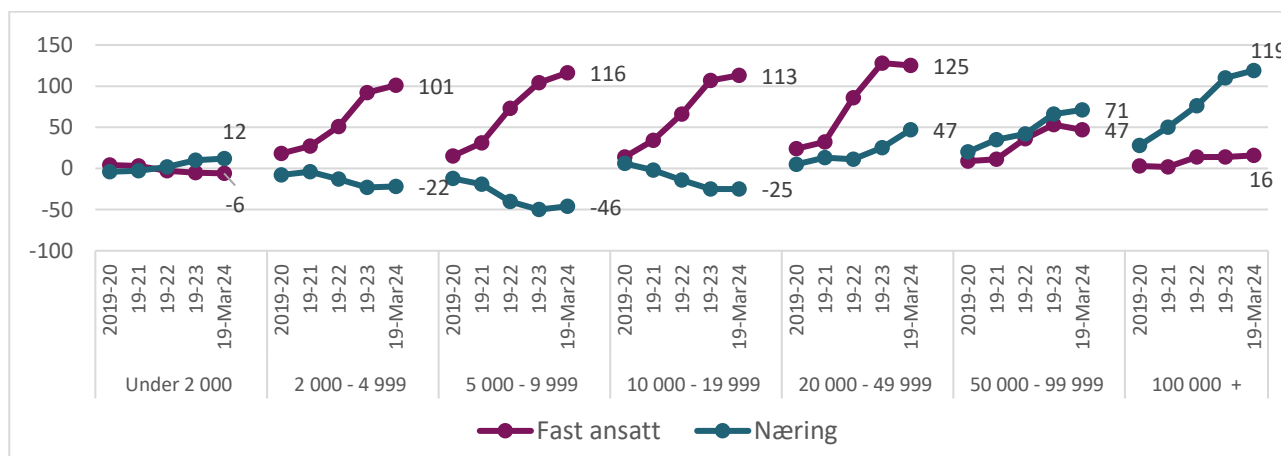
De siste årene har det vært lite vekst i avtaler med næringsdrift, men tilveksten økte i siste del av 2023 og fortsetter så langt i 2024. I de befolkningsmessig største kommunene har veksten i fastleger i perioden 2019 til 2024 i hovedsak vært knyttet til næringsdrift (samlet sett), mens mellomstore og mindre kommuner i større grad har hatt vekst i fast ansettelse og samtidig noe nedgang i næringsdrivende fastleger.

Figur 8.13. Kumulativ endring i antall lister med fast ansatt versus næringsdrivende lege. Fra kvartal 1 2019 til kvartal 1 2024.



Kilde: FLO

Figur 8.14. Kumulativ endring i antall fastlegeavtaler etter driftsform og kommunestørrelse. 2019=0. Inklusive ubesatte lister på telledato. Årlig endring fra 2019 til 2023, samt 1 kvartal 2024.



Kilde: FLO.

⁵¹ [Evaluering av tiltak i allmennlegetjenesten, Evalueringsrapport III, 2024, Oslo Economics og Universitetet i Oslo, Institutt for helse og samfunn](#)

8.4 Vikarbruk

8.4.1 Noe vekst i vikarbruk

Legevikarer brukes både til å dekke opp for fastlegers fravær og til å betjene ubesatte fastlegelister. I en situasjon med flere ubesatte lister og høyt press, er fastlegetjenesten helt avhengig av god tilgjengelighet til kompetente vikarer. Omfattende vikarbruk og hyppig skifte av vikarer gir lav kontinuitet i tjenesten. Det er samtidig svært viktig at man har tilstrekkelig med vikarer for å få tjenesten til å fungere godt, og avgjørende at innbyggere på ubesatte lister har tilgang til lege.

Vikarbruk måles her på to måter:

- 1) Andel lister med fast lege og lister uten fast lege som har hatt vikar siste måned (hvor mange).⁵²
- 2) Sum beregnede vikardager⁵³ korrigert for stillingsprosent basert på rapporterte vikaravtaler (hvor mye).

Utvikling i andel lister med vikar

Figur 8.15 viser at andelen fastlegelister (inklusive ubesatte) som har hatt vikar i løpet av siste måned var på 28 prosent i desember 2023, og varierte gjennom året fra 25 til 30 prosent. Det er en liten vekst i andel lister med vikar på et par prosentpoeng både i 2022 og 2023.

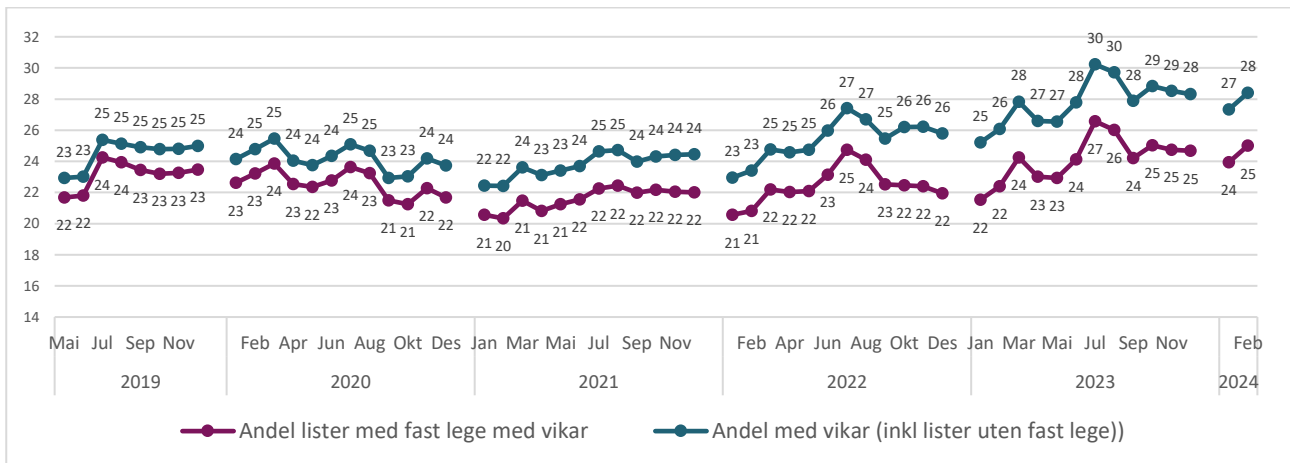
Nesten 80 prosent av vikaravtalene er knyttet til lister med fast lege. Fastlegene og kommunene er avhengige av god tilgang til vikarer ved ulike former for fravær og behov for avlastning. I siste del av 2023 hadde omkring 25 prosent av fastlegene hatt vikar i løpet av siste måned. Av figur 8.17 ser vi at andelen øker til 42 prosent gjennom et helt år. Antall unike vikarer per fastlege har vært ganske stabilt.

Når en fastlege slutter kan listen bli stående uten fastlege hvis det ikke ansatt en ny (liste uten fast lege). Det er vanligvis ikke kapasitet til å bruke andre fastleger til å dekke opp for ubesatte lister. Gjennom 2023 hadde 84 til 88 prosent av listene uten fast lege hatt vikar siste måned (figur 8.16). Det var litt høyere vikarbruk fra slutten av 2022 og gjennom 2023 enn tidligere. For hele 2023 var andelen 89 prosent. For lister uten fast lege er det en liten vekst i andel lister som har hatt 3 eller flere unike vikarer. Jo lenger tid en liste står ubesatt, dess større vil sannsynligheten være for at man har hatt mer enn en vikar. Dette kan variere i ulike deler av landet. Per desember 2023 sto 322 lister uten fast lege, men var redusert til 277 i mai 2024.

⁵² Gjelder innmeldte og registrerte vikaravtaler av både kort og lang varighet. Dette inkluderer dekning av alle typer fravær hvor man har inngått en vikaravtale (for eksempel permisjoner, sykefravær med mer). Delelegeavtaler⁵² inngår ikke her.

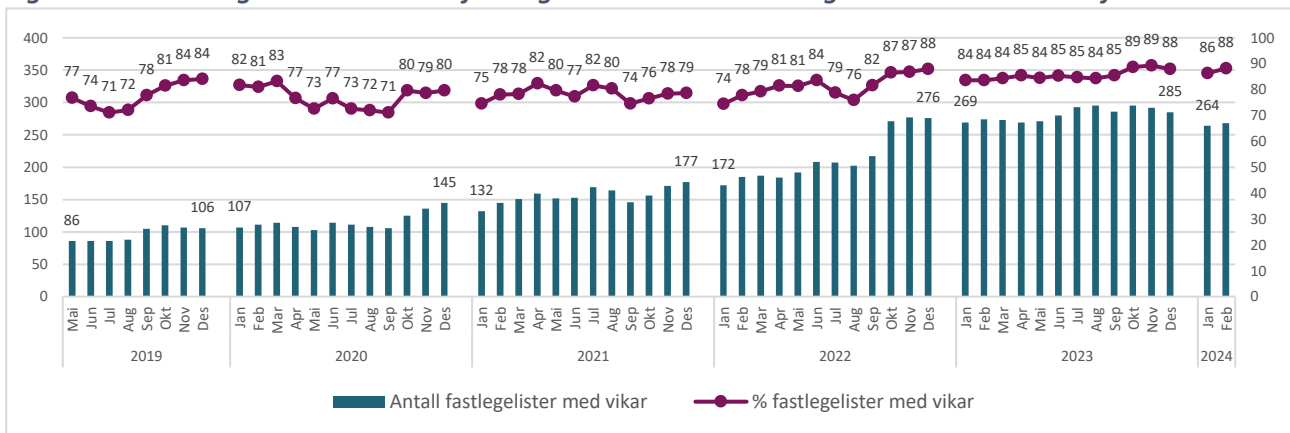
⁵³ Sum vikardager er et grovt mål basert på registrert start og slutt på vikaravtaler og korrigert for stillingsprosent. En vikaravtale på 100% setter lik 5 vikardager i uka og 50% 2,5 dager. Det forutsettes at vikarprosenten i stor grad angis i henhold til arbeidsdager i uka og ikke settes 100 prosent når fastlegen arbeider lavere stillingsandel. Vi har ikke kunnskap om eventuelle systematiske skjevheter i registrering av stillingsprosent på vikarer, men det er sannsynligvis noen avvik. Gitt at disse er stabile vil vi likevel kunne gi et relativt godt bilde av utviklingen. Det tas hensyn til virkedager i perioden avtalen er gyldig.

Figur 8.15. Andel lister med tilknyttet vikar siste måned, fra mai 2019 til mars 2024. Alle lister og lister med fast lege. Punkttellinger.



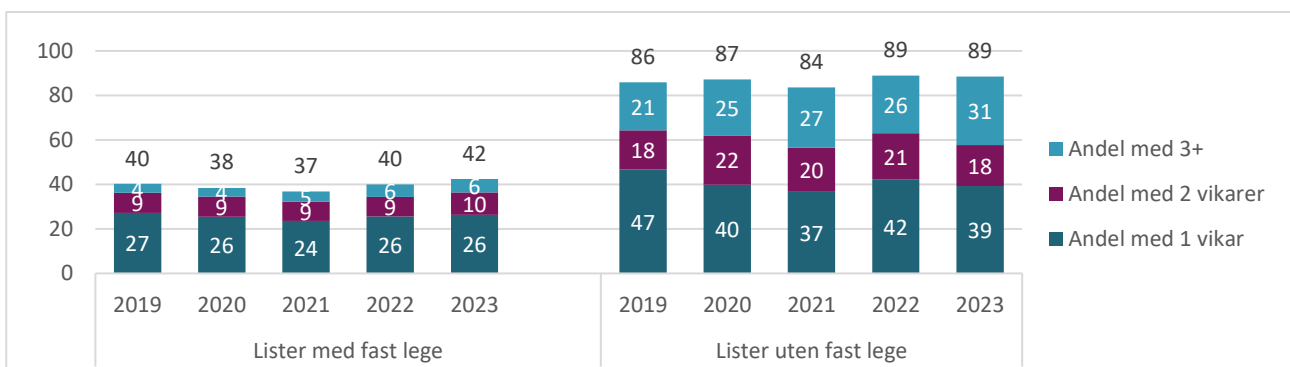
Kilde: FLO.

Figur 8.16. Antall og andel lister uten fast lege med vikaravtale i angitt måned. Mai 2019- februar 2024.



Kilde: FLO.

Figur 8.17. Andel fastlegeavtaler og lister uten fast lege registrert med minst en vikar i løpet av året (inkl. pågående og avsluttede avtaler). 2019 til 2023. Avtalene kan være av varierende lengde*.

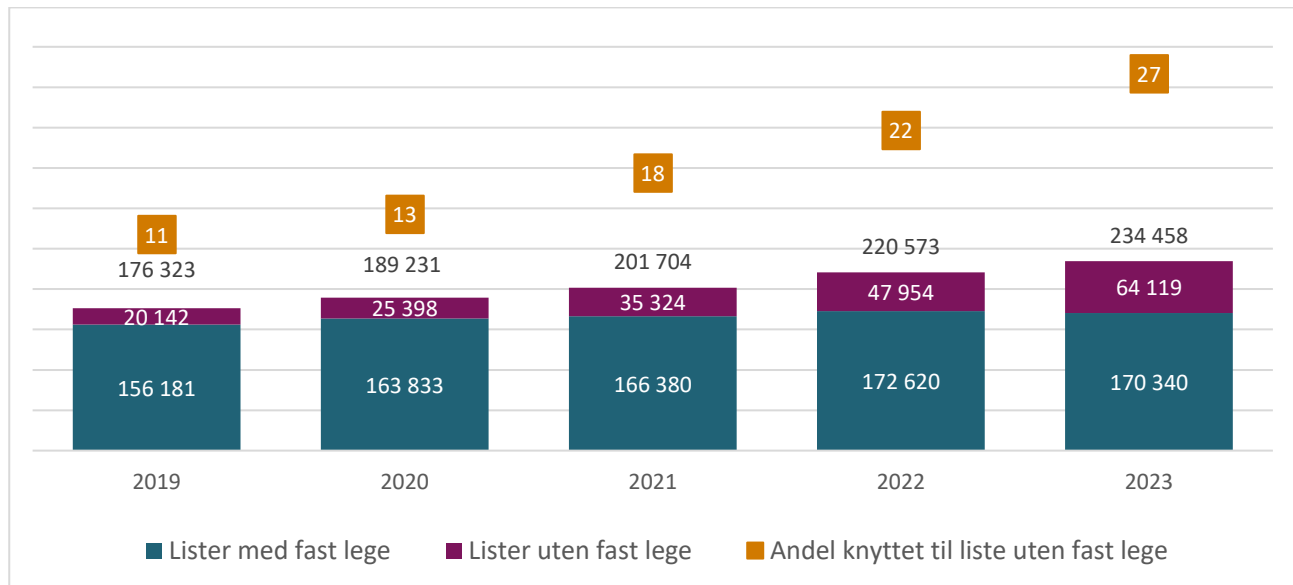


Kilde: FLO. *Vikaravtalene er knyttet til en bestemt lege eller en liste uten fast lege (gis egen id). En del fastlegelister skiftet fastlege i perioden.

Antall vikardager øker for lister uten fast lege

Vikaravtalene kan variere mye i stillingsprosent og varighet. For å få et bredere bilde av vikarinnsatsen/ressursbruken beregnes et grovt mål på antall vikardager (omregnet til hele virkedager med vikar i en gitt periode). Antall beregnede vikardager i fastlegeordningen økte ut fra dette med omtrent 6 prosent i 2023 basert på innmeldt informasjon. Veksten var knyttet til vikar på lister uten fast lege, som utgjør nesten en tredjedel av antall vikardager. Vikardagene utgjør grovt sett omtrent 930 årsverk og 42 dager i året per fastlegeliste, men varierer mye fra kommune til kommune, hvor innslag av ubesatte lister er viktig. Fra 2019 til 2023 økte antall beregnede vikardager med 33 prosent.

Figur 8.18. Antall beregnede vikardager per år 2019 til 2023*.



Kilde: FLO. *Høsten 2021 ble alle kommunene bedt om å gjennomgå tallgrunnlaget for lister uten fast lege. Det bidro til at en del lister endret status fra besatte til ubesatte i FLO.

Tabell 8.2. Vikardager per listeinnbygger, per liste og antall beregnede vikarårsverk fra 2019 til 2023.

	2019	2020	2021	2022	2023	Endr 2022-2023	Endr. 2019-2023
Beregna vikardager per 1000 listeinnb.	33	35	37	40	42	2	10
Beregna vikardager per liste	35	37	39	41	42	1	7
Beregnete årsverk	708	751	800	872	934	62	226

Kilde: FLO.

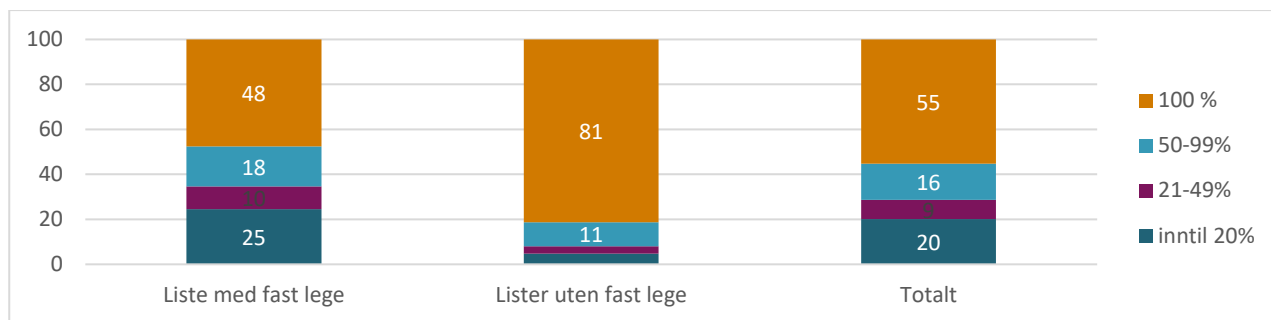
8.4.2 Stillingsprosent og varighet av vikaravtaler samvarierer

I dette avsnittet ser vi på stillingsprosent og varighet for vikaravtaler som var aktive i 2023 og januar 2024. I denne perioden hadde 2 642 unike vikarer 6 076 vikaravtaler med 2 492 fastleger, og 1 781 avtaler knyttet til 508 lister uten fast lege. 65 prosent av vikarene var under 40 år, mens dette gjaldt 40 prosent av fastlegene som brukte vikar (se tabell V8.1 i vedlegg). De fleste avtalene som var aktive i perioden vi ser på var opprettet i 2022 og 2023, men noen få avtaler er registrert med startdato helt tilbake til 2015. På samme måte har de

aller fleste avtalene en sluttdato i 2023 eller 2024, men noen få er registrert med en sluttdato mange år fram i tid, også etter 2030.

Over halvparten av vikaravtalene gjeldende i 2023 og januar 2024 var vikariater i 100 prosent. Vikariater for å dekke lister uten fast lege var i 81 prosent av tilfellene i 100 prosent stilling, mens det gjaldt 48 prosent av vikariater for fastleger (liste med fast lege). 2 av 3 avtaler i 100 prosent var likevel vikariat for faste leger. Omtrent 1 av 4 vikaravtaler for fastleger var på 20 prosent eller mindre.

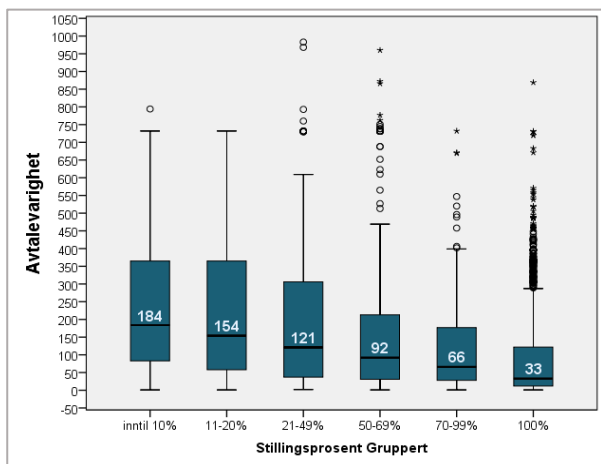
Figur 8.19. Sammensetning av stillingsprosenten på vikaravtaler etter om vikaren er tilknyttet lister med fast lege eller ikke.



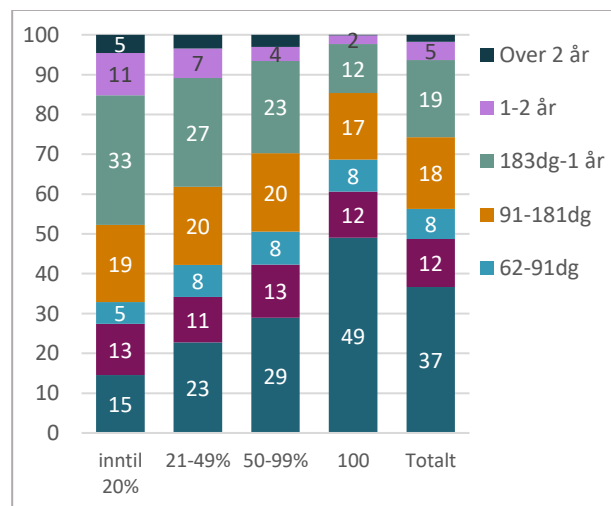
Kilde: FLO.

Det er en klar samvariasjon mellom avtalt varighet på vikaravtalene og stillingsprosent slik figurene 8.20 og 8.21 viser. Langvarige avtaler har ofte lav stillingsprosent, mens avtaler med kort varighet oftere har høy stillingsprosent.

Figur 8.20. Avtalevarighet etter stillingsprosent 50% avtaler er innen bredden på boksen, Median verdi angitt.



Figur 8.21. Vikaravtaler fordelt etter stillingsprosent og varighet.

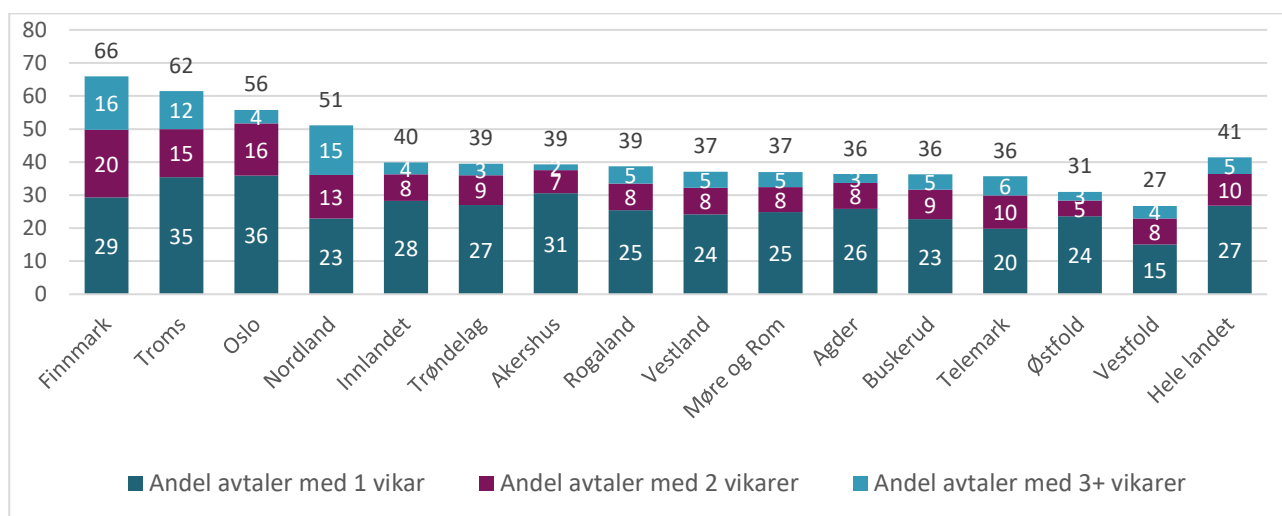


Hele 37 prosent av vikaravtalene hadde en avtalt varighet på under 32 dager (rundt en måned eller mindre) og dette gjelder 49 prosent av avtalene på 100 prosent stilling. Vi har ikke kartlagt hvor ofte kortvarige avtaler med høy stillingsprosent forlenges.

8.4.3 Forskjeller i vikarbruken etter fylker og sentralitet

Figur 8.22 viser ganske store forskjeller mellom fylkene i andelen fastleger som har hatt vikar i 2023. De tre nordligste fylkene, samt Oslo, hadde en høyere andel fastleger med vikar enn de andre fylkene (fra 51 fra 66 prosent). I 9 av fylkene lå andelen mellom 36 og 40 prosent, mens færrest fastleger hadde vikar i Vestfold med 27 prosent. Når det gjelder Oslo vet vi fra tidligere statusrapporter at gjennomsnittsalderen på legene er høyere enn i andre fylker og at de i større grad enn vanlig har vikarer med lav stillingsprosent over lengre tid⁵⁴. Fastlegene i de tre Nordligste fylkene hadde også den største andelen lister med mer enn en vikarer (hhv 36 og 27 prosent), men også i Oslo hadde 20 prosent av fastlegene mer enn en vikarlege.

Figur 8.22 Andel fastleger som har hatt vikar og antall vikarer per liste ilt av siste år fordelt etter fylke i 2023. Sortert etter andel med vikar.



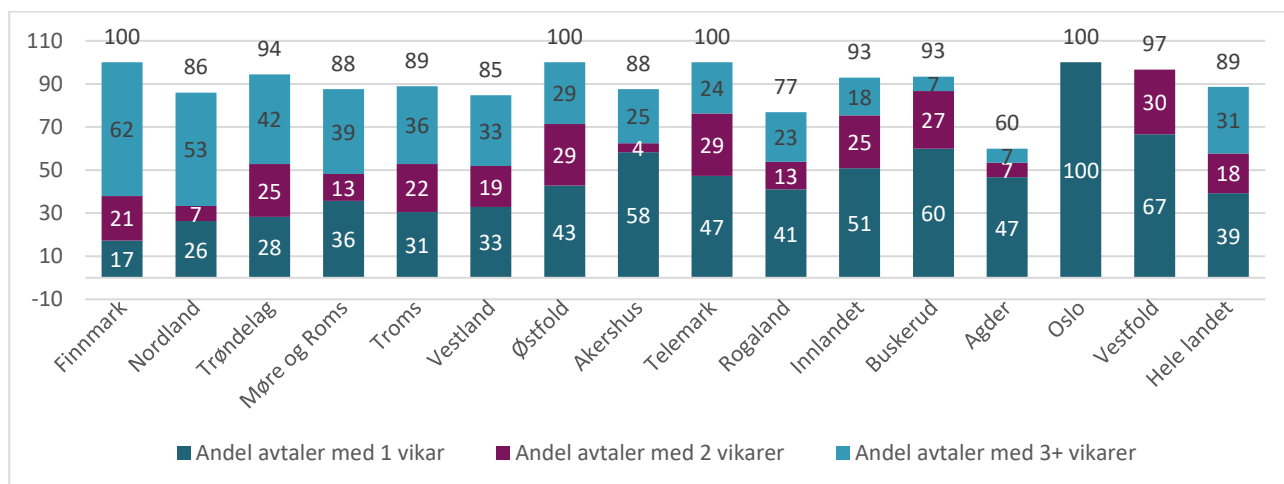
Kilde: FLO

Som vist i kapittel 9.1 varierer andelen lister uten fast lege mye mellom fylkene og samvarierer med andelen små usentrale kommuner⁵⁵. Fylker med størst utfordringer med rekruttering og stabilisering vil kanskje også ha lengre varighet på ubesatte lister og derfor har flere vikarer gjennom et år. Figur 8.23 viser at Finnmark hadde den største andelen lister med 3 eller flere forskjellige vikarer på samme liste (62 prosent), etterfulgt av Nordland, Trøndelag og Møre og Romsdal. Siden 2019 har andelen ubesatte lister med mer enn 3 vikarer i året økt mest i de minst sentrale kommunene (sentralitetsgrad 6) (se figur V8.4 og V8.5 i vedlegg).

⁵⁴ Helsedirektoratet 2021 Oppfølging av Handlingsplan for allmennlegetjenesten 2020-2024. Årsrapport 2020
Helsedirektoratet 2023. Handlingsplan for allmennlegetjenesten - årsrapport 2022, inklusive status per mai 2023.

⁵⁵ Se vedlegg figur V8.1 og V8.2.

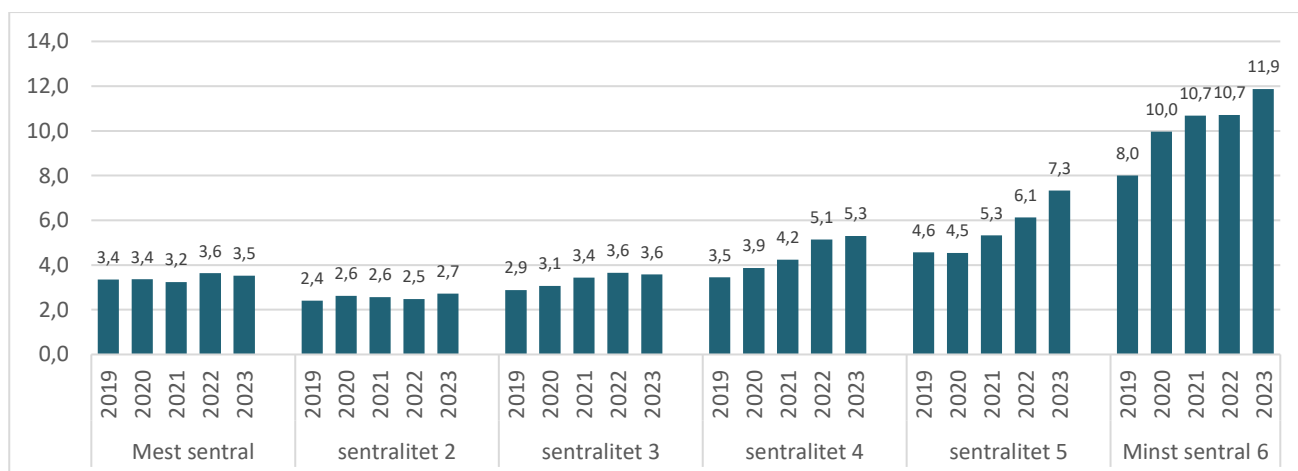
Figur 8.23 Andel lister uten fast lege med vikar og antall vikarer per liste ilt av siste år fordelt etter fylke i 2023. Sortert etter andel med 3 eller flere vikarer.



Kilde: FLO

Figur 8.24 viser også at veksten i beregnede vikardager samlet sett er større i de minst sentrale kommunene (sentralitetsklasse 5 og 6)⁵⁶. Det er tydelig også at andelen beregnede årsverk som gjelder vikarer på ubesatte lister øker med lavere sentralitet. I de mest sentrale kommunene er det svært lite vikarbruk på grunn av ubesatte lister (se figur 8.25).

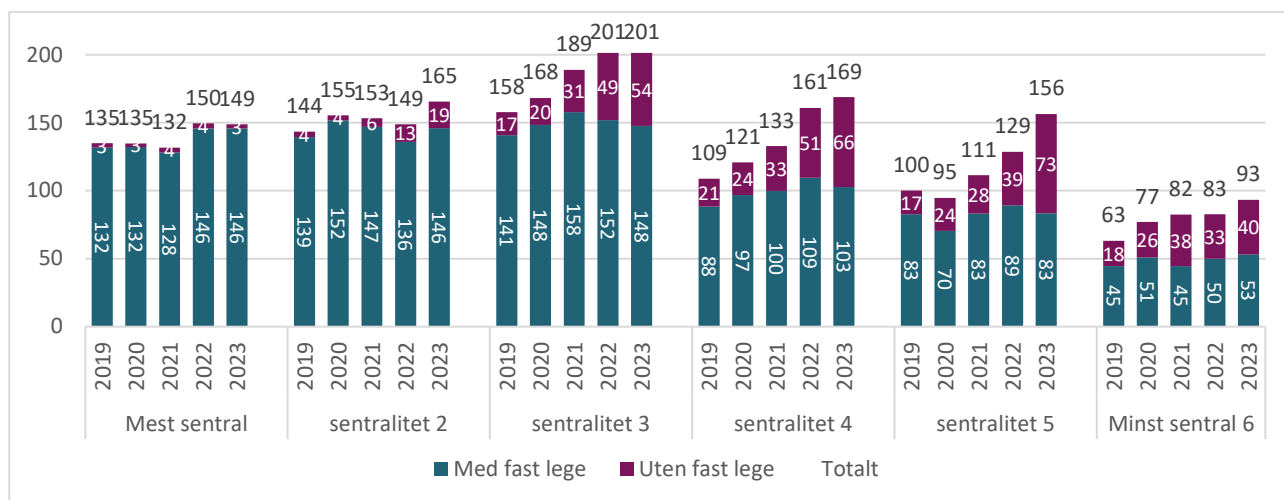
Figur 8.24. Antall beregnede vikardager per 1000 listeinnbygger. 2019-2023.



Kilde: FLO

⁵⁶ Det må tas forbehold om at antall konkrete vikardager i realiteten kan være noe lavere hvis for eksempel det er ansatt vikarer på intervallturnus i høy stillingsprosent over lengre tid.

Figur 8.25. Antall beregnede vikårsværk etter sentralitet og listestatus. 2019-2023.

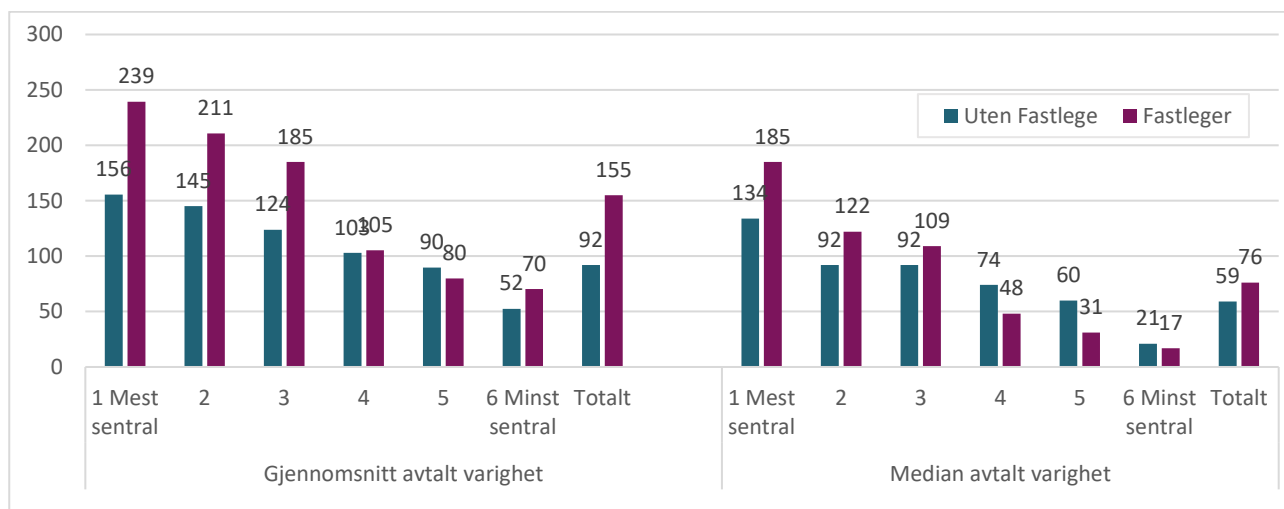


Kilde: FLO

Høyere stillingsprosent og kortere avtalevarighet i de minst sentrale kommunene

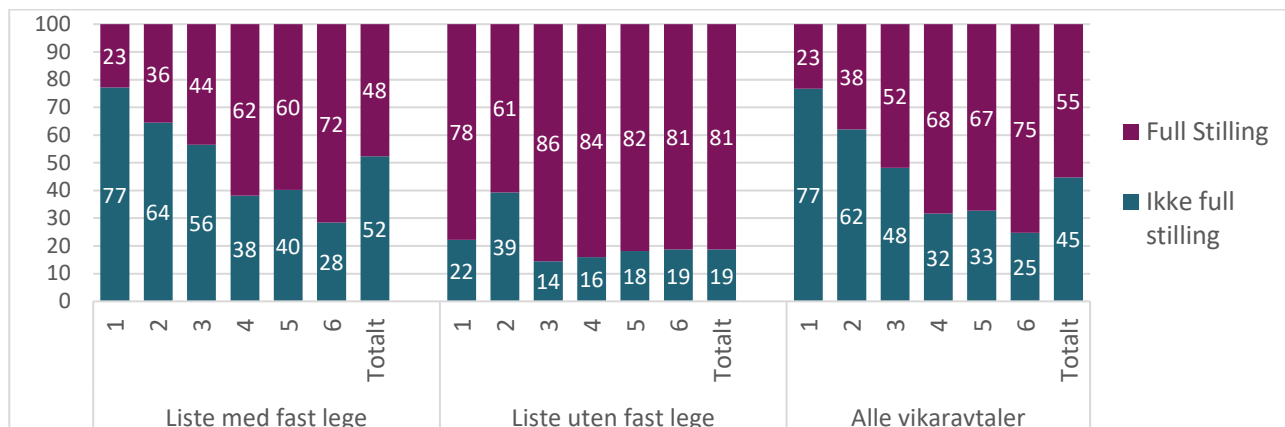
Det er en tydelig samvariasjon mellom sentralitet, avtalevarighet og stillingsprosent. I de mest sentrale kommunene er det et høyere innslag av lang varighet på vikaravtalene og lavere stillingsprosent, mens de minst sentrale kommunene i langt større grad har avtaler med kortere varighet og høy stillingsprosent. Vikarer på ubesatte lister har i hovedsak full stilling på avtalen både i sentrale og mindre sentrale kommuner.

Figur 8.26. Avtalt avtalevarighet, vikaravtaler inngått i 2023 og januar 2024. Etter sentralitet og om vikaravtalen er knyttet til liste uten fast lege eller fastleger.



Kilde: FLO

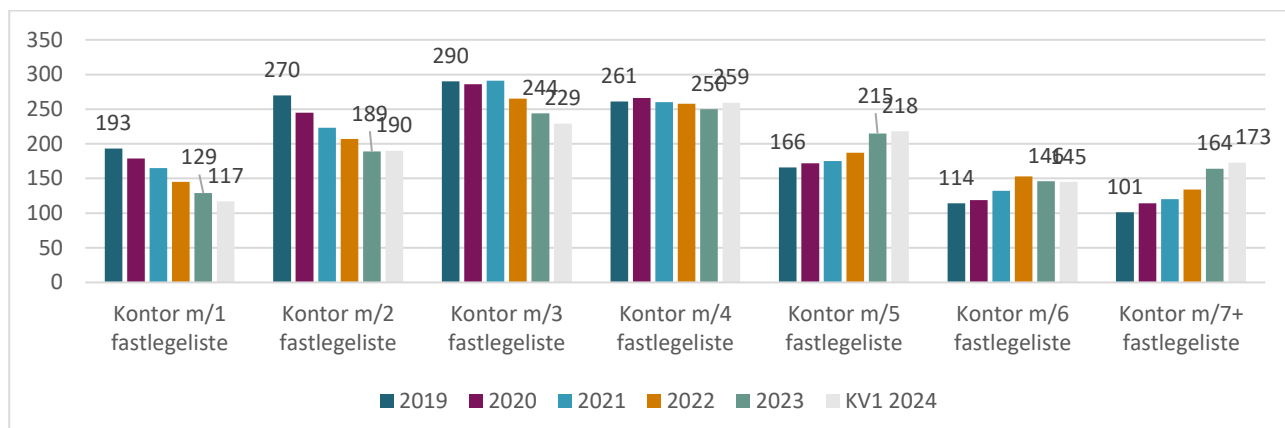
Figur 8.27. Andel vikaravtaler i full stilling. Avtaler inngått i 2023 og januar 2024. Etter sentralitet (1 mest sentral til 6 minst sentral) og om vikaravtalen er knyttet til liste uten fast lege eller fastleger.



8.5 Flere leger på fastlegekontorene

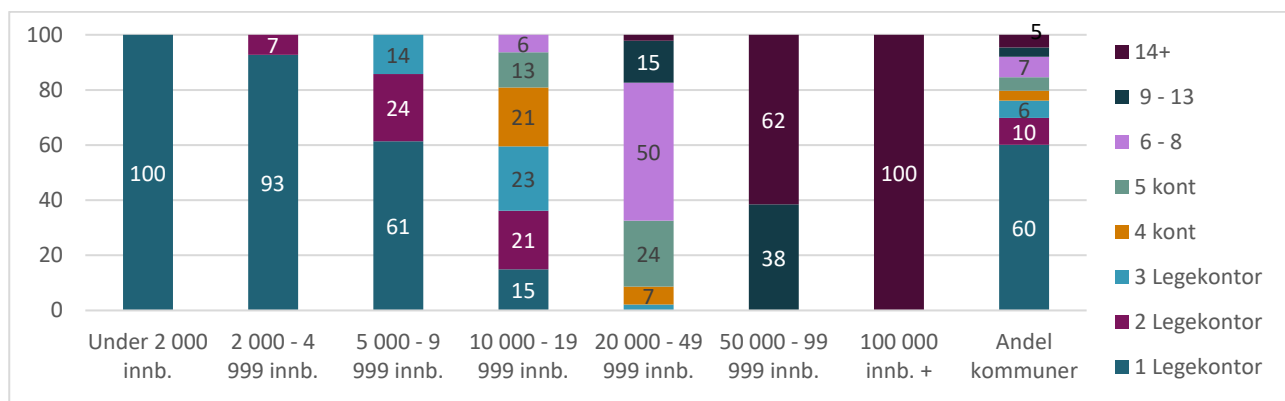
Per mars 2024 var det registrert 1 331 legekantor i det administrative systemet for fastlegeordningen (FLO). Det kan være at antall fysiske lokasjoner for legekantor er litt høyere. Det aller mest vanlige at det er 4 leger på kontoret, og omtrent 2 av 3 kontor har mellom 3 og 6 leger. 23 prosent av kontorene har 1 eller 2 leger, men utgjør bare 8 prosent av fastlegene. I andre enden har 13 prosent av kontorene 7 eller flere leger, og omfatter 27 prosent av lister/leger. Kun 3 prosent (41 kontor) har 10 eller flere leger på kontoret (se figur V8.6 i vedlegg). Siden 2019 har det blitt færre kontor med en, to eller tre leger, mens det er blitt flere med fem, seks, sju eller flere leger.

Figur 8.28. Utvikling i kontorstørrelse 2019 til 2023, og 1. kvartal 2024.



Antall legekantor i en kommune vil selvsagt variere med befolkningsgrunnlaget. I de aller minste kommunene (under 2 000 innbyggere) er det naturlig nok bare ett legekantor, og det gjelder også 93 prosent av kommunene med 2 000 til 5 000 innbyggere, og 61 prosent av kommunene med 5 000-9 999 innbyggere. Hele 60 prosent av kommunene i Norge hadde per mars 2024 bare ett legekantor registrert i FLO.

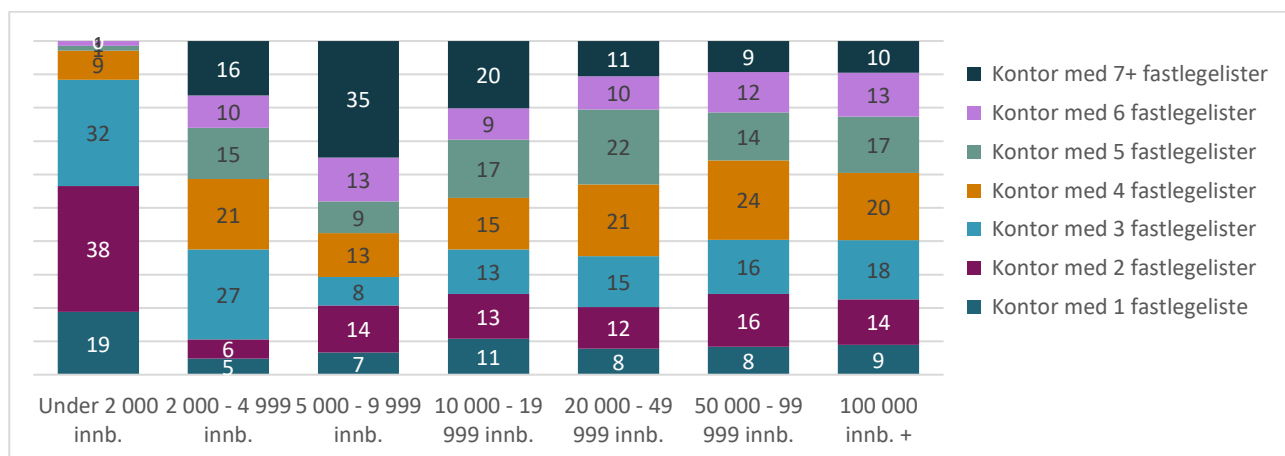
Figur 8.29. Antall legekantor i kommunene. Prosentfordeling etter kommunestørrelse, per mars 2024.



Kilde: FLO

Antall leger per kontor varierer også med kommunestørrelse. I de fleste kommunene varierer antall leger på kontoret fra 1 til 5 fastleger/lister, men 57 prosent av kontorene har 1 eller 2 leger. I gruppen kommuner med 5 000 til 9 000 innbyggere var 35 prosent av kontorene bemannet med 7 eller flere leger. I de tre kommunegruppene med innbyggertall fra 20 000 og oppover er fordelingen av små og store kontor ganske lik mellom kommunegruppene. Omtrent 20 prosent har 6 eller flere leger og rundt 20 prosent har 1-2 leger.

Figur 8.30. Andel av fastlegelister og kontor fordelt etter kontorstørrelse (antall fastlegelister) og kommunestørrelse, per mars 2024.

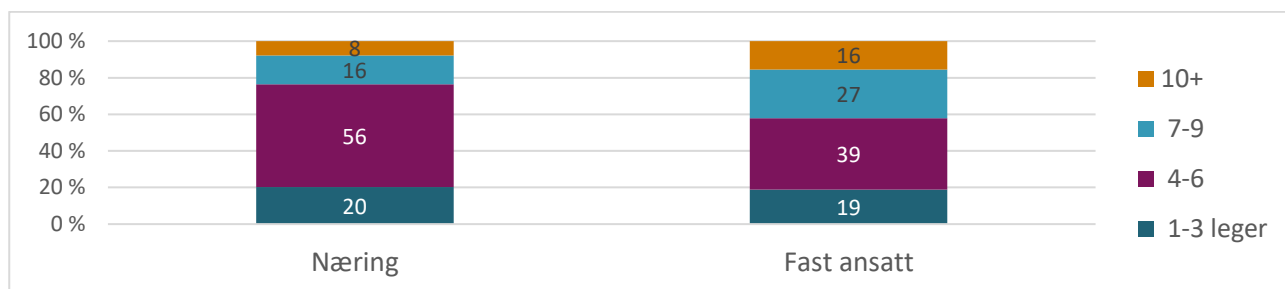


Kilde: FLO

Nesten 80 prosent av fastlegene har næringsdrift som driftsform. I mars 2024 arbeidet 56 prosent av disse på et kontor med 4-6 leger, mens 24 prosent tilhørte et større legekantor. 42 prosent av de fast ansatte legene arbeidet på et legekantor med 6 eller flere leger. Forskjellen kan delvis gjenspeile samvariasjon mellom kommunestørrelse og andelen leger med næringsdrift. Det er likevel en tendens til at fast ansatte leger i noe større grad enn næringsdrivende har litt flere legekolleger på legekantoret både i store og mindre befolkningsrike kommuner (Se figur V8.7 i vedlegg). Videre viser figur 8.32 at listelengden per lege samvarierer med antall leger på kontoret, både i små og store kommuner). Kontor med få leger har i gjennomsnitt flere listeinnbyggere per lege.

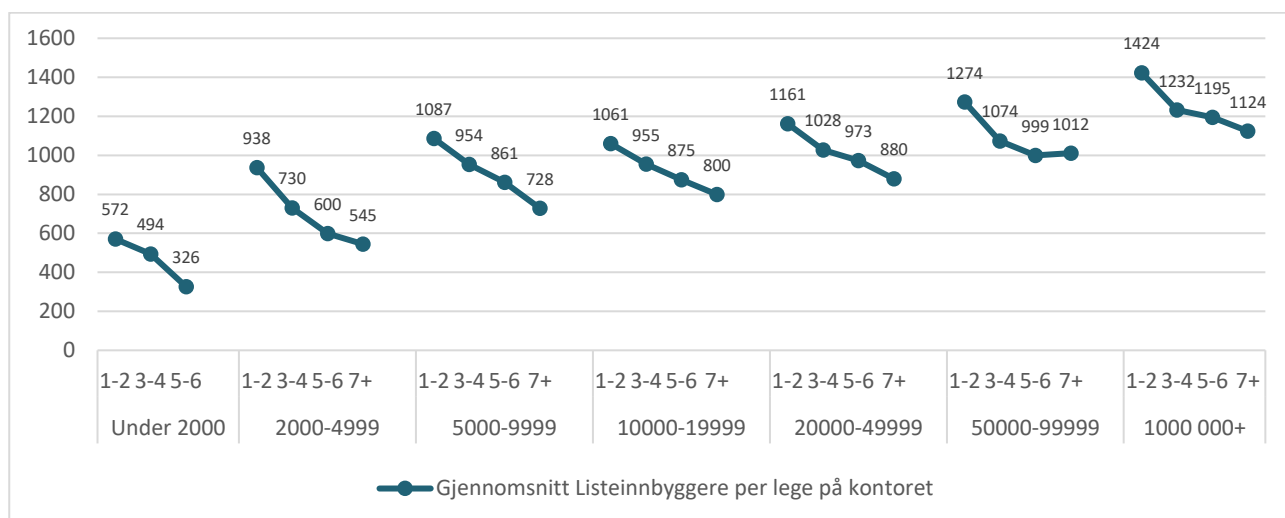
De yngre legene har oftere flere kolleger enn leger over 55 år (se figur 8.33). Aldersprofilen kan påvirkes av flere forhold, for eksempel at yngre ALIS-leger i en periode arbeider i kommunalt legekantor som ofte er større.

Figur 8.31. Andel leger fordelt etter driftsform og størrelsen på fastlegekontoret. 1.kvartal 2024.



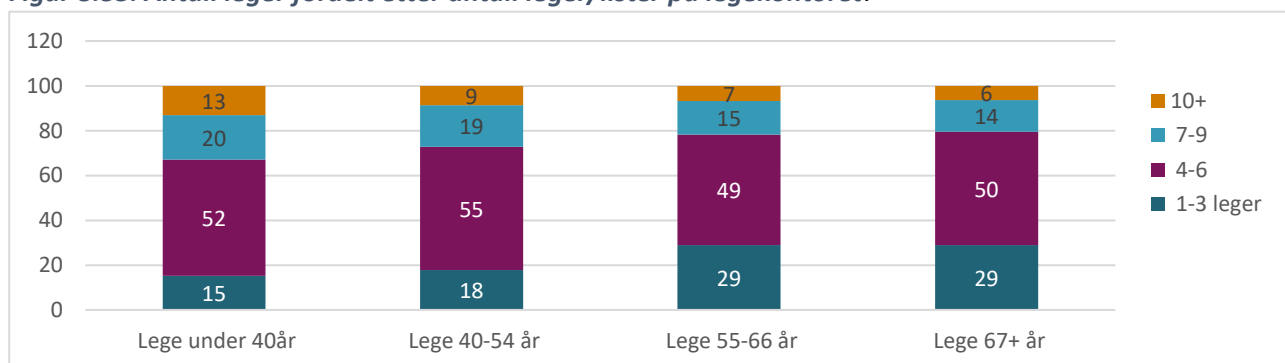
Kilde: FLO

Figur 8.32. Gjennomsnittlig antall listeinnbyggere per lege etter antall leger/lister på kontoret (1-2, 3-4, 5-6, 7+) og kommunestørrelse.



Kilde: FLO

Figur 8.33. Antall leger fordelt etter antall leger/lister på legekontoret.



Kilde: FLO

9 BEFOLKNINGENS BRUK AV FASTLEGE OG LEGEVAKT

God tilgjengelighet til allmennlegetjenester for befolkningen er viktig. Endringer og stor variasjon i bruken av tjenesten kan indikere endringer eller ulikhet i tilgjengelighet til tjenesten. I dette delkapittelet presenteres endringer i absolutte tall og bruk av ulike typer kontakter med fastlege og legevakt målt per innbygger. Man vil ikke gå inn på årsaker til endringer eller om det er overforbruk/underforbruk av tjenester. Pandemien har påvirket aktiviteten hos fastlege og legevakt i årene 2020 til og med 2022. Tall for 2018 og 2019 presenteres også. Dette for å ha et sammenligningsgrunnlag før pandemien.

Informasjon om datagrunnlag og framstilling

Kapitel 9 presenterer tall for aktivitet og befolkningens bruk av fastlege- og legevaktstjenesten fra 2019 til 2023. (noen tilfeller 2018) til og med 2023. 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.

Det presenteres utviklingstall for totalbefolkningen, for ulike aldersgrupper og for kommunegrupper gruppert etter befolkningstall. Befolkningstall per 01.01.2024 fra Statistisk sentralbyrå (SSB) lagt til grunn for 2023. 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 vil være noe lavere enn nasjonale tall. Det kan derfor være noe avvik mellom absolutte tall og rater nasjonalt og totalt for kommunestørrelser. Av alle regninger som kom inn for fastlege og legevakt i 2023 mangler 0,13 prosent informasjon om bosted.

Tall som presenteres i dette kapittelet 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. 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.

9.1 Svak nedgang i bruken av konsultasjoner totalt

En innbygger kan ha ulike typer kontakt 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 legekontoret, som e-konsultasjon eller ved sykebesøk. E-konsultasjon innebærer elektronisk eller telefonisk kommunikasjon mellom pasient og fastlege eller dennes stedfortreder. Fra mars 2020 ble det gjort endringer slik at en e-konsultasjon kan gjennomføres per telefon i tillegg til skriftlig kontakt og via video. Dette er viktig å ha med seg når man ser utvikling av e-konsultasjoner over tid.

Samlet sett for fastlege og legevakt skjer 92 prosent av alle konsultasjoner med en fastlege i 2023, mens 8 prosent skjer ved legevakt, en fordeling som har vært stabil siden 2018.

Antall konsultasjoner med fastlege og legevakt har økt fra 2018 til 2023 i både absolutte tall og målt per innbygger. Veksten var på 42 konsultasjoner per 100 innbyggere (fra 2,9 til 3,3 konsultasjoner per person i gjennomsnitt).

Antall konsultasjoner med fastlege og legevakt per 100 innbyggere har gått ned med 1 prosent fra 2022 til 2023 (tabell 9.1). Bruken av fysiske konsultasjoner (antall konsultasjoner målt per 100 innbygger) økte med

3 prosent for samme periode, mens antall e-konsultasjoner gikk ned med 14 prosent. Fra 2018 til 2023 økte bruken av konsultasjoner med 11 prosent, og som i hovedsak skyldes en sterk vekst i e-konsultasjoner.

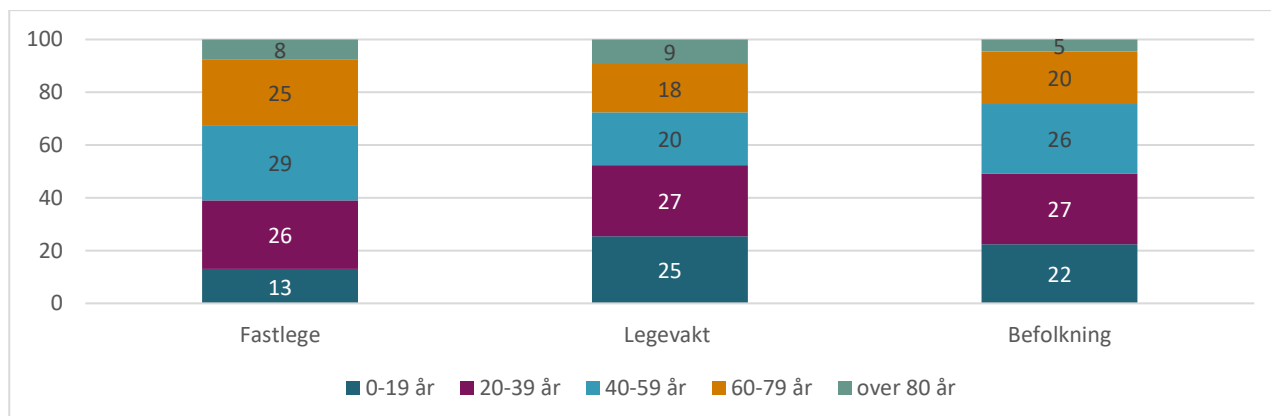
Tabell 9.1. Antall konsultasjoner totalt for fastlege og legevakt i absolutte tall og i antall per 100 innbyggere, 2018-2023.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Prosent endring siste år	Prosent endring fra 2018
Fysisk konsultasjon	15 534 967	15 617 552	13 129 975	13 176 918	13 964 790	14 588 732	+ 4	- 6
Per 100 innbygger	283	285	239	240	254	263	+ 3	- 10
E-konsultasjon	238 374	445 093	3 613 778	4 535 009	4 202 407	3 653 997	- 13	+ 1433
Per 100 innbygger	4	8	66	83	77	66	-14	+ 1372
Sykebesøk	158 300	163 804	204 442	181 338	170 118	170 266	0	+ 8
Per 100 innbygger	3	3	4	3	3	3	- 1	+3
SUM	15 931 641	16 226 449	16 948 195	17 893 265	18 337 315	18 412 995	0	+16
Totalt antall konsultasjoner *								
Per 100 innbygger	290	296	309	326	334	332	- 1	+11

Kilde: KPR. *Sykebesøk inkludert.

Målt per innbygger er det de eldste i befolkningen som har flest konsultasjoner med fastlege og legevakt. Innbyggere i aldergruppen over 80 år hadde i 2023 i gjennomsnitt 5,5 konsultasjoner hver med fastlege og legevakt (548 per 100 innbygger). Dette er mer enn dobbelt så mange som blant de yngste (0-19 år) som har 2, 1 konsultasjoner hver (206 per 100 innbygger), og 2 konsultasjoner flere i gjennomsnitt enn innbyggere fra 40-59 år. I absolutte tall utgjør antall konsultasjoner blant de aller eldste likevel bare 8 prosent av totalt antall konsultasjoner hos fastlege og legevakt.

Figur 9.1. Viser fordeling av antall konsultasjoner med fastlege og legevakt for ulike aldersgrupper, 2023, samt fordeling av befolkningen per 01.01.2024 i ulike aldersgrupper. Prosent.



Kilde: KPR

9.2 Konsultasjoner med fastlege

Svak nedgang i konsultasjoner med fastlegen per innbygger i 2023

Det har vært en økning i antall konsultasjoner med fastlegen fra 2018 og til 2023 (både i absolutte tall og målt per innbygger) (tabell 9.2). Målt per innbygger har det vært en økning på 33 konsultasjoner per 100 innbygger (fra 2,7 til 3,1 i gjennomsnitt per innbygger).

Antall konsultasjoner med fastlegen har gått ned med 2 konsultasjoner per 100 innbygger fra 2022 til 2023 (- 1 prosent) (tabell 9.2). For samme periode har antall fysiske konsultasjoner målt per innbygger økt med 9 konsultasjoner per 100 innbygger (+4 prosent), mens antall e-konsultasjoner har gått ned med 11 konsultasjoner per innbygger (- 14 prosent). Antall sykebesøk har gått fra 1,5 til 1,4 besøk per 100 innbygger fra 2022 til 2023 (- 8 prosent).

Veksten i antall konsultasjoner målt per innbygger fra 2018 frem til 2023 skyldes kraftig økning i bruken av e-konsultasjoner, spesielt fra 2020 da Covid-19 pandemien inntraff. Det er i 2023 fortsatt lavere bruk av fysiske konsultasjoner og høyere bruk av e-konsultasjoner målt per innbygger sammenlignet med før pandemien. Pandemien satte fart på en allerede startet utvikling i retning større andel elektroniske konsultasjoner.

Fortsatt høy andel e-konsultasjoner

Som vist i figur 9.2 er andelen e-konsultasjoner fortsatt høy i 2023. Hver fjerde konsultasjon med fastlegen er en e-konsultasjon. Dette er en nedgang på 4 prosent fra 2022, men fortsatt betydelig høyere enn før pandemien. Som nevnt tidligere ble det gjort endringer i taksten for e-konsultasjon fra mars 2020 slik at en e-konsultasjon kan gjennomføres per telefon i tillegg til skriftlig og via video. Dette er viktig å ha med seg når man ser utvikling av denne typen konsultasjon over tid. Vi har ikke sett på tid brukt på konsultasjoner her, men i Ekspertutvalget sin gjennomgang av allmennlegetjenesten ble det vist til at en e-konsultasjon tar halvparten så lang tid som en fysisk konsultasjon.⁵⁷

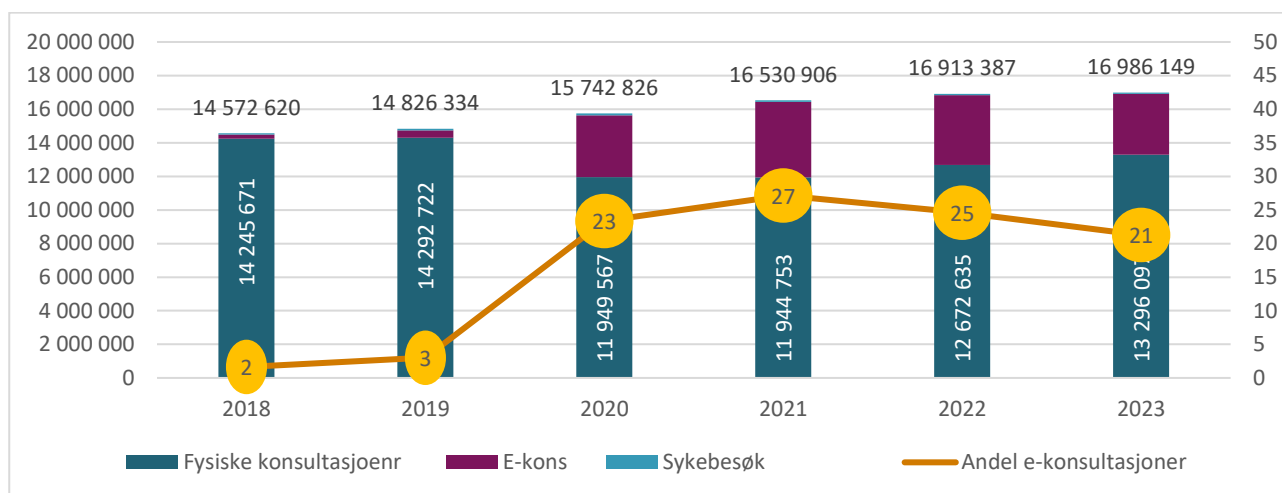
⁵⁷ [Arbeidsmengde, konsultasjonstid og utilsiktede effekter av takstsystemet](#). Kunnskapsgrunnlag til Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten.

Tabell 9.2. Antall konsultasjoner totalt hos fastlege i absolutte tall, 2017-2023.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Prosent endring siste år	Prosent endring fra 2018
Fysisk konsultasjon	14 245 671	14 292 722	11 949 567	11 944 753	12 672 635	13 296 097	+ 5	- 7
Per 100 innbygger	267	266	222	220	231	240	+ 4	- 10
E-konsultasjon	238 374	445 093	3 540 361	4 489 026	4 159 700	3 614 925	- 13	+ 1416
Per 100 innbygger	4	8	66	83	76	65	- 14	+ 1356
Sykebesøk	88 575	88 519	116 501	97 127	81 052	75 127	- 7	- 15
Per 100 innbygger	1,7	1,6	2,2	1,8	1,5	1,4	- 8	- 19
SUM								
Totalt antall konsultasjoner	14 572 620	14 826 334	15 606 429	16 530 906	16 913 387	16 986 149	0	+ 17
Per 100 innbygger	273	276	289	305	308	306	- 1	+ 12

Kilde: KPR

Figur 9.2. Antall fysiske konsultasjoner, e-konsultasjoner og sykebesøk, samt andel e-konsultasjoner med fastlege 2018-2023. Inkluderer sykebesøk.



Kilde: KPR

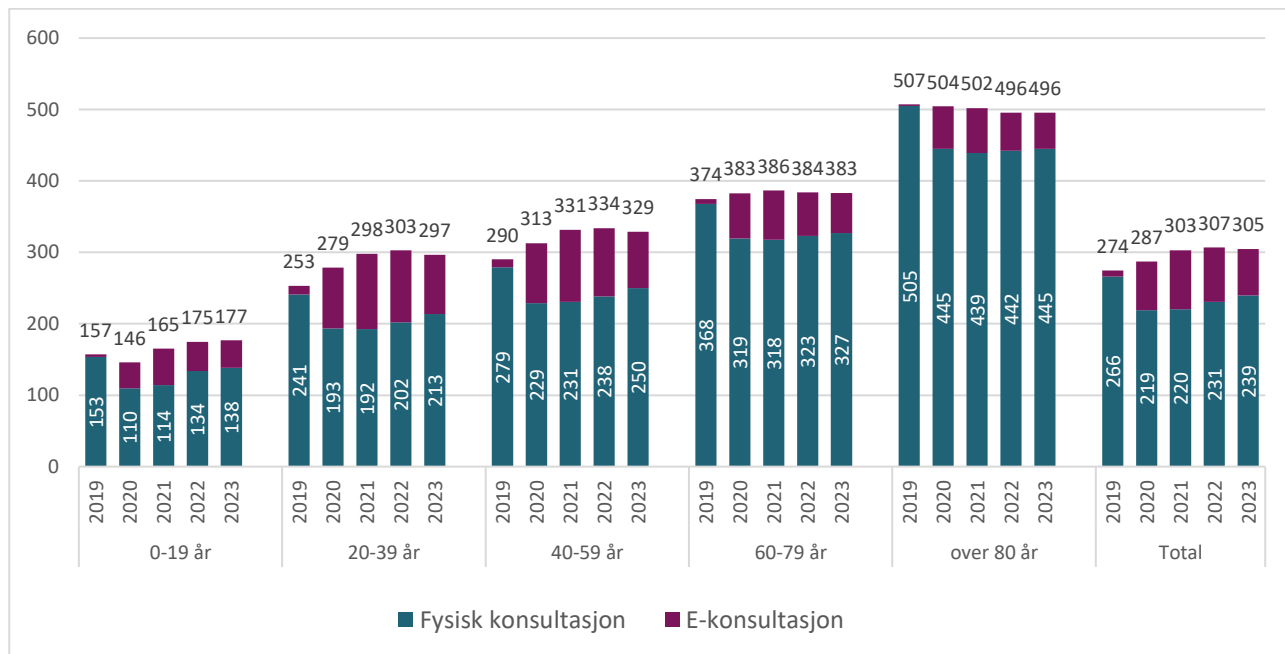
Flere konsultasjoner blant de yngste i 2023

Antall konsultasjoner øker med høyere alder. De eldste i befolkningen har flest konsultasjoner med fastlegen målt per innbygger. De yngste har i 2023 177 konsultasjoner per 100 innbygger, mens de eldste har 496 (figur 9.3). I absolutte tall utgjør konsultasjoner med fastlegen med de eldste likevel kun 8 prosent av totalt antall konsultasjoner i fastegetjenesten.

Blant de yngste (0-19 år) økte antall konsultasjoner med 2 konsultasjoner per 100 innbygger fra 2022 til 2023 på (+2 prosent). Økningen skyldes flere fysiske konsultasjoner, da det ble færre e-konsultasjoner målt per innbygger. For befolkningen over 80 år var bruken av konsultasjoner. For de øvrige aldersgruppene har antall

konsultasjoner per 100 innbygger gått ned. I alle disse aldersgruppene har det vært nedgang i antall e-konsultasjoner, og økning i antall fysiske konsultasjoner.

Figur 9.3. Antall fysiske konsultasjoner og e-konsultasjoner (inklusive telefonkonsultasjoner) hos fastlege per 100 innbygger for aldersgrupper og nasjonalt, 2019-2023. Inkluderer ikke sykebesøk.

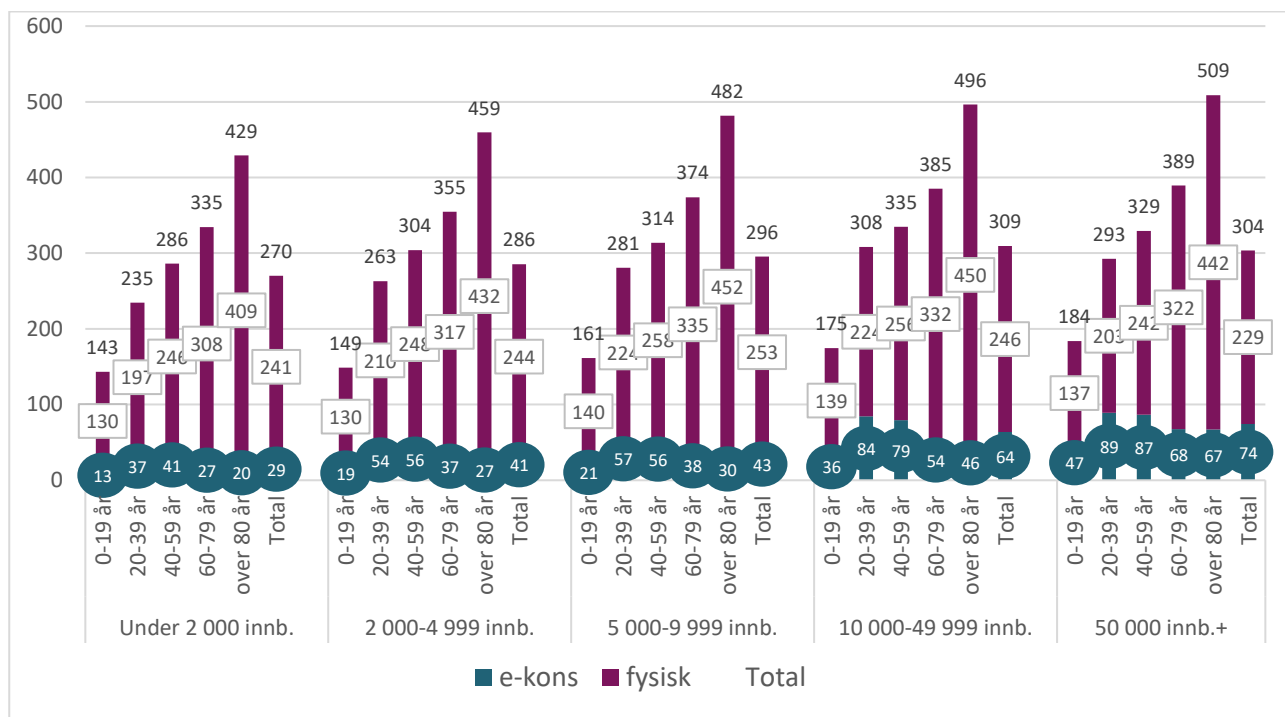


Kilde: KPR

Flest konsultasjoner i mellomstore kommuner

Flest konsultasjoner med fastlegen finner man i mellomstore kommuner med 10 000 til 49 000 innbyggere (figur 9.4), med 309 konsultasjoner per 100 innbyggere. Til sammenligning er det færrest konsultasjoner målt per innbygger i de minste kommunene (270 konsultasjoner per 100 innbyggere). Antall e-konsultasjoner målt per innbygger er økende med økende kommunestørrelse totalt og innenfor alle aldersgrupper. Med noen unntak er dette også tilfellet for fysiske konsultasjoner.

Figur 9.4. Antall fysiske konsultasjoner, e-konsultasjoner (inklusive telefonkonsultasjoner) og totalt antall konsultasjoner hos fastlege per 100 innbygger for kommunestørrelse og aldersgrupper, 2023.

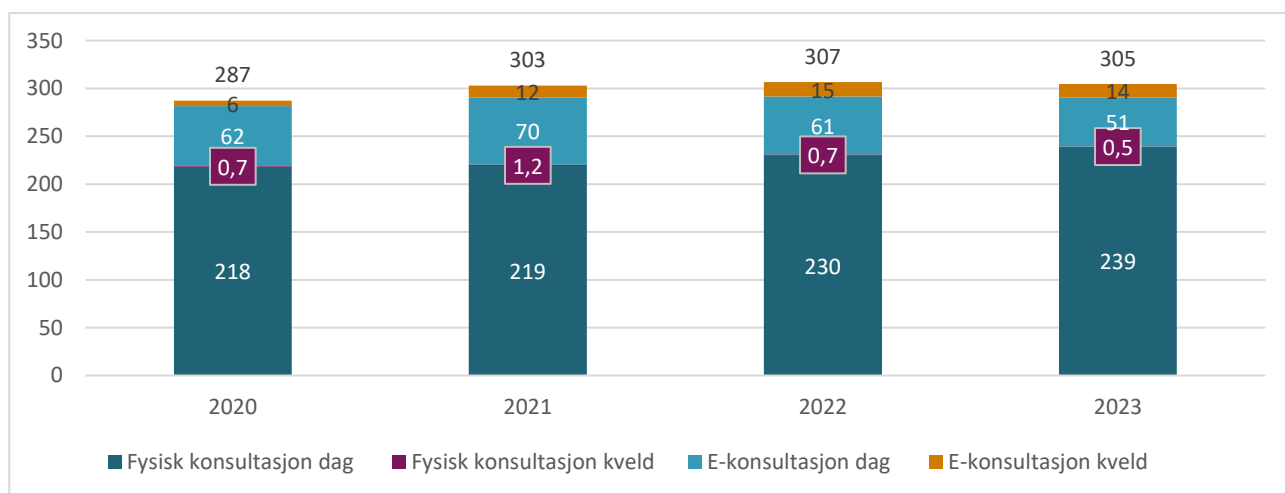


Kilde: KPR

Færre konsultasjoner med fastlegen på kveldstid

De fleste konsultasjoner med fastlegen er på dagtid. Som vist i figur 9.5 har det vært en økning i fysiske konsultasjoner med fastlegen på dagtid på 9 konsultasjoner per 100 innbygger fra 2022 til 2023 (+ 4 prosent).

Figur 9.5. Antall fysiske konsultasjoner og e-konsultasjoner hos fastlege per 100 innbygger fordelt på dag og kveld nasjonalt, 2020-2023. Inkluderer ikke sykebesøk.

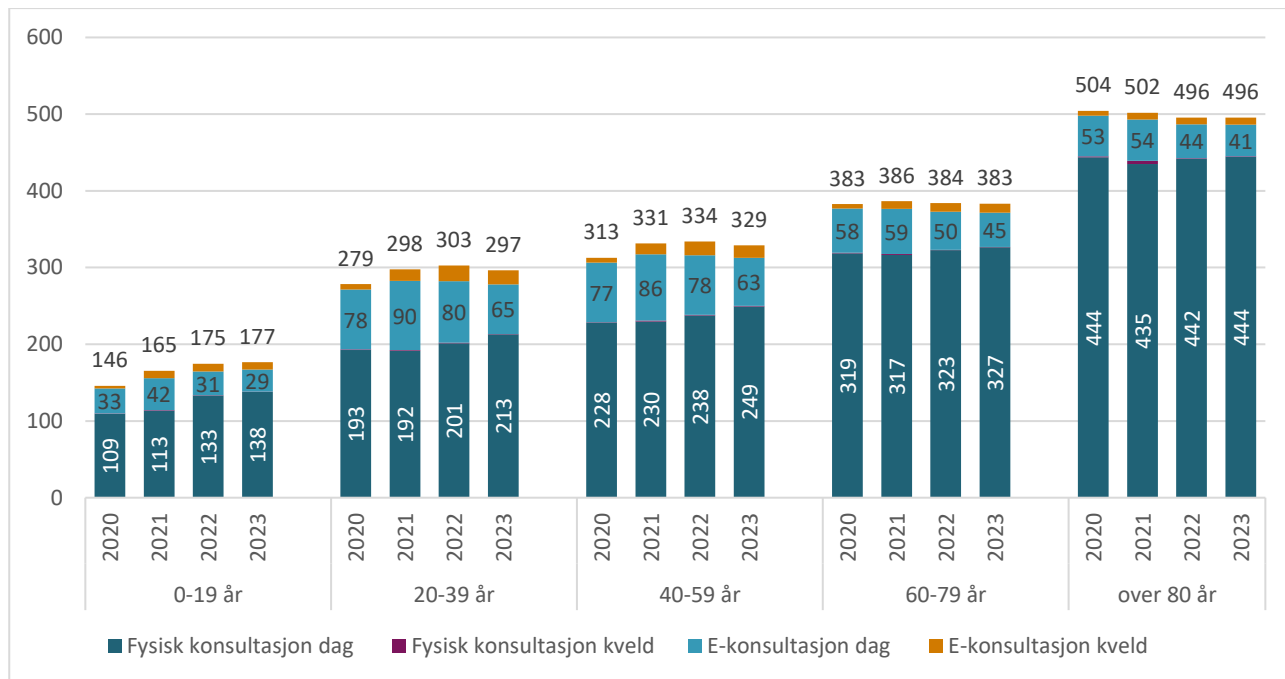


Kilde: KPR

For samme periode har antall e-konsultasjoner på dagtid gått ned med 10 konsultasjon per 100 innbygger (- 24 prosent). Det var en nedgang i både fysiske og digitale konsultasjoner på kveldstid fra 2022 til 2023 på henholdsvis 24 prosent og 6 prosent.

Økningen i antall fysiske konsultasjoner per 100 innbygger på dagtid fra 2022 til 2023 gjelder for alle aldersgrupper (figur 9.6). Nedgangen i konsultasjoner på kveldstid, både fysiske og digitale, gjelder også for alle aldersgrupper.

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, 2020-2023. Inkluderer ikke sykebesøk.



Kilde: KPR

9.3 Konsultasjoner med legevakt

Stabil bruk av konsultasjoner med legevakt

Bruken av legevakt har vært stabil over en lengre periode (tabell 9.3). Fra 2022 til 2023 har det vært en marginal nedgang i antall konsultasjoner målt per innbygger på 1 prosent (0,2 konsultasjoner per 100 innbygger). Nedgangen skyldes mindre bruk av fysiske konsultasjoner og e-konsultasjoner. Antall sykebesøk målt per innbygger har økt med 6 prosent fra 2022 til 2023. 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 gyldig innenfor de ulike årene vil påvirke tallene og gjøre det vanskelig å sammenligne aktivitet mellom år.

Tabell 9.3. Antall konsultasjoner totalt for legevakt i absolutte tall og per 100 innbygger, 2018-2023.

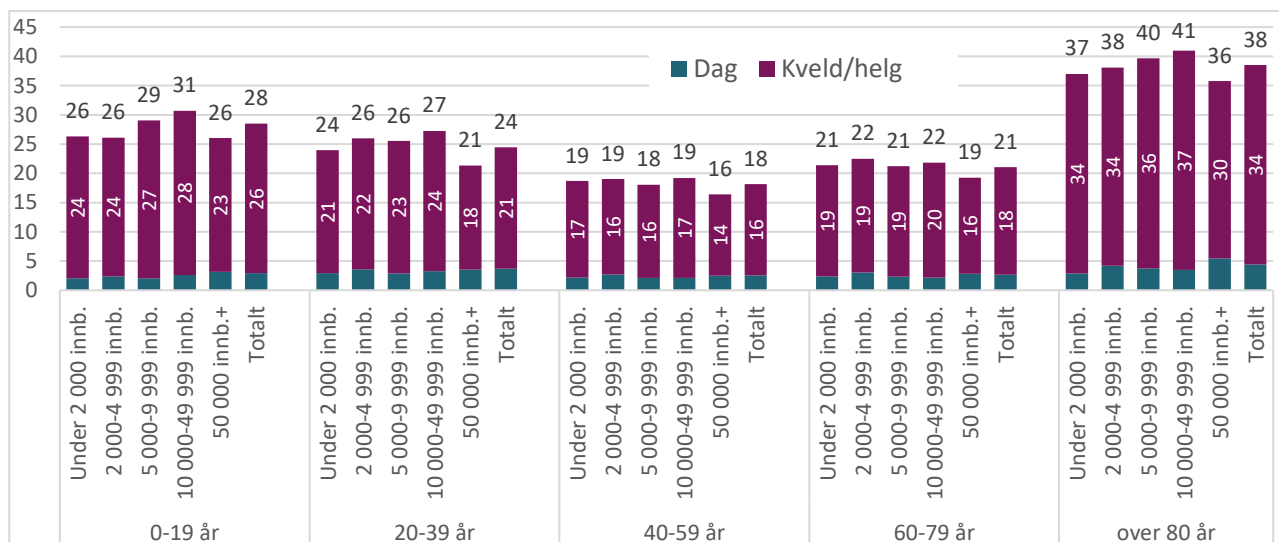
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Prosent endring antall siste år
Fysisk konsultasjon	1 289 296	1 324 830	1 180 408	1 232 165	1 292 155	1 292 635	0
Per 100 innbygger	24	25	22	23	24	23	- 1
E-konsultasjon	0	0	73 417	45 983	42 707	39 072	- 9
Per 100 innbygger	0	0	1,4	0,8	0,8	0,7	- 10
Sykebesøk	69 725	75 285	87 941	84 211	89 066	95 139	+ 7
Per 100 innbygger	1,3	1,4	1,6	1,6	1,6	1,7	+ 6
SUM							
Totalt antall konsultasjoner	1 359 021	1 400 115	1 341 766	1 362 359	1 423 928	1 426 846	0
Per 100 innbygger	25	26	25	25	26	26	- 1

Kilde: KPR

Høyest bruk av legevakt blant de eldste

De eldste innbyggerne har flest konsultasjoner med legevakt målt per innbygger (figur 9.7). De har mer enn dobbelt antall konsultasjoner sammenlignet med de mellom 40 og 59 år, aldersgruppen med færrest konsultasjoner per innbygger. De eldste har likevel kun 8 prosent av alle konsultasjoner med legevakten i absolutte tall. Målt per innbygger er det flest konsultasjoner med legevakt for befolkningen i kommuner med 10 000 – 49 999 innbyggere.

Figur 9.7. Antall konsultasjoner hos legevakt per 100 innbygger på dag, kveld/helg og totalt*. For ulike kommunestørrelser og aldersgrupper, 2023. Inkludert e-konsultasjoner.



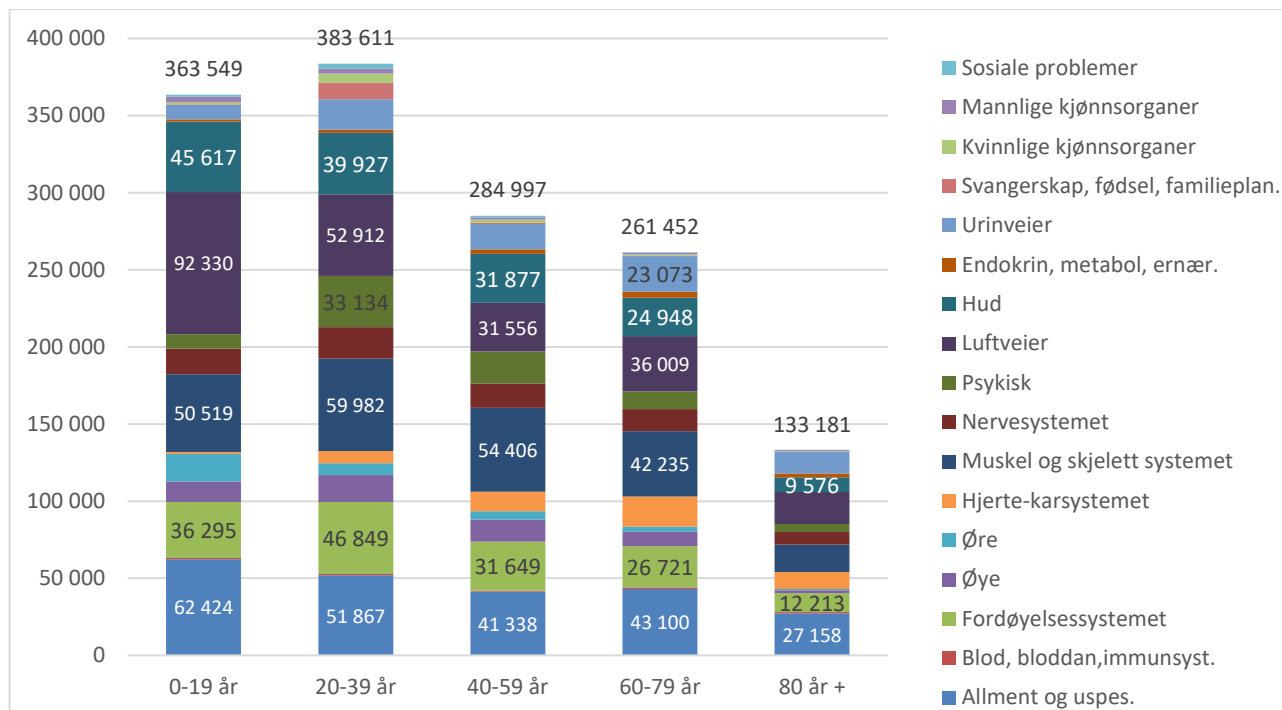
Kilde: KPR

For alle kommunestørrelser og for alle aldersgrupper er det flest konsultasjoner på kveld/helg (figur 9.7), og det har vært en økning i antall konsultasjoner på kveld/helg med legevakt målt per innbygger for alle aldersgrupper og kommunegruppestørrelser fra 2022 til 2023 med ett unntak. De yngste i kommuner med 10 000- 49 999 innbyggere hadde færre konsultasjoner på kveld/helg.

Diagnoser ved legevaktkonsultasjoner

Figur 9.8 viser fordeling av hoveddiagnoser for ulike aldersgrupper for alle konsultasjoner hos legevakt i 2023.

Figur 9.8. Konsultasjoner med legevakt registrert symptom eller sykdomsdiagnose i absolutte tall etter ICPC-2 hovedkategorier og aldersgrupper 2023.



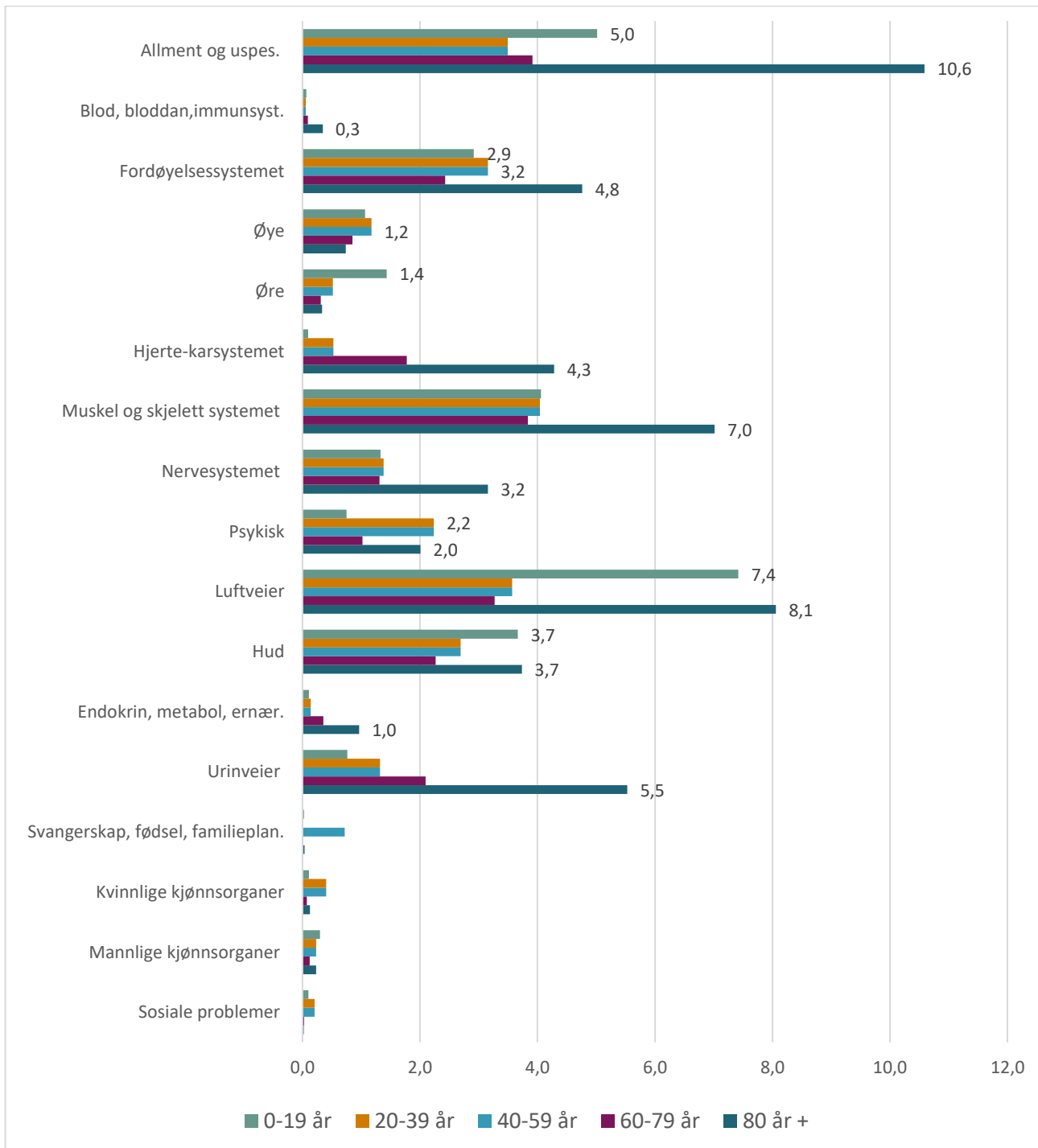
Kilde: KPR

I oversikten inngår både symptomdiagnoser og sykdomsdiagnoser. For alle aldersgrupper gjelder en høy andel av konsultasjonene allmenne og uspesifiserte diagnoser (A), luftveier (R), muskel og skjelett (L), hud (S) og fordøyelse (D). Disse utgjør til sammen over 60 prosent av alle konsultasjoner totalt. For de alle eldste utgjør sykdom/symptomer knyttet til urinveier (U) også en relativt stor andel av konsultasjonene.

For barn og ungdom 0-18 år var 25 prosent av alle konsultasjoner i 2023 registrert med hoveddiagnose knyttet til luftveier (R). For aldersgruppene 20-39 år og 40-59 år er flest konsultasjoner registrert med hoveddiagnose muskel og skjelett (L), henholdsvis 16 og 19 prosent. For de to eldste aldersgruppene er flest konsultasjoner registrert med hoveddiagnose allment og uspesifisert, henholdsvis 17 og 20 prosent.

Figur 9.9 viser konsultasjoner med legevakt per 100 innbygger fordelt etter aldersgrupper og registrert hoveddiagnose. De eldste har flest konsultasjoner målt per 100 innbygger for mange av diagnosekapitlene. Barn og unge har også høy bruk av konsultasjoner innenfor enkelt diagnosekapitler sammenlignet med de øvrige diagnosegruppene. De yngste har flest konsultasjoner målt per innbygger innenfor diagnosekapitlene øre (H) og øye (F).

Figur 9.9. Konsultasjoner med legevakt registret symptom eller sykdomsdiagnose per 100 innbygger etter ICPC-2 hovedkategorier og aldergrupper 2023.



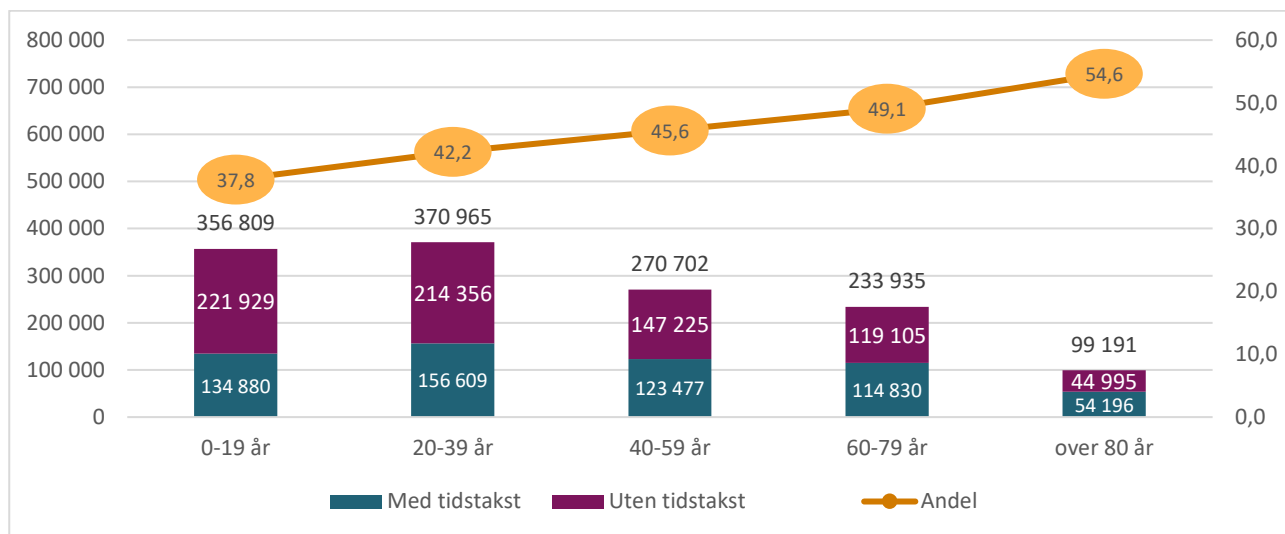
Kilde: KPR

Bruk av tidstakst ved legevakt

Tidstakst brukes når en konsultasjon varer lengre enn 20 minutter. 2cd brukes for konsultasjoner på dagtid og 2ck brukes for konsultasjoner på kveld/helg. Begge brukes om en konsultasjon varer utover 20 minutter og kan repeteres for hver påbegynte 15 minutter.

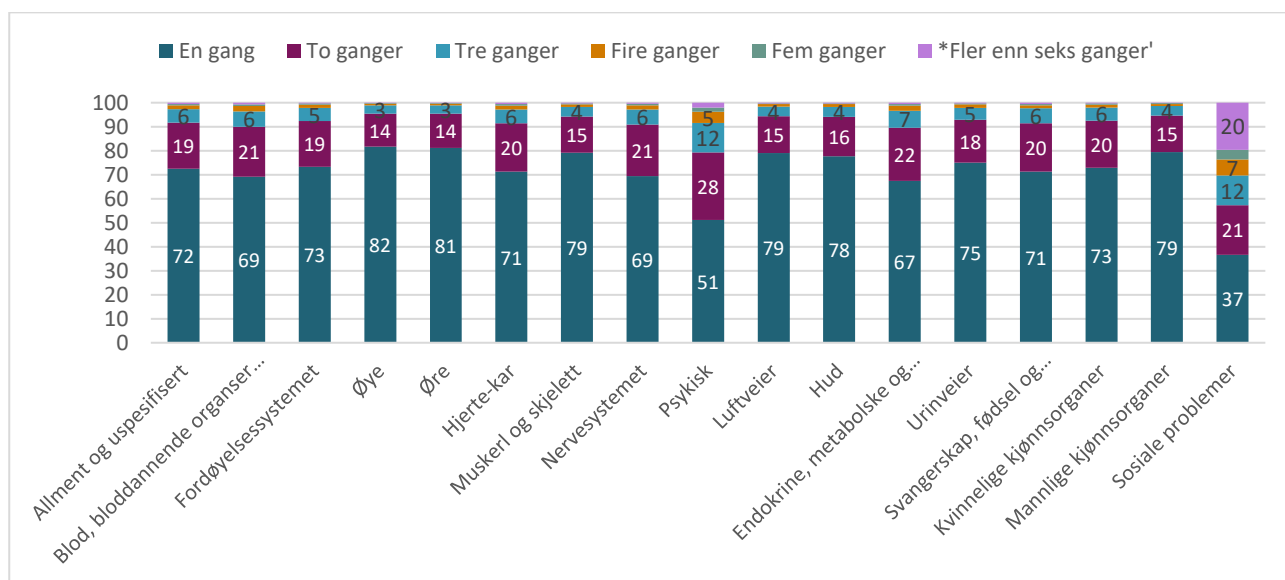
Av alle konsultasjoner med legevakt har 44 prosent tidstakst knyttet til kontakten (583 992 konsultasjoner). Andel konsultasjoner med tidstakst er økende med økende alder på pasienten, fra 37,8 prosent hos barn og unge til 54,6 blant de eldste over 80 år (Figur 9.10).

Figur 9.10. Konsultasjoner med legevakt med og uten tidstakst og totalt, samt andel med tidstakst fordelt for aldersgrupper.



Kilde: KPR

Figur 9.11. Konsultasjoner med legevakt hvor tidstakst er brukt fordelt etter hvor mange ganger taksten er brukt og diagnosegrupper. Tall for 2023.



Kilde: KPR

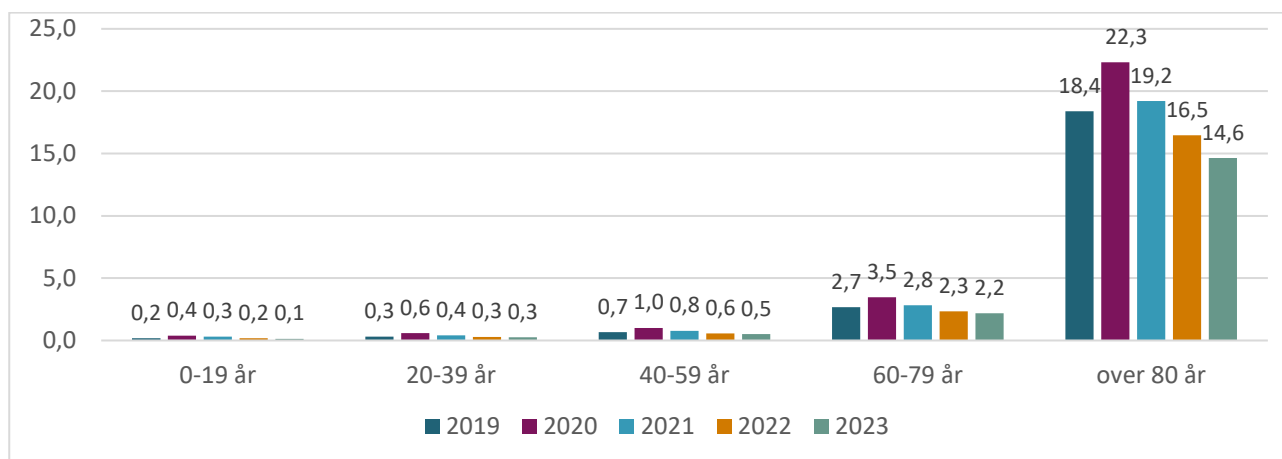
Ved bruk av tidstakst er taksten oftest brukt en eller to ganger ved samme konsultasjon (92 prosent). For 5,5 prosent av regningene er tidstakst brukt tre ganger. Bruken av tidstakst er relativt lik for de fleste diagnosegrupper (organkapittel) (figur 9.11). To diagnosegrupper skiller seg ut med en større andel regninger hvor tidstakst er brukt flere ganger, dette er organkapittel P- *Psykisk* og organkapittel Z- *Sosiale problemer*.

9.4 Nedgang i bruken av sykebesøk av fastlege.

Antall sykebesøk av fastlege per innbygger har vært relativt stabil siden 2018, med unntak av 2020 og 2021 da bruken var noe høyere (tabell 9.2). Et høyere nivå i 2020 og 2021 skyldes trolig pandemien. Fra 2020 har bruken av sykebesøk gått ned, og fra 2022 til 2023 har det vært en nedgang på 0,1 besøk per 100 innbygger (8 prosent nedgang).

Som vist i figur 9.12 er det flest sykebesøk av fastlege blant de eldste i befolkningen. For alle aldersgrupper unntatt for de mellom 20-39 år er antall sykebesøk i 2023 lavere enn alle årene fra 2019-2022.

Figur 9.12. Antall sykebesøk av fastlege per 100 innbygger for aldersgrupper, 2019-2023.



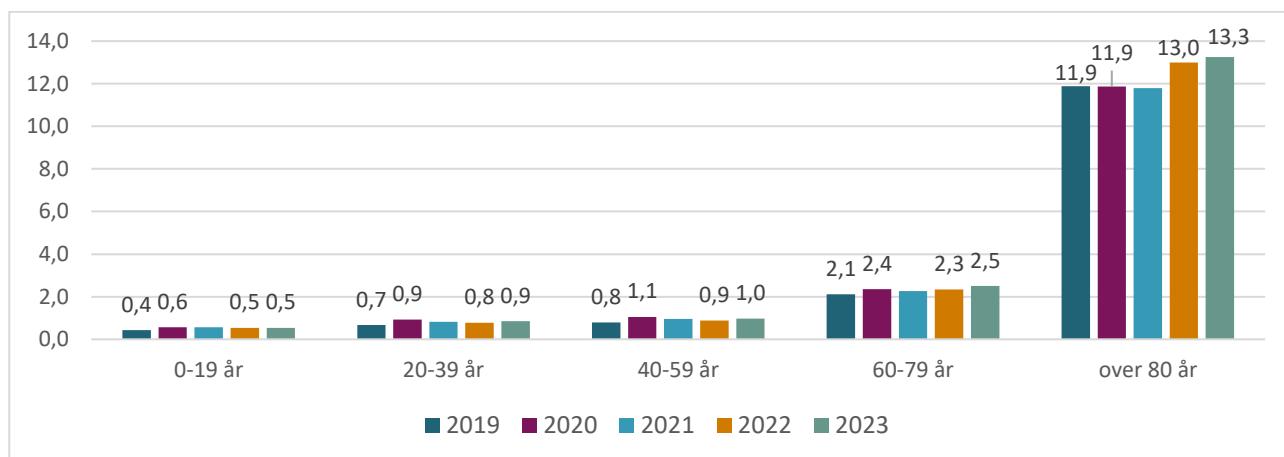
Kilde: KPR

9.5 Flere sykebesøk av legevakt i 2023

Antall besøk fra legevakten i eget hjem eller andre steder utenfor legevakten økte fra 1,6 til 1,7 besøk per 100 innbygger fra 2022 til 2023 (+ 7 prosent) (tabell 9.3). Besøk fra legevakten er mest brukt til eldre innbyggere som har vanskelig for å møte opp på legevakten selv. Innbyggere over 80 år har 13,3 sykebesøk av legevakt per 100 innbygger i 2023 (figur 9.13). Til sammenligning har de aller yngste 0,5 besøk per 100 innbygger.

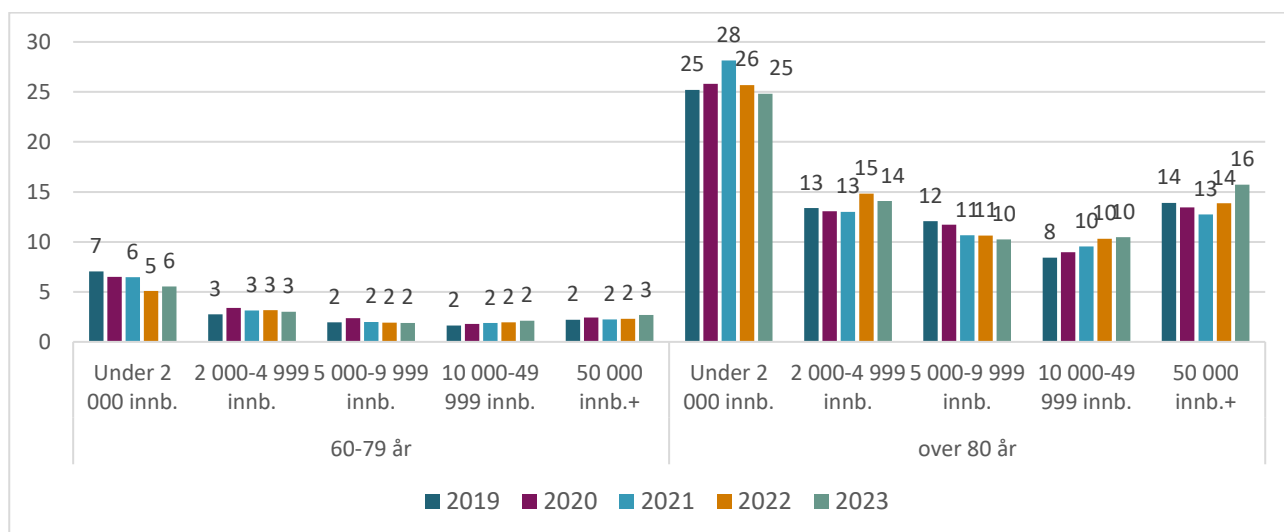
Økningen i sykebesøk av legevakt fra 2022 til 2023 gjelder for alle aldersgrupper unntatt for de aller yngste hvor bruken er uforandret (figur 9.13). Som vist i figur 9.14 er sykebesøk av legevakt langt mer vanlig i små kommuner (under 2 000 innbyggere) sammenlignet med store kommuner (50 000 innbyggere +) (figur 9.14). I 2023 var det noe økning i bruken av sykebesøk av legevakt i de største kommunene.

Figur 9.13. Antall sykebesøk av legevakt per 100 innbygger for aldersgrupper, 2019-2023.



Kilde: KPR

Figur 9.14. Antall sykebesøk av legevakt per 100 innbygger for aldersgruppene 60-79 år og de over 80 år og kommunestørrelse, 2019-2023.



Kilde: KPR

9.6 Stabil bruk av enkle kontakter med fastlegen siste år

Enkle kontakter er også en del av aktiviteten på fastlegekontoret eller ved legevaktene. Enkle kontakter inkluderer enkel pasientkontakt ved personlig fremmøte, eller enkel kontakt via telefon, brev, eller elektronisk.

Det har vært en liten økning i enkle kontakter med fastlegen i absolutte tall fra 2022 til 2023, men målt per innbygger er antall enkle kontakter uendret for samme periode (tabell 9.4). Størst andel enkle kontakter skjer via telefon, brev, eller elektronisk (84 prosent), og det har vært en økning i antall per innbygger fra 2022 til 2023 på 3 prosent. Enkle kontakter med pasient til stedet utgjør 16 prosent av enkle kontakter, og for denne kategorien har det vært en nedgang i bruk fra 2022 til 2023 på 7 prosent. Det var flere enkle kontakter per innbygger i 2023 enn i årene før pandemien (2018 og 2019).

Tabell 9.4. Enkle kontakter med fastlege i absolutte tall og per 100 innbygger, 2018-2023.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Prosent endring siste år
Enkel kontakt brev/tlf/adm/elektronisk	10 962 419	11 229 601	12 332 069	12 382 379	12 185 421	12 710 710	+ 4
Per 100 innbygger	206	209	229	228	222	229	+ 3
Enkel kontakt med pasient til stede	2 378 042	2 344 248	2 353 230	2 813 779	2 397 662	2 258 171	- 6
Per 100 innbygger	45	44	44	52	44	41	- 7
Totalt antall enkle kontakter	13 342 479	13 575 868	14 687 319	15 198 179	14 583 083	14 968 881	+ 3
Per 100 innbygger	250	253	272	280	266	266	0

Kilde: KPR

9.7 Nedgang i enkle kontakter med legevakt i 2023

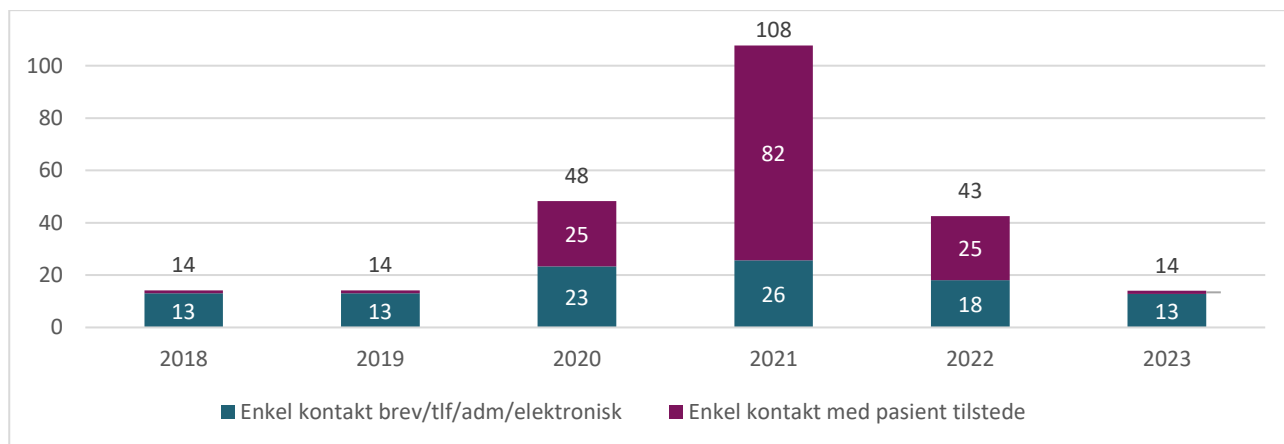
Ved legevaktene var det en enorm økning i enkle kontakter med pasient til stede under pandemien, noe som i hovedsak skyldes at testing for Covid-19 ble takstet som enkle kontakter med pasient. Dette gjør seg gjeldende i tallene for 2020, 2021 og 2022, der bruken av enkle kontakter med oppmøte ved legevakten er langt høyere enn årene før pandemien (2018 og 2019). Det har vært en nedgang i enkle kontakter med legevakten fra 2022 til 2023 i absolutte tall og målt per innbygger (tabell 9.5 og figur 9.15). Som vist i figur 9.10 er tallene for 2023 tilbake på samme nivå som før pandemien.

Tabell 9.5. Enkle kontakter med legevakt, 2018-2023

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Prosent endring antall siste år
Enkel kontakt brev/tlf/adm/elektronisk	677 879	724 717	1 273 250	1 397 551	991 018	713 339	- 28
Enkel kontakt med pasient til stede	57 808	63 228	1 347 953	4 447 712	1 344 877	62 298	- 95
Totalt antall enkle kontakter	735 687	787 945	2 621 203	5 845 263	2 335 895	775 637	- 67

Kilde: KPR

Figur 9.15. Enkle kontakter med legevakt per 100 innbygger, 2018-2023.



Kilde: KPR

9.8 Møter med andre instanser på vegne av eller med pasienter

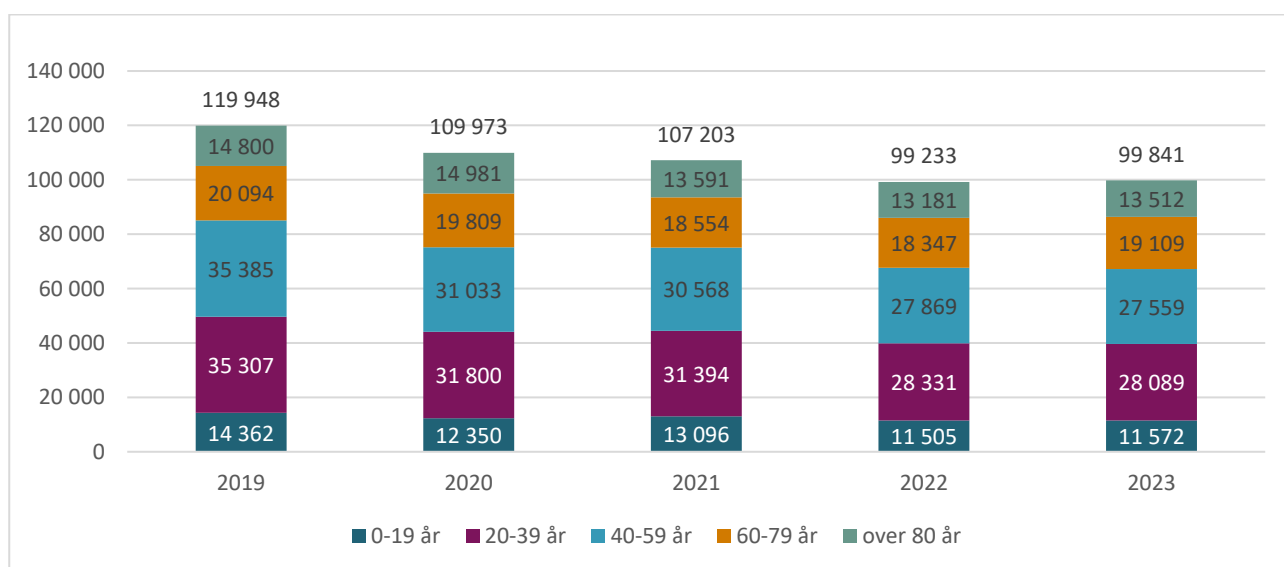
I tillegg til konsultasjoner og kontakter med pasienter har leger kontakt med andre instanser på vegne av, eller sammen med, pasienten. Slike kontakter inkluderer enkle kontakter med helsepersonell/kommunale tjenester eller NAV, tverrfaglige samarbeidsmøter eller det kan være dialogmøter med NAV. Se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

Stabil bruk av tverrfaglige samarbeidsmøter 2023

For hele befolkningen samlet har det vært marginal nedgang i bruken av tverrfaglige samarbeidsmøter (målt per 100 innbygger) fra 2022 til 2023. Det er høyest bruk av slike møter knyttet til de eldste i befolkningen (figur 9.17). For gruppen over 80 år var 5,3 møter per 100 innbygger i 2023. Dette er høyere enn for de øvrige aldersgruppene hvor det var 1-2 møter per 100 innbygger. I absolutte tall utgjør møter knyttet til de eldste kun 14 prosent av alle møter (figur 9.16).

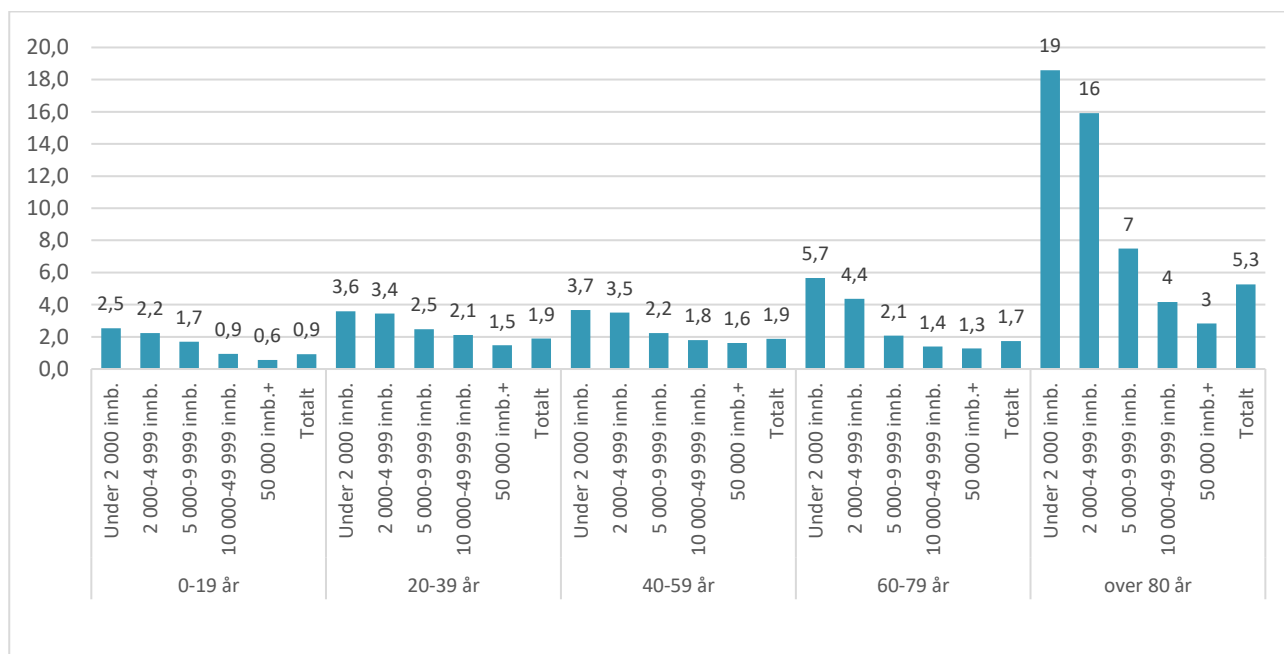
Antall tverrfaglige møter per 100 innbyggere reduseres med økende kommunestørrelse (Figur 9.17). Dette er gjennomgående i alle aldersgrupper vi ser på her. Det har vært en nedgang i antall møter for alle aldersgrupper og for alle kommunestørrelser fra 2019 til 2023 (vedleggstabell V9.4). I 2023 var det en økning i antall møter blant de aller yngste og aldersgruppen 60-79 år. For kommuner med 2 000-4 999 innbyggere har det vært en nedgang i antall møter målt per innbygger totalt og innenfor alle aldersgrupper (vedleggstabell V7).

Figur 9.16. Antall tverrfaglige samarbeidsmøter (absolutte tall) fordelt på aldersgrupper og totalt per år, 2019-2023.



Kilde: KPR

Figur 9.17. Antall tverrfaglige samarbeidsmøter per 100 innbygger for aldersgrupper og etter kommunestørrelse 2023.



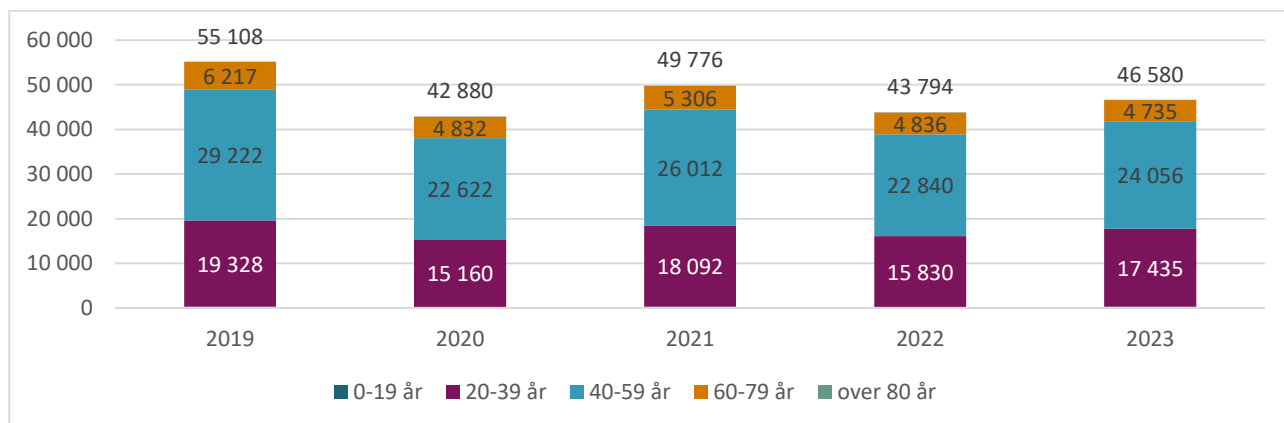
Kilde: KPR

Økning i dialogmøter med NAV siste år

Fastlegen deltar på møter med NAV for å følge opp sykmeldte listeinnbyggere og innbyggere på listen som står i fare for å falle utenfor skole og arbeidsliv. Denne typen møter er mest brukt for de som er i yrkesaktiv alder (vist i figur 9.18). Her omtales ikke bruken av denne typen kontakt for de yngste og de eldste her, da bruken i disse gruppene er veldig lav.

Det har vært en økning i dialogmøter med fastlege til stede (målt per 100 innbygger) for de mellom 20-39 år og 40-59 år på henholdsvis 10 og 5 prosent fra 2022 til 2023. For de mellom 60-79 år har det vært en nedgang på 2 prosent for samme periode. Sammenlignet med 2019 er antall dialogmøter med NAV med fastlege til stede (målt per 100 innbygger) lavere for de ulike aldersgruppene (Figur 9.19).

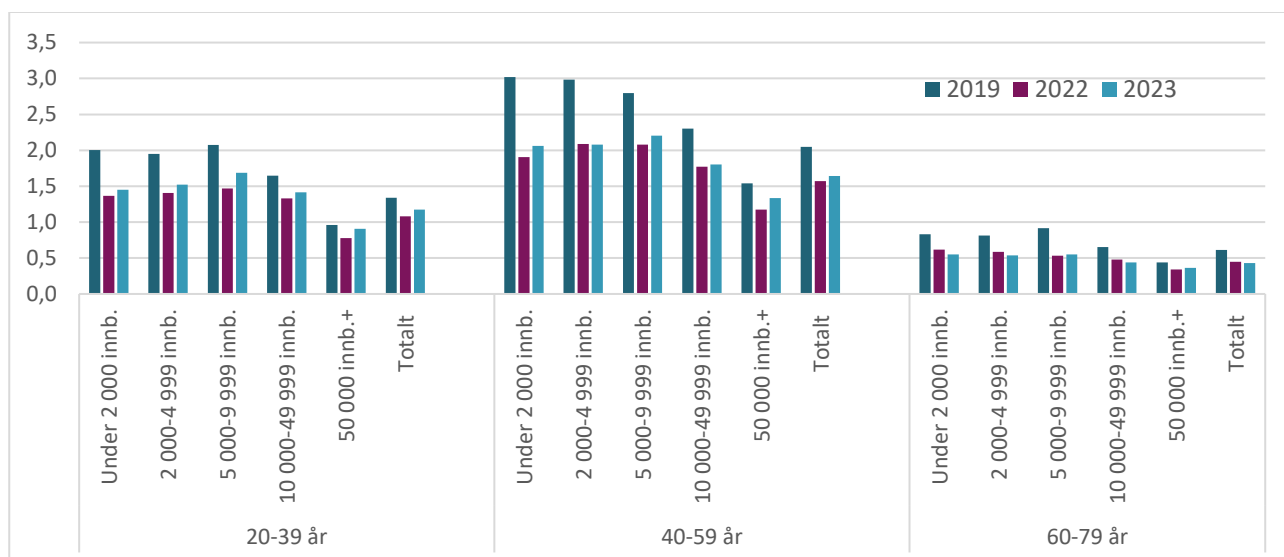
Figur 9.18. Antall dialogmøter med NAV fordelt på aldersgrupper og totalt per år, 2019, 2022 og 2023. Absolutte tall.



Kilde: KPR

Figur 9.19 viser antall dialogmøter med NAV målt per innbygger fordelt på kommunestørrelse og alder.

Figur 9.19. Antall dialogmøter med NAV per 100 innbygger for utvalgte aldersgrupper og kommunestørrelse, 2019, 2022 og 2023.



Kilde: KPR

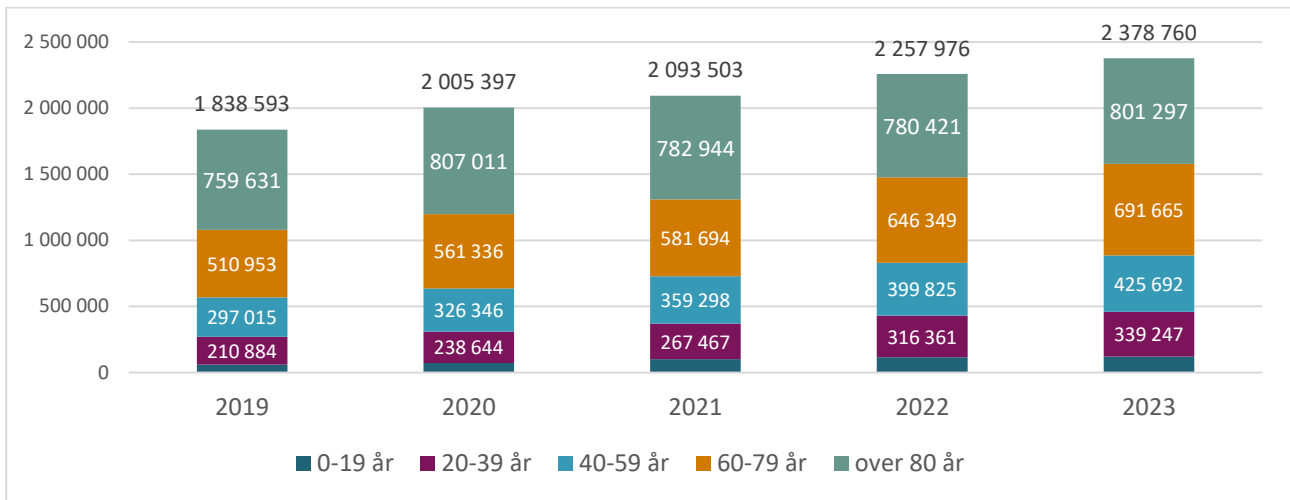
Deltagelse i dialogmøter med NAV er lavest i gruppen med de største kommunene ($\geq 50\ 000$ innbyggere). Det har vært en økning i antall dialogmøter målt per 100 innbygger siste år for alle kommunestørrelser, men bruken er fortsatt lavere sammenlignet med 2019 for alle grupper.

Fastlegen har færre kontakter med andre instanser om eldre

Fastlegen har i tillegg til tverrfaglige samarbeidsmøter og dialogmøter med NAV kortere og mer hyppige kontakter med annet helsepersonell eller tjenester i kommunen. Dette er telefonsamtaler eller skriftlig kommunikasjon om enkeltpasienter med aktører som for eksempel fysioterapeut, kiropraktor, kommunale helse- og omsorgstjeneste, NAV sosiale tjenester eller farmasøyt. Dette er i likhet med sykebesøk en kontakttipe som brukes mer i oppfølging av eldre listeinnbyggere enn for yngre. 60 prosent av enkle kontakter med andre instanser knyttet til enkeltpasienter i 2023 gjaldt listeinnbyggere over 60 år (Figur 9.20).

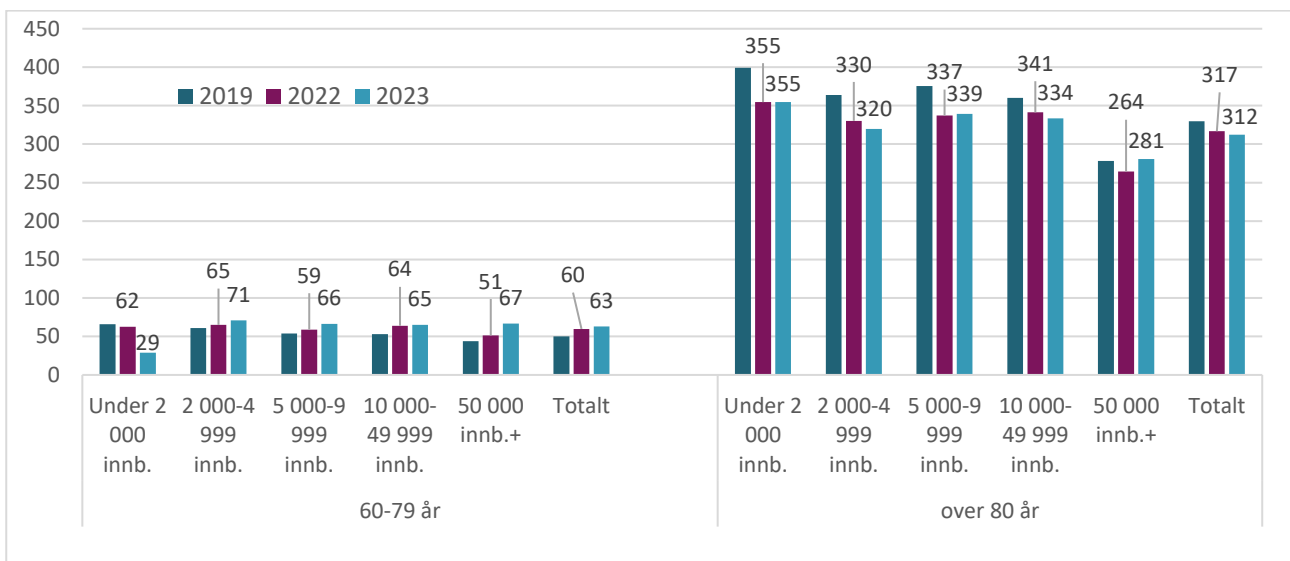
Det var totalt sett en økning i denne typen kontakter fra 2022 til 2023 målt per 100 innbygger (+ 4 prosent). Selv om denne typen kontakt er mest brukt for å følge opp eldre, er det verdt å merke seg økningen på 5-6 prosent hos alle aldersgrupper, unntatt for de eldste, fra 2022 til 2023 (målt per innbygger). Bruken ligger fortsatt under nivået i 2019 for alle aldersgrupper.

Figur 9.20. Antall enkle kontakter med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV (absolutte tall) fordelt på aldersgrupper og totalt per år, 2019, 2022 og 2023.



Kilde: KPR

Figur 9.21. Antall enkle kontakter med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV per 100 innbygger for de over 60 år fordelt på kommunestørrelse, 2019, 2022 og 2023.



Kilde: KPR

Nedgangen i enkle kontakter med andre instanser knyttet til de eldste listeinnbyggerne siste år og fra 2019 gjelder kommuner med 2 000- 4 999 innbyggere og 10 000- 49 999 innbyggere (Figur 9.21). For de resterende kommunegruppene har det vært økning siste år, og for 2019-2023.

10 TILGJENGELIGHET OG KVALITET

Indikatorer og tall presentert i dette kapitlet er i hovedsak basert på nasjonale kvalitetsindikatorer for allmennlegetjenesten (NKI)⁵⁸.

10.1 Nye indikatorer om legemidler til eldre fra allmennlege

Tre nye nasjonale kvalitetsindikatorer om rekvirering av legemidler til eldre fra allmennleger ble lansert i 2023. På grunn av aldersrelaterte endringer i legemiddelmetabolismen, i tillegg til hyppig forekomst av komorbiditet og polyfarmasi, er eldre særlig utsatt for uheldige bivirkninger av legemidler. De nasjonale kvalitetsindikatorerne måler tre legemiddelgrupper med særlig risiko for alvorlige uheldige bivirkninger for eldre. Legemiddelgruppene som måles er vanedannende legemidler, ikke steroide antiinflammatoriske midler (NSAIDs) som for eksempel Ibux, og legemidler med betydelig antikolinerg effekt. Sistnevnte er legemidler som hemmer den parasympatiske delen av nervesystemet. Datagrunnlaget er levert fra Legemiddelregisteret, som inneholder informasjon om reseptbelagte legemidler utlevert i apotek.

Resultatene viser at allmennleger over tid har skrevet ut mindre av disse tre legemiddelgruppene til eldre i alle fylker. Samtidig er det til dels nokså store og vedvarende fylkesvise variasjoner.

10.1.1 Vanedannende legemidler til eldre

Vanedannende legemidler defineres som alle legemidler i gruppe A og B, både med og uten markedsføringstillatelse. Legemidler i reseptgruppe A og B omfatter sovemidler, angstdempende midler, sentralvirkende smertestillende midler (opioider), sentralstimulerende midler (ADHD), midler til behandling av opioidavhengighet, hostestillende midler, enkelte legemidler mot epilepsi og migrene, og anestesimidler.

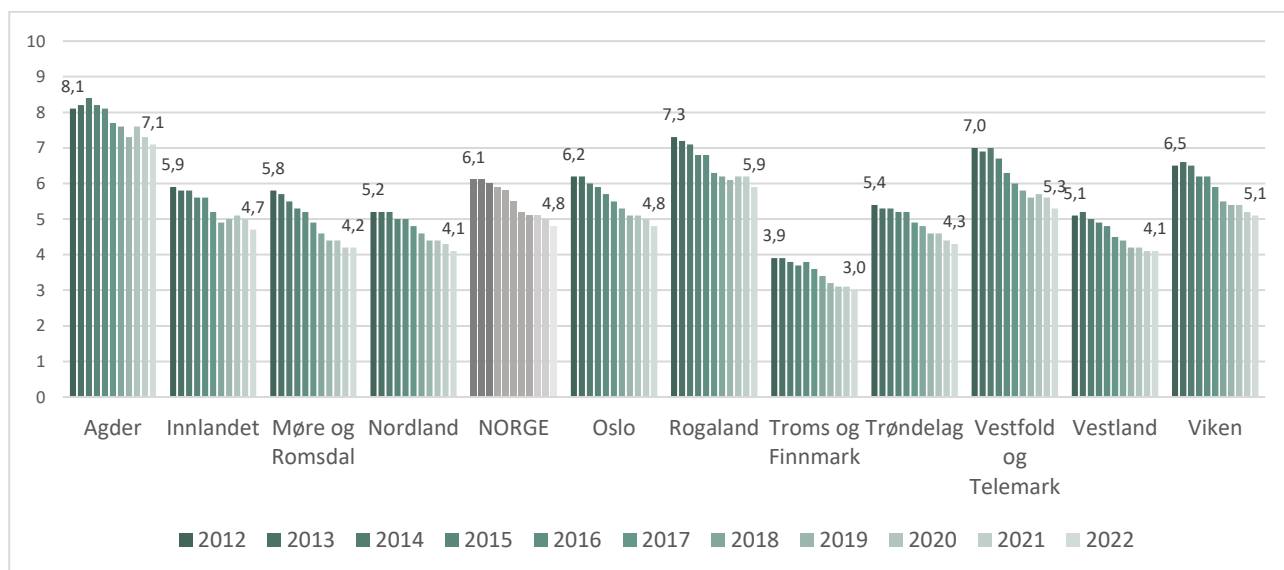
Det er fastlegen som har hovedansvaret for å ordinere og rekvirere vanedannende legemidler til sine listepasienter utenfor institusjon. På grunn av økt risiko for bivirkninger og legemiddelrelaterte problemer bør indikasjon for vanedannende legemidler vurderes nøye hos eldre. Den nasjonale kvalitetsindikatoren måler hvor stor andel eldre som fått utlevert mye vanedannende legemidler på apotek etter resept fra allmennlege i løpet av et år. Mye vanedannende legemidler defineres som en total rekvirering på minst 365 definerte døgndoser (DDD) i løpet av et kalenderår. Selv om mye legemidler kan være riktig for den enkelte pasient, kan variasjon mellom kommuner være en indikasjon på mulig uhensiktsmessig rekvirering.

I 2022 fikk nær 51 000 personer i alderen 65 år og eldre utlevert mer enn 365 definerte døgndoser (DDD) vanedannende legemidler på apotek etter resept fra allmennlege. Dette tilsvarer 4,8 prosent av den eldre befolkningen i Norge. Andelen eldre med mye vanedannende legemidler fra allmennlege har gått gradvis ned over tid nasjonalt (figur 10.1).

Andelen med mye vanedannende varierer en del mellom fylkene. I 2022 var andelen lavest i Troms og Finnmark med 3,0 prosent, mens andelen var høyest i Agder med 7,1 prosent. Den fylkesvise variasjonen har vedvart over tid, men det har vært en nedgang over tid i alle fylker.

⁵⁸ Se [Allmennlegetjenesten - Helsedirektoratet](#)

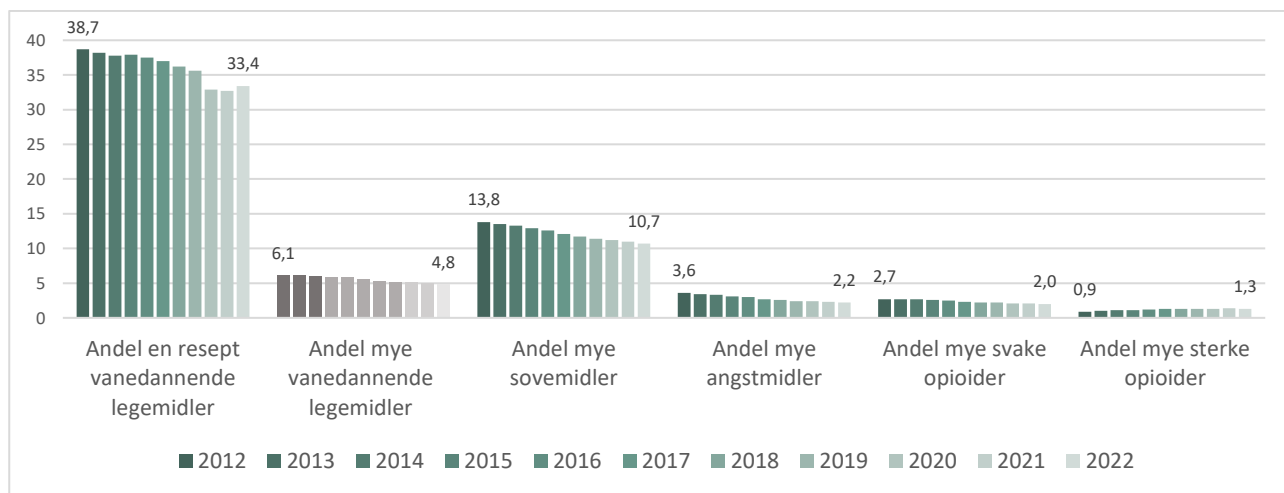
Figur 10.1. Andel eldre med mye vanedannende, fylker og landet 2012 til 2022.



Kilde: Legemiddelregisteret

For å gi et mer overordnet bilde av rekvirering av vanedannende til eldre, viser indikatoren også hvor stor andel eldre som har fått minst én resept på vanedannende legemidler fra allmennlege i løpet av et år. I tillegg måles rekvirering av fire utvalgte undergrupper av vanedannende legemidler separat. Grensen for hva som vurderes som mye legemidler er satt til 100 DDD per kalenderår for gruppene svake opioider, sovemidler og angstmidler. For gruppen sterke opioider er grensen satt til 36 DDD per kalenderår⁵⁹.

Figur 10.2. Andel av eldre med vanedannende legemidler. Ulike måltall for hele landet 2012 til 2022.



Kilde: Legemiddelregisteret

I 2022 fikk 33,4 prosent av alle eldre, tilsvarende rundt 350 000 personer, vanedannende legemidler på resept fra allmennlege. Andelen eldre med minst én resept har blitt gradvis redusert fra 2012 til 2019, etterfulgt av et fall i 2020 og 2021 og så en liten økning igjen i 2022. Av alle legemiddelgruppene var

⁵⁹ Personer som har fått sterke opioider i forbindelse med palliativ behandling i livets slutfase er ekskludert fra beregningen av andel eldre som har fått mye sterke opioider.

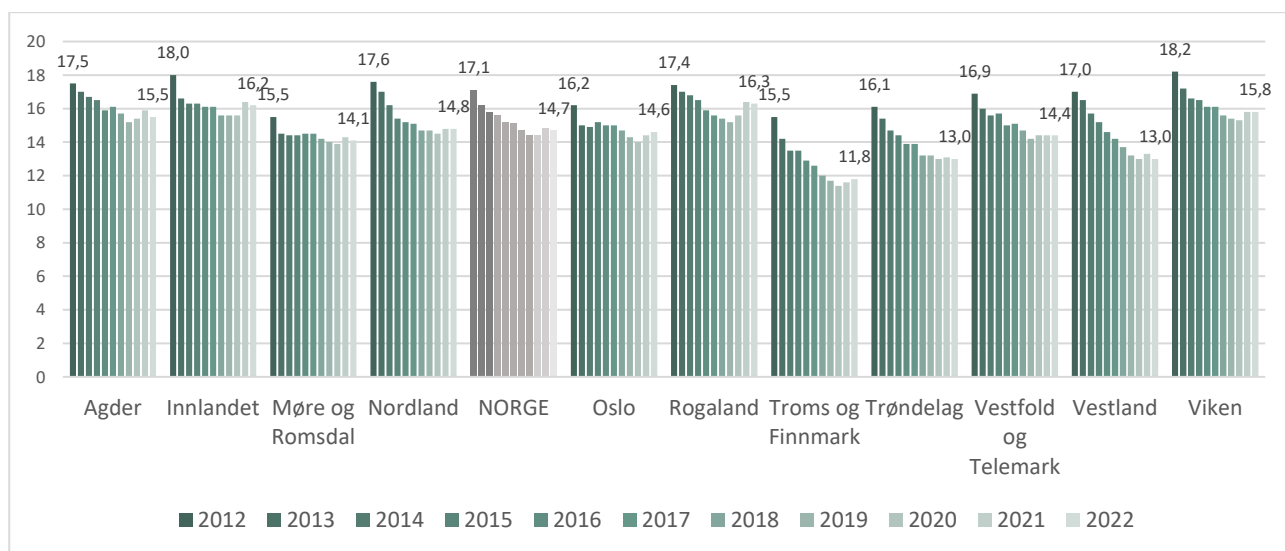
andelen som brukte mye sovemidler høyest. I 2022 fikk 10,7 prosent, eller rundt 113 000 eldre minst 100 DDD på resept fra allmennlege. For gruppene sovemidler, angstmidler og svake opioider har andelen som har fått mye nasjonalt blitt gradvis redusert over tid. Andelen eldre som har fått mye sterke opioider på resept fra allmennlege har derimot ikke blitt redusert. De siste 6 årene har andelen holdt seg på rundt 1,3 prosent. I 2012 var andelen 0,9 prosent. For denne legemiddelgruppen er imidlertid grensen for mye satt til 36 DDD per år, opp imot 100 DDD per år for de øvrige undergruppene.

10.1.2 NSAIDs til eldre fra allmennlege

Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drugs (NSAIDs) er ikke-steroidholdige antiinflammatoriske legemidler. NSAIDs er betennelsesdempende og benyttes ved smertetilstander der symptomer som hevelse, ømhet, rødhet og bevegelsesinnskrenkning er betydelige. NSAIDs har alvorlige bivirkninger og er årsak til en betydelig andel sykehusinnleggelser og dødsfall.

Den nasjonale indikatoren måler hvor stor andel av den eldre befolkningen (≥ 65 år) som har fått rekvirert minst én resept av NSAIDs fra allmennlege i løpet av et år. Det skiller ikke mellom volum på rekvireringer eller ulike typer NSAIDs. Begrunnelsen for dette er at all rekvirering av NSAIDs til eldre kan gi uheldige utfall, og bør unngås dersom det er mulig.

Figur 10.3 Andel eldre minst en resept NSAIDs, fylker og landet 2012 til 2022.



Kilde: Legemiddelregisteret

I 2022 fikk nær 154 500 personer i alderen 65 år og eldre utlevert NSAIDs på apotek etter resept fra allmennlege. Dette tilsvarer 14,7 prosent av den eldre befolkningen i Norge, og er en minimal nedgang fra 14,8 prosent året før. På landsbasis har det vært en gradvis reduksjon i perioden 2012 til 2020 med en påfølgende liten økning i 2021. Selv om det var en liten nedgang i 2022 er andelen fortsatt litt høyere enn i 2020.

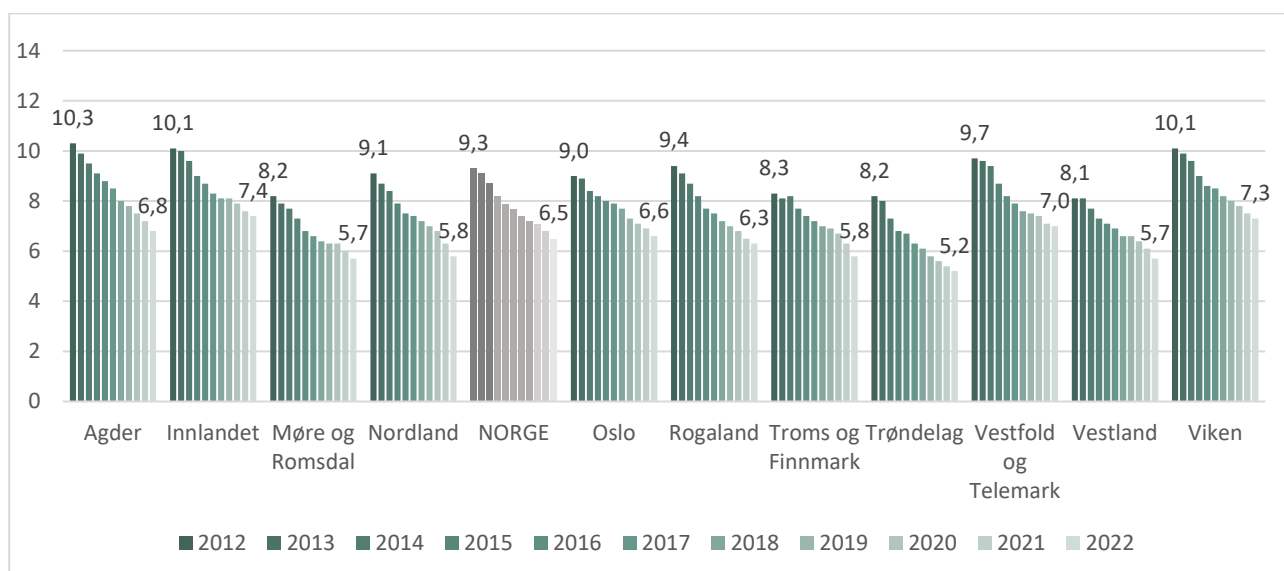
Det er noe variasjon mellom fylkene i rekvirering av NSAIDs. I 2022 var andelen eldre med minst én resept på NSAIDs høyest i Rogaland med 16,3 prosent. Troms og Finnmark lå lavest med 11,8 prosent.

10.1.3 Legemidler med betydelig antikolinerg effekt til eldre fra allmennlege

Antikolinerge legemidler er legemidler som hemmer den parasympatiske delen av nervesystemet. Legemidlene brukes blant annet til behandling av Parkinson sykdom, inkontinens, kvalme, depresjon, psykose, allergi og kløe. Mange legemidler med antikolinerg effekt har utilsiktet virkning utover den primære tilsiktede virkningen. Disse bivirkningene kan være svimmelhet og økt falltendens, tretthet, uro, obstipasjon, urinretensjon, tåkesyn, munntørrhet med karies og periodontitt. Det kan også medføre alvorlige tilstander som svekket kognisjon, forverring av demens, delirium og hjerterarytmier.

De antikolinerge legemidlene har ulik grad av antikolinerg effekt. Økt grad av antikolinerg effekt øker risiko for bivirkninger. Denne indikatoren måler hvor stor andel av den eldre befolkningen som har fått rekvirert minst én resept på legemidler med betydelig antikolinerg effekt fra allmennlege i løpet av et år. Det skiller ikke mellom volum på rekvireringer. Begrunnelsen for dette er at all rekvirering av legemidler med betydelig antikolinerg effekt til eldre kan ha uheldig utfall, og bør unngås dersom det er mulig.

Figur 10.4. Andel eldre minst en resept legemidler med betydelig antikolinerg virkning, fylker og landet 2012 til 2022.



Kilde: Legemiddelregisteret

I 2022 fikk rundt 68 000 personer i alderen 65 år og eldre utlevert legemidler med betydelig antikolinerg effekt på apotek etter resept fra allmennlege. Dette tilsvarer 6,5 prosent av den eldre befolkningen i Norge, og er en nedgang fra 6,8 prosent året før. Andelen har blitt gradvis redusert over tid. I 2012 var andelen 9,3 prosent.

Det er noe variasjon mellom fylkene. I 2022 var andelen med minst én resept høyest i Innlandet med 7,4 prosent. Andelen var lavest i Trøndelag med 5,2 prosent. Den fylkesvise variasjonen har vedvart over tid, men det har vært en nedgang over tid i alle fylker.

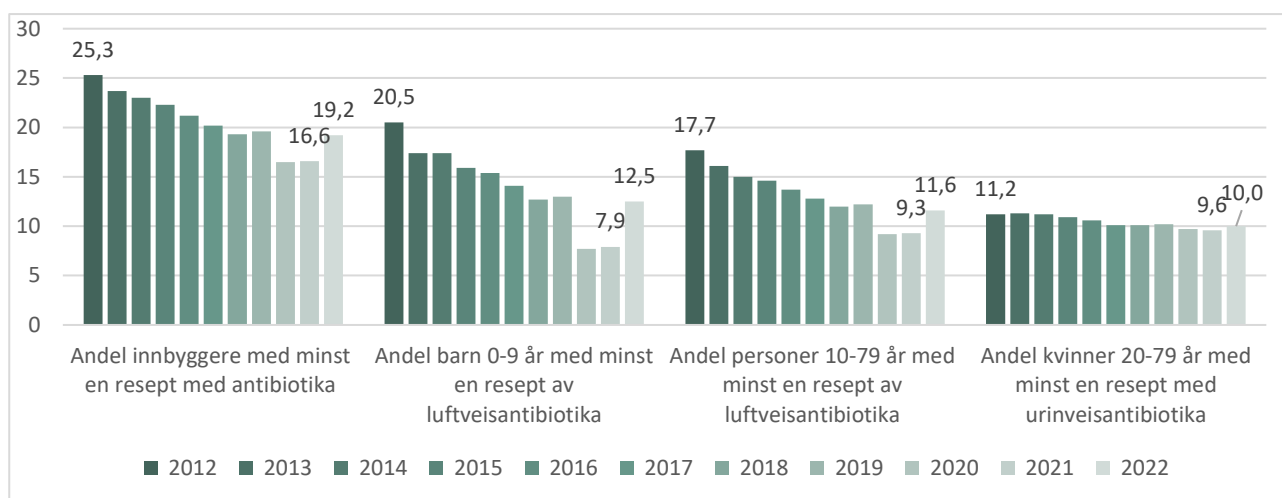
10.2 Bruk av antibiotika på nivå som før pandemien

Det publiseres i dag flere nasjonale kvalitetsindikatorer om antibiotika, som kan relateres til kvaliteten i allmennlegetjenestene. Indikatorer om antibiotikabehandling utenfor institusjon er basert på tall fra

Legemiddelregistret, og viser all reseptbelagt medisin hentet ut på apotek. Det store flertallet av reseptene er rekvirert av fastleger og legevaktleger. Legemiddelregisteret har erstattet det tidligere Reseptregisteret, og det kan forekomme små avvik mellom tallene i denne rapporten og tidligere publiseringer. Indikatorene er ikke oppdatert med tall for 2023 ved tidspunktet for årsrapporteringen. Nedenfor vises resultatene for perioden 2012 til 2022 oppsummert.

Figur 10.5 viser at andelen (%) med minst en resept på antibiotika økte fra 2021 til 2022 for samtlige indikatorer. For urinveisantibiotika til kvinner var økningen minimal, mens det har vært en nokså markant økning på de øvrige indikatorene. Antibiotikaforbruket var imidlertid på et uvanlig lavt nivå under pandemiårene 2020 og 2021. Foruten om økningen i 2022, har andelen gått gradvis ned over tid.

Figur 10.5. Indikatorer for antibiotikabehandling utenfor sykehus, andel minst en resept, landet 2012 til 2022.

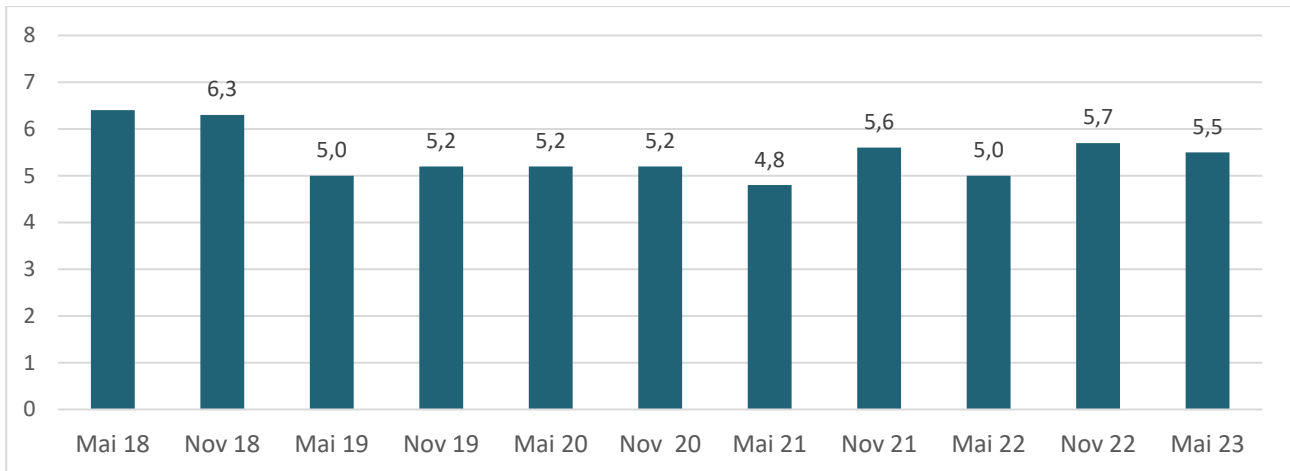


Det er noe variasjon mellom fylkene i bruk av antibiotika. I 2022 var andelen innbyggere med minst en resept antibiotika høyest i Agder med 20,6 prosent og lavest i Troms og Finnmark med 17,1 prosent. Agder ligger også høyt blant fylkene i andel av befolkning med minst en resept på luftveisantibiotika, mens Nordland og Troms og Finnmark ligger lavt. De fylkesvise forskjellene har vedvart over tid.

10.2.1 Antibiotikabruk i sykehjem

Helsedirektoratet publiserer i tillegg en nasjonal kvalitetsindikator om bruk av antibiotika på sykehjem. Indikatoren måler andel (%) beboere som fikk minst ett antibiotikum på måletidspunktet. Indikatoren er basert på en prevalensundersøkelse i sykehjem som utføres to dager i året, en dag på våren (mai) og en dag på høsten (november). Datakilden er Norsk overvåkningssystem for antibiotikabruk og helsetjeneste-assosierte infeksjoner (NOIS).

Figur 10.6. Antibiotikabruk i sykehjem, andel beboere med minst et antibiotikum, landet 2018-2023.



Resultatene viser at andelen sykehjemsbeboere som fikk minst en type antibiotikum var på 5,5 prosent i mai 2023. Det er litt opp fra 5,0 prosent i målingen i mai 2022. Resultater fra målingen i november 2023 publiseres 20. juni 2024.

10.3 Legetjenester i sykehjem og omsorgsbolig

I handlingsplanen for allmennlegetjenesten vises det til et behov for mer kunnskap om det medisinskfaglige tilbudet i sykehjem og heldøgns omsorgsbolig. Helsedirektoratet publiserer tre nasjonale kvalitetsindikatorer om legetjenester i sykehjem, men foreløpig finnes det ingen indikatorer for beboere i omsorgsbolig. I 2023 ble det påbegynt et arbeid med å utrede mulige nasjonale kvalitetsindikatorer for denne gruppen og på bakgrunn av dette arbeidet ble det publisert en rapport om legetjenester blant beboere i omsorgsbolig.

10.3.1 Legetjenester i sykehjem

Nedenfor vises resultater for de tre nasjonale kvalitetsindikatorer om legetjenester i sykehjem. Resultatene oppdateres i juni hvert år. Resultatene for 2023 er ikke publisert på tidspunktet for denne rapporten. 2022 resultatene ble omtalt i halvårsrapporten for 2023, og gjengis derfor kun oppsummert i tabellen nedenfor.

Tabell 10.1. Tre indikatorer for allmennlegetjenester innen heldøgn omsorg 2017-2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Gjennomsnitt antall legetimer per uke per beboer (Kilde SSB)	0,55	0,56	0,55	0,56	0,61	0,62
Andel (%) beboere med legemiddelgjennomgang siste 12 måneder (Kilde KPR)	49,5	54,6	57,7	58,3	56,6	57,7
Andel (%) beboere vurdert av lege siste 12 måneder (Kilde KPR)	56,7	64,0	67,7	65,6	65,6	68,8

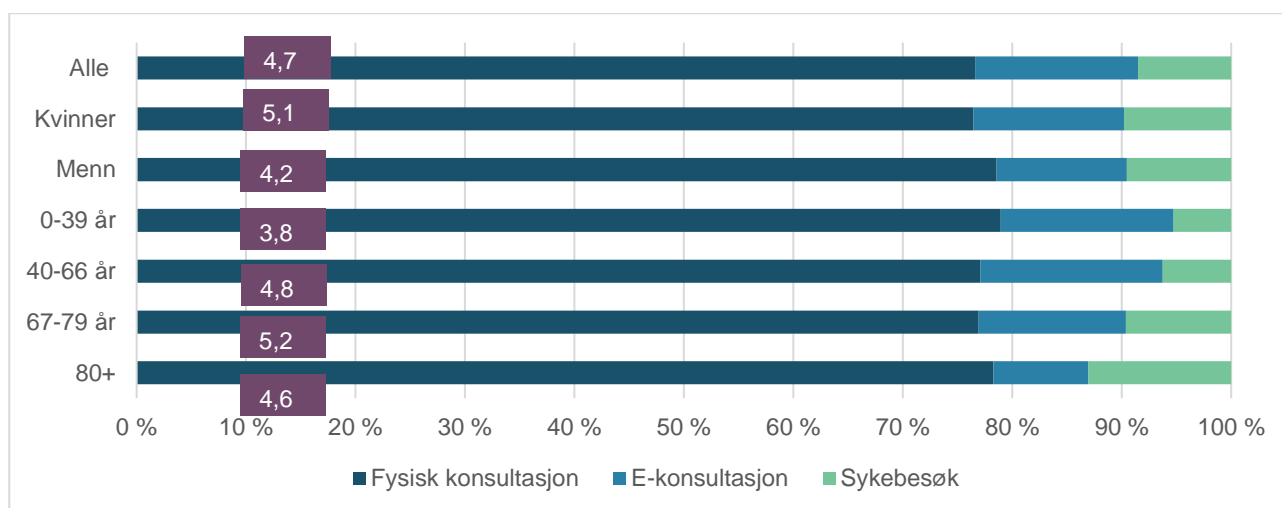
Resultatene viser en liten økning over tid nasjonalt i gjennomsnittlig antall legetimer per uke per beboer og andel beboere vurdert av lege siste 12 måneder. Andel beboere med legemiddelgjennomgang lå ved siste måling i 2022 på samme nivå som i 2019.

10.3.2 Legetjenester i omsorgsbolig

Det er et mål at flere skal bo i omsorgsbolig i stedet for sykehjem. Behovet for medisinskfaglig bistand er høyt blant disse beboerne, og skal i hovedsak ivaretas av fastlege, eventuelt suppleres med legevaktjenester. Med ønske om at stadig flere skal bo i omsorgsbolig, øker også belastningen på en allerede presset fastlegetjeneste. Det er derfor viktig å følge med på utviklingen av legetjenester blant denne gruppen.

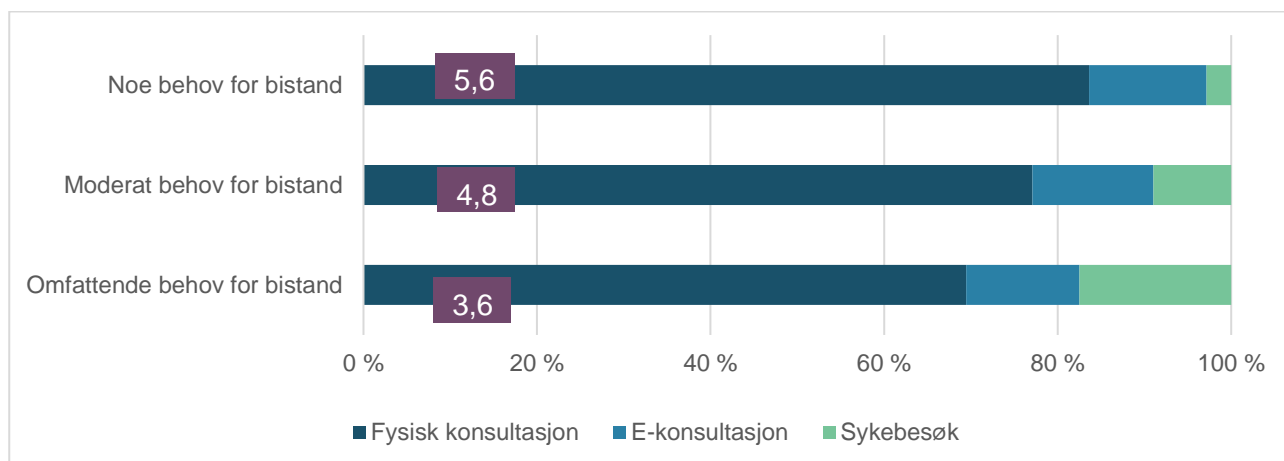
I 2024 publiserte Helsedirektoratet en rapport om bruk av allmennlegetjenester blant beboere i omsorgsbolig, med 2022-tall fra KPR Helse og omsorg og KPR KUHR. Resultatene viste at 85 prosent av beboere i omsorgsbolig konsulterte fastlege i løpet av 2022, mens en av tre konsulterte legevakten. Gjennomsnittlig antall fastlegekonsultasjoner var 4.7 (Figur 10.8).

Figur 10.8. Gjennomsnittlig antall fastlegekonsultasjoner, totalt og prosentvis fordeling av type konsultasjoner for alle, kvinner/menn og aldersgrupper.



Andel og gjennomsnittlig antall konsultasjoner hos fastlege var lavest blant beboere med omfattende bistandsbehov (Figur 10.9) og beboere med utviklingshemming. Andel som konsulterte fastlegen var lavere i større kommuner enn små. For legevakt var det motsatt, andel som konsulterte legevakt var høyere i store kommuner. Det var 12 prosent av beboerne som verken konsulterte fastlege eller legevakt i 2022. Av disse mottok 67 prosent helsetjenester i hjemmet fra kommunen.

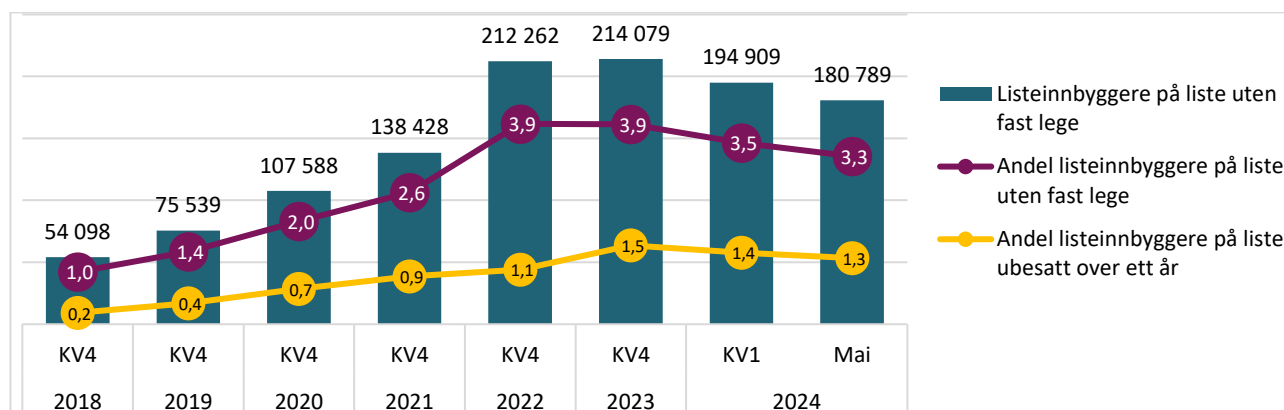
Figur 10.9. Gjennomsnittlig antall fastlegekonsultasjoner, totalt og prosentvis fordeling av type konsultasjoner etter bistandsbehov.



10.4 Stabilt høyt antall listeinnbyggere på liste uten fast lege i 2023, bedring hittil i 2024⁶⁰

Antall og andel listeinnbyggere som står på en liste uten fast lege har økt over mange år, men holdt seg relativt stabilt gjennom 2023. Per 1. mai 2024 hadde antallet blitt redusert med 33 000 siden årsskiftet

Figur 10.10. Antall listeinnbygger på liste uten fast lege per 4.kvartal 2019 til 2023, og hittil i 2024.

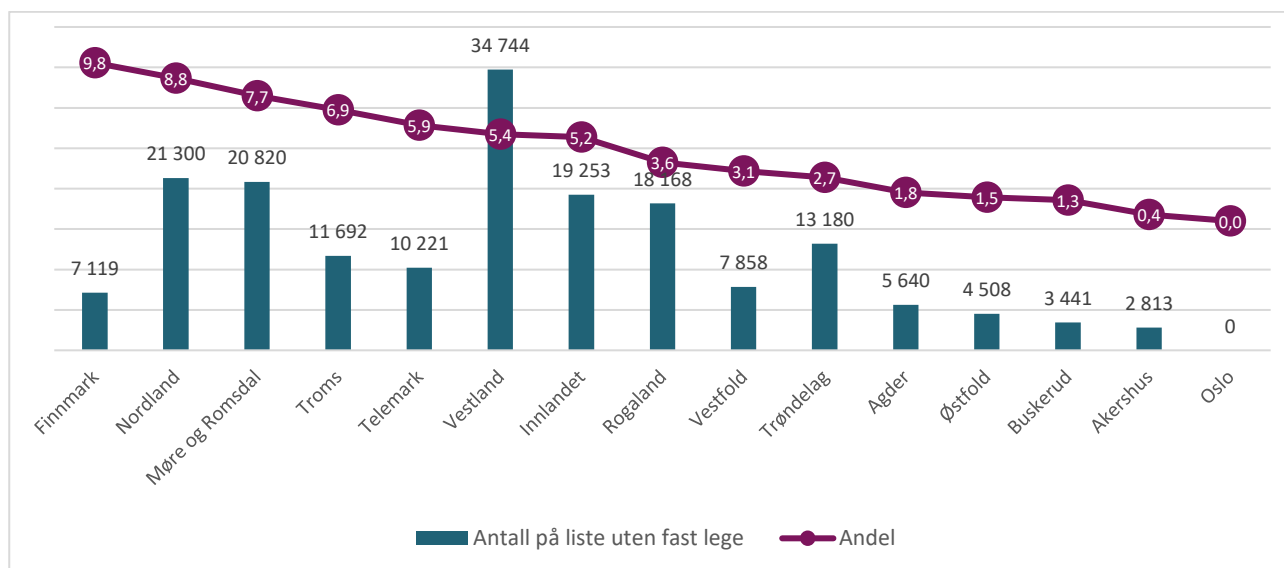


Kilde: FLO

Som også tidligere rapporter har vist er det store geografiske forskjeller i andel av listeinnbyggere på lister uten fast lege, og at fylker med mange små og usentrale kommuner som oftest har et større innslag av dette. Per 1.mai 2024 var den høyeste andelen i Finnmark (9,8 prosent), fulgt av Nordland, Møre og Romsdal og Troms.

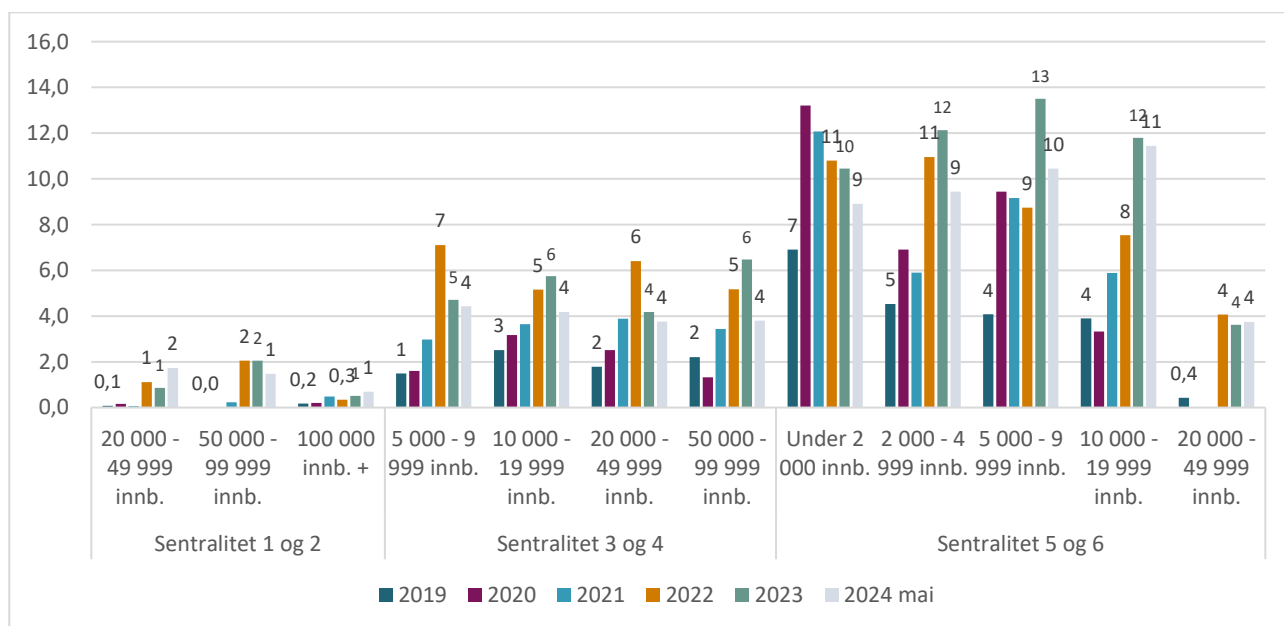
⁶⁰ Oppdaterte tall for første kvartal 2024 publisert i tallgrunnlaget for nasjonale kvalitetsindikatorer (NKI)

Figur 10.11. Antall og andel innbygger på liste uten fast lege. Per 1 mai 2024.



Kilde: FLO

Figur 10.12. Andel innbyggere uten fast lege etter kommunestørrelse og sentralitet. 2019 til 2024 (mai).



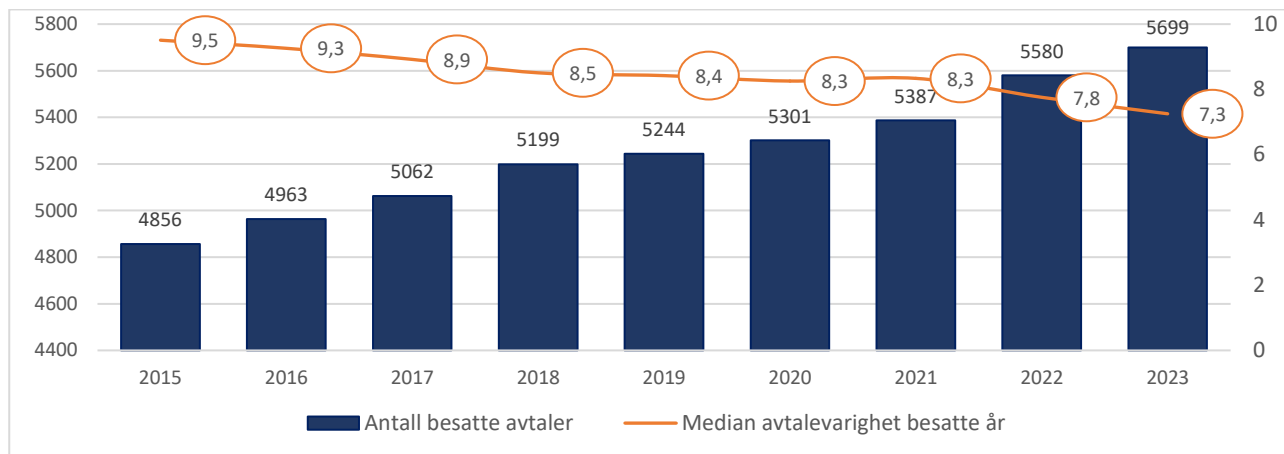
Kilde: FLO

10.5 Noe nedgang i median avtalevarighet for fastleger 2015-2023

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. Et mål på kontinuitet kan være varigheten av fastlegeavtaler. Avtalevarigheten viser hvor lenge en fastlege har vært i en gitt praksis/stilling i en kommune.

Det har vært en nedgang i median avtalevarighet på fastlegeavtalene over tid. Ved utgangen av 2023 var median varighet på fastlegeavtalene på 7,3 år for hele landet⁶¹.

Figur 10.13. Antall fastlegeavtaler, og median avtalevarighet besatte avtaler målt i år, for årene 2015 til 2023 for hele landet.



Kilde: FLO

I 2015 var median avtalevarighet 9,5 år. En medvirkende årsak til kortere avtalevarighet er at det har vært en økning i antall fastleger totalt. I perioden 2015 til 2023 har det blitt nær 850 flere fastlegeavtaler. Nye avtaler med kort varighet påvirker median avtalevarighet negativt. Nedgang i median avtalevarighet bør derfor også ses i sammenheng med økt rekruttering i fastlegetjenesten. I tillegg til at det har blitt flere nye fastleger, påvirkes resultatet av at for eksempel eldre leger med lang avtaletid går av med pensjon.

Forskjeller i median avtalevarighet mellom ulike kommunegrupper kan være en indikasjon på at kontinuiteten i fastlegetjenestene påvirkes av om innbyggeren bor i en stor eller liten kommune. Resultatene viser at varigheten går opp i takt med økt innbyggertall. I kommuner med flere enn 50 000 innbyggere var median avtalevarighet i 2023 på 9,3 år, mens i kommuner med færre enn 2000 innbyggere var avtalevarigheten på 3,3 år. Forskjellene mellom kommunegruppene har vedvart over tid. Samtidig ser vi at median avtalevarighet har gått ned i hver kategori av kommunestørrelser fra 2015 til 2023.

⁶¹ Dataene til denne indikatoren leveres av FLO. Grunnet overgang til ny datamodell kan det forekomme avvik mellom tallene i denne rapporten og tidligere publiseringer.

Tabell 10.2. Median varighet på fastlegeavtaler målt i år for årene 2015 til 2023 fordelt etter kommunestørrelse.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Under 2000 innb.	4,6	3,8	3,6	3,3	3,9	4,2	4,0	3,7	3,3
2000-4999 innb.	7,8	7,1	6,8	6,2	6,4	5,9	5,9	5,7	5,1
5000 - 9999 innb.	6,8	6,4	6,6	6,2	6,3	6,7	6,8	6,7	6,5
10 000-49 999 innb.	9,4	8,9	8,8	8,4	8,0	7,8	7,8	7,0	6,6
50 000 innb.+	11,6	11,2	10,8	10,5	9,9	9,8	9,8	9,3	9,3
Landet	9,5	9,3	8,9	8,5	8,4	8,3	8,3	7,8	7,3

Kilde: FLO

10.6 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 spesialisthelsetjenester⁶².

Den personlige kontinuiteten mellom lege og pasient kan måles gjennom å se på tiden en listeinnbygger har den samme fastlegen. Ved utgangen av 2023 var median varighet på fastlege-listeinnbygger relasjonen på 4,9 år (mot 5,1 i 2015)⁶³. Median varighet er uendret fra 2022 til 2023.

Median varighet på lege-pasient-relasjonen er lengst i gruppen med de største kommunene, og går så ned når innbyggertallet reduseres. I kommuner med flere enn 50 000 innbyggere var median varighet i 2023 på 5,3 år, mens i kommuner med færre enn 2 000 innbyggere var varighet på relasjonen på 2,8 år. Forskjellene i varighet mellom gruppene med små og store kommuner har vedvart over tid.

⁶² [Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway - PubMed \(nih.gov\)](#)

⁶³ Dataene til denne indikatoren leveres av FLO. Grunnet overgang til ny datamodell kan det forekomme avvik mellom tallene i denne rapporten og tidligere publiseringer.

Tabell 10.3. Median varighet på lege-pasient-relasjonen målt i år for årene 2015 til 2023 fordelt etter kommunestørrelse.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Under 2000 innb.	2,8	3,0	2,9	3,3	3,3	3,6	3,3	3,0	2,8
2000-4999 innb.	4,8	4,8	4,3	3,9	4,3	4,1	3,8	3,8	3,3
5000 - 9999 innb.	4,6	4,5	4,4	4,4	4,8	4,9	4,8	4,7	4,7
10 000-49 999 innb.	5,5	5,3	5,3	5,3	5,3	5,2	5,1	4,9	4,9
50 000 innb.+	4,9	5,0	5,4	5,3	5,3	5,3	5,2	5,2	5,3
Landet	5,1	5,0	5,3	5,2	5,2	5,1	5,0	4,9	4,9

Kilde: FLO

Kvalitetsindikatoren viser også andel innbyggere med samme lege over 2, 10 og 15 år. I 2023 varierer andelen med samme lege over 2 år mellom 58,5 prosent i kommunegruppen med færre enn 2000 innbyggere og 75,9 prosent i gruppen med flest innbyggere. For andel med samme lege over 10 og 15 år ser vi samme mønster. Andelen er høyere i store kommuner sammenlignet med små kommuner.

Tabell 10.4. Andel innbyggere med samme lege over 2 år, 10 år og 15 år i 2022 fordelt etter kommunestørrelse for året 2023.

	Andel med samme lege over 2 år	Andel med samme lege over 10 år	Andel med samme lege over 15 år
Under 2000 innb.	58,5	16,2	10,2
2000-4999 innb.	62,9	21,9	12,1
5000 - 9999 innb.	71,2	26,3	15,4
10 000-49 999 innb.	72,8	27,6	16,5
50 000 innb.+	75,9	29,4	16,7
Landet	73,6	28,0	16,2

Kilde: FLO

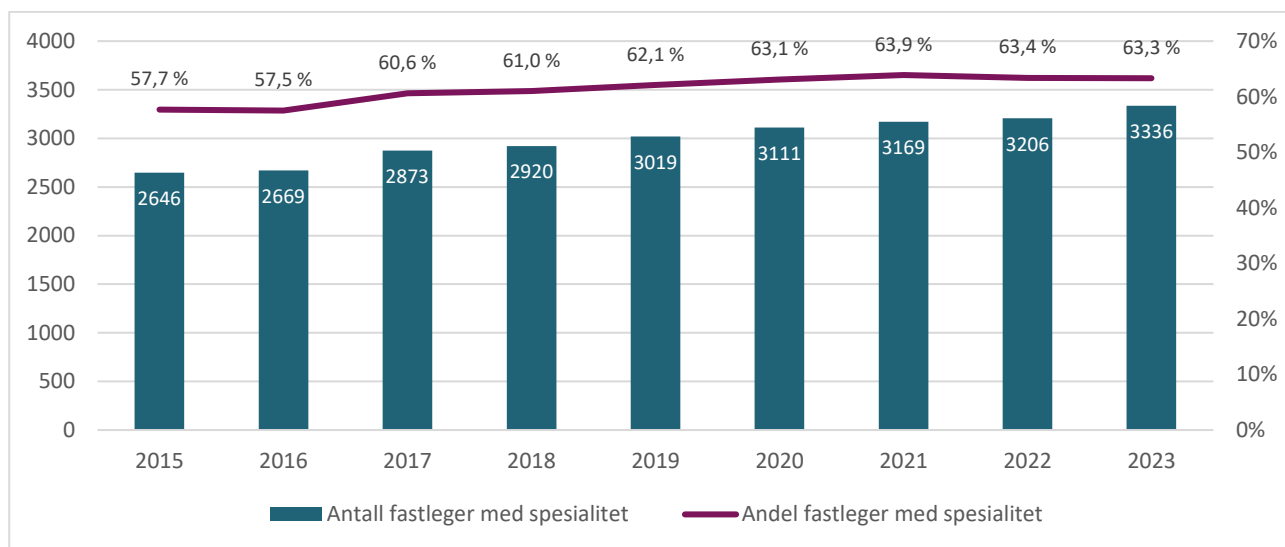
10.7 Stabil andel fastleger med spesialisering

Andelen fastleger med gjennomført spesialisering i allmenntillegger var på 63,3 prosent i 2023, som er tilnærmet uendret fra 2022⁶⁴. I perioden før 2022 var en jevn økning over tid. Selv om andelen med spesialisering ikke har økt de siste to årene, har det vært en økning i antall fastleger med spesialitet. Årsaken til at andelen ikke har økt, henger sammen med at det har blitt flere fastleger totalt. Økningen i fastleger er særlig stor for gruppen leger 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

⁶⁴ Dataene til denne indikatoren leveres av FLO. Grunnet overgang til ny datamodell kan det forekomme avvik mellom tallene i denne rapporten og tidligere publiserings.

år og høyest i gruppen over 60 år. Figuren under viser utviklingen over tid i andel og antall fastleger med spesialitet i allmenntidmedisin.

Figur 10.14. Andel og antall fastleger med spesialisering i allmenntidmedisin årene 2015 til 2023.



Kilde: FLO

Andelen med spesialisering i allmenntidmedisin varierer etter kommunestørrelse. Gruppen med flest innbyggere (50 000+) har over tid hatt høyest andel, mens gruppen med færrest innbyggere (<2000) har hatt lavest andel. I perioden 2015 til 2023 har det vært en økning i andel i alle kategoriene av kommunestørrelser.

Tabell 10.5. Andel fastleger med spesialisering i allmenntidmedisin i årene 2015 til 2023.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Under 2000 innb.	32,6	32,1	39,9	38,5	40,0	44,4	44,1	48,6	49,0
2000-4999 innb.	42,4	43,1	44,6	42,8	44,6	46,7	49,6	51,6	52,1
5000 - 9999 innb.	48,6	47,7	49,2	48,8	51,7	53,7	56,3	56,8	60,4
10 000-49 999 innb.	56,2	55,8	57,9	58,4	60,0	60,3	60,6	59,8	58,4
50 000 innb.+	65,5	65,2	69,9	70,8	70,8	71,4	71,7	70,6	70,9

Kilde: FLO

10.8 Svartider legevaktsentraler

Helsedirektoratet hadde gjennom pandemien et ekstra fokus på svartidene ved AMK- og legevaktsentralene i Norge. Legevaktsentraler (LVS) er døgnkontinuerlig tjenester, som skal motta og håndtere henvendelser og sørge for at pasientene får riktig behandling til rett tid. Sentralene er ofte første kontaktledd og akuttkjedens portvoktere.

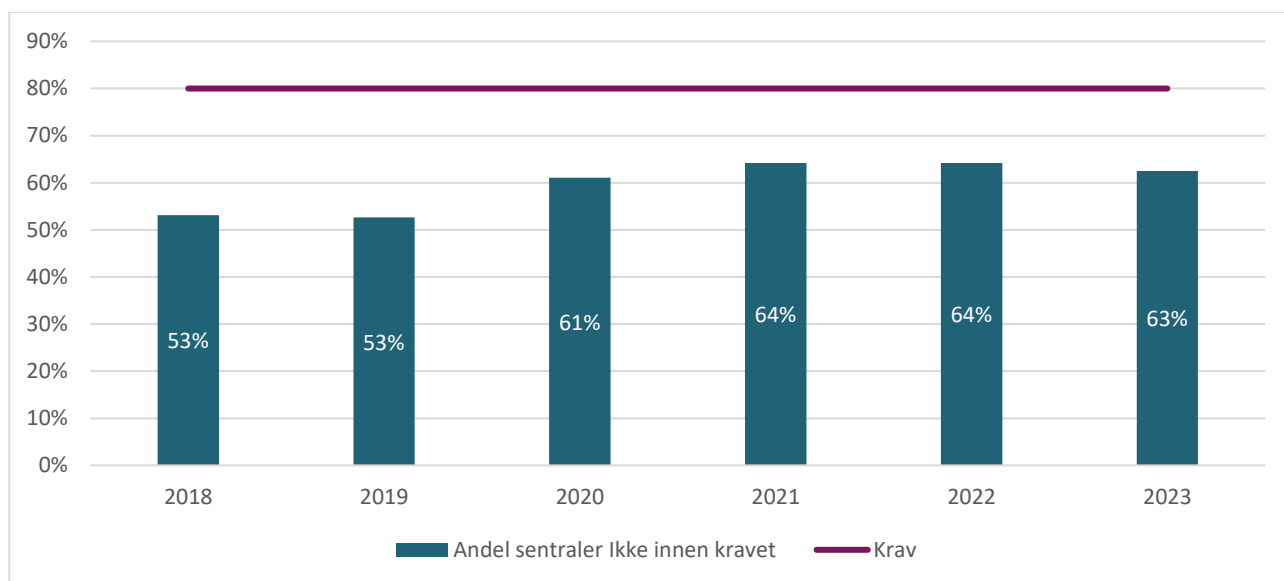
I 2023 ble dashboard for svartider ved legevaktsentraler publisert, som viser antall anrop, besvarte anrop og samtaletid fordelt på år og måneder. Helsedirektoratet publiserte en nasjonal kvalitetsindikator som måler

andel besvarte henvendelser til det medisinske nødnummeret 116 117 og lokalt 8-siffrert legevaktnummer som er besvart av operatør innen to minutter.

Det er 96 legevaktsentraler i Norge. I 2023 viser at det var i underkant av 3,2 millioner anrop til medisinsk nødnummer 116 117 og lokalt legevaktnummer. I de tre foregående årene lå antallet anrop på rundt 3,4-3,5 millioner. I akuttmedisinforskriften er det stilt krav til legevaktsentralene om at 80 prosent av henvendelsene normalt skal besvares innen to minutter.

På landsbasis har ikke dette kravet vært nådd i noen av årene i perioden 2018-2022 og i 2023 er andelen på 63 prosent.

Figur 10.15. Andel besvarte anrop innen 2 minutter i perioden 2018 – 2023.



Tilgjengeligheten varierer mellom legevaktsentralene og dataene viser at større kommuner i mindre grad besvarer innkommende anrop til legevaktsentralene innen responstidkravene sammenlignet med mindre kommuner. 37 legevaktsentraler nådde målkravet, i 50 sentraler var måloppnåelsen mellom 79 og 51 prosent, mens 9 legevaktsentraler hadde en måloppnåelse mellom 50 og 34 prosent.

10.9 Brukererfaringsundersøkelser legevakt

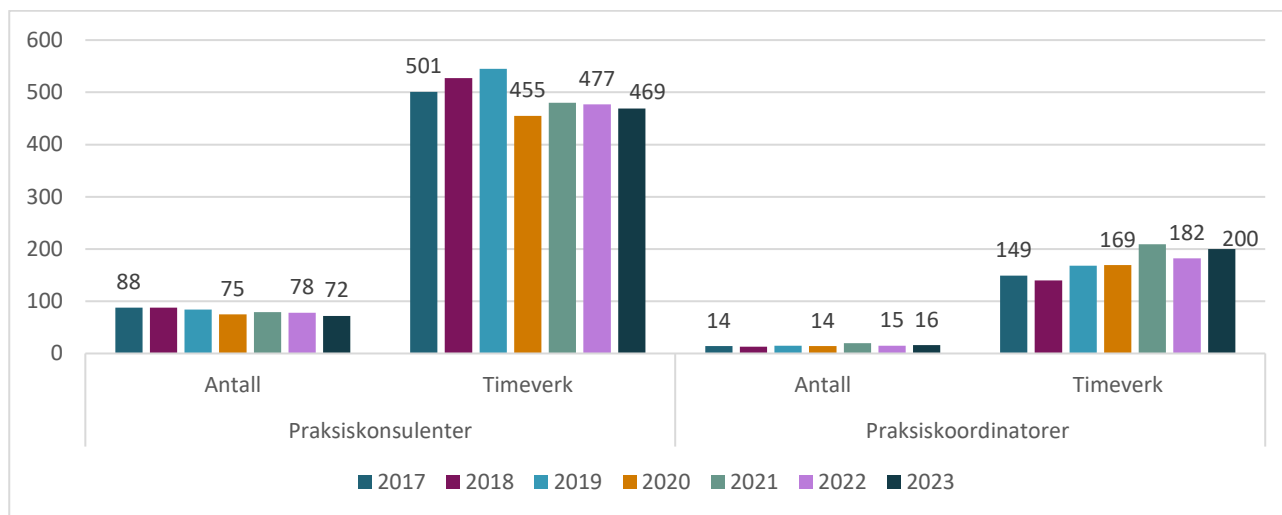
I tildelingsbrevet for 2024 har Helsedirektoratet fått i oppdrag å utarbeide en 10-årsplan for brukererfaringsundersøkelser. I denne planen inngår undersøkelser i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Legevakt er én av de gruppene vi anbefaler å gjennomføre brukererfaringsundersøkelse for i 10-årsplanen. Den siste større undersøkelsen for å måle brukererfaringer med legevakt ble gjennomført ved Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) sine Vaktårnlegevakter i 2010/2011.

10.10 Samhandlingsleger

Fra 1.januar 2024 fikk praksiskonsulentordningen nytt navn. Det som tidligere var praksiskonsulenter, er nå samhandlingsleger. Tidligere praksiskoordinatorer omtales nå som leder for samhandlingsleger. Tross nytt navn er funksjonen til ordningen den samme.

Overordnet mål for ordningen med samhandlingsleger er bedre samhandling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Leder for samhandlingslegene har ansvaret for ordningen i helseforetaket. Lederen kan ha ansvar for flere enheter innen samme helseforetak, og er knyttet til ledelsen i helseforetaket og rapporterer dit. Samhandlingslegen er tilknyttet helseforetaket og underlagt leder for ordningen. Samhandlingslegen skal arbeide på overordnet systemnivå og bidra i avdelingens arbeid med utviklingen av samhandling mellom primærhelsetjenesten og helseforetaket.

Figur 10.16. Antall leger ansatt som samhandlingsleger og ledere for ordningen, og timeverk per uke, 2017-2023.



Kilde: SSB

Det var til sammen 72 samhandlingsleger i 2023, og disse arbeidet til sammen 469 timeverk. Dette er en reduksjon på 6 leger og 8 timer sammenlignet med 2022. 16 leger var ansatt som ledere for samhandlingslegene i 2023. Dette er 1 lege mer enn året før. Antall timeverk per uke som leder for samhandlingslegene var 200 timer, en økning på 18 timer sammenlignet med 2022.

Det er som tidligere år slik at flest timeverk gjøres av leger uten fast ansettelse. Tolv prosent av timene som samhandlingslege utføres av leger som har fast ansettelse i helseforetaket. Tilsvarende blir 39 prosent av timeverkene som leder for samhandlingslegene gjort av fast ansatte leger.

Antall samhandlingsleger er redusert i Helse Sør-Øst, Helse Vest og Helse Nord fra 2022 til 2023. Det var ingen endring for Helse Midt for samme periode. Tross nedgang i antall samhandlingsleger har antall timeverk per uke økt for Helse Sør-Øst. For de andre foretakene har antall timeverk blitt redusert. Økningen på 1 leder for samhandlingslegene man ser nasjonalt fra 2022 til 2023 kommer av økning i Helse Sør-Øst. De øvrige helseforetakene har samme antall som forrige år. Økning i antall timeverk per uke for ledere for samhandlingsleger kommer av økning i antall timer i Helse Sør-Øst og Helse- Vest.

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

	Antall							Antall timeverk i uken						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Helse Sør-Øst	48	52	52	45	46	45	42	286	343	362	280	303	288	319
Helse Vest	22	17	20	20	23	22	20	102	69	103	102	98	110	83
Helse Midt	9	9	5	5	4	6	6	64	64	46	46	41	49	45
Helse Nord	9	10	7	5	6	5	4	49	51	34	27	38	30	23
Totalt	88	88	84	75	79	78	72	501	527	545	455	480	477	469

Kilde: SSB

Tabell 10.7. Antall ansatte leger og timeverk per. uke som leder for ordningen, fordelt på helseforetak. 2017-2022.

	Antall							Antall timeverk i uken						
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Helse Sør-Øst	10	11	12	11	11	11	12	117	121	147	149	141	152	164
Helse Vest	3	2	2	3	9	3	3	24	19	13	20	68	27	34
Helse Midt	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	3	3
Helse Nord	1	0	1	0	0	0	0	8	0	8	0	0	0	0
Totalt	14	13	15	14	20	15	16	149	140	168	169	209	182	200

Kilde: SSB

VEDLEGG

Vedlegg 1: Begrepsliste

ALIS: Allmennlege i spesialisering.

ALIS-avtale: En avtale mellom kommune og lege i spesialisering i allmenntillegging 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 allmenntillegging. Fra 1. mars 2017 må leger som ansettes eller inngår avtale med kommunen være spesialister i allmenntillegging 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 fastlegjetjeneste 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 listeinbyggere forutsatt at listetaket for avtalen er 500 eller flere listeinbyggere. 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.

Innbyggere uten listeplass (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.

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

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. Utfyllende tabeller og figurer

Tabeller til kapittel 5

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

Tabell V5.1. Kostnader for allmennlegetjenestene. Tall i mill. kroner, faste priser.

	Utgifter i faste priser. Mill. kroner					Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2022-2023	2019-2023
Fastlegeordningen	11 966	12 585	13 240	13 108	14 186	8,2	18,6
LIS 1	218	194	217	221	232	4,7	6,4
Legevakt	1 077	1 214	1 548	1 175	1 079	-8,2	0,1
Tilskudd	301	296	424	574	836	45,8	177,5
Totalt	13 562	14 289	15 428	15 079	16 333	8,3	20,4

Kilde: KUHR

Tabell V5.2. Kostnader for fastlegeordningen. Tall i mill. kroner, faste priser.

	Utgifter i faste priser. Mill. kroner					Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2021-2022	2019-2022
Basisfinansiering							
Grunntilskudd og basistilskudd	3 039	3 261	3 420	3 632	4 261	17,3	40,2
Utjamningstilskudd	184	173	186	203	256	26,3	39,2
Sum basisfinansiering	3 222	3 434	3 606	3 834	4 516	17,8	40,2
Refusjoner							
Takstrefusjoner	4 555	4 823	5 102	4 837	5 287	9,3	16,1
Refusjon frikortegenandeler	943	1 044	1 291	1 090	1 136	4,2	20,5
Refusjon øvrige egenandeler	476	695	739	693	519	-25,2	9,0
Refusjon L-takster NAV	345	316	326	343	349	1,7	1,1
Sum refusjoner	6 319	6 878	7 459	6 962	7 291	4,7	15,4
Pasientbetaling							
Egenandeler	2 246	2 121	2 031	2 167	2 232	3,0	-0,7
Egenbetaling	178	152	144	144	147	1,9	-17,4
Sum pasientbetaling	2 425	2 273	2 175	2 312	2 379	2,9	-1,9
Sum totalt	11 966	12 585	13 240	13 108	14 186	8,2	18,6

Kilde: KUHR

Tabell V5.3. 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	2023	2022-2023	2019-2023
Refusjoner							
Takstrefusjoner	94	85	96	99	111	11,84	18,03
Refusjon frikortegenandeler	21	18	25	22	23	5,58	12,15
Refusjon øvrige egenandeler	20	21	25	21	18	-11,73	-9,52
Refusjon L-takster NAV	3	3	3	4	3	-2,82	6,61
Sum refusjoner	138	127	149	145	155	7,20	12,88
Pasientbetaling							
Egenandeler	75	63	63	72	72	0,01	-4,02
Egenbetaling	5	5	5	4	4	-1,49	-15,62
Sum pasientbetaling	80	67	68	77	77	-0,08	-4,78
Sum totalt	218	194	217	221	232	4,68	6,37

Kilde: KUHR

Tabell V5.4. Refusjoner og pasientbetaling for legevakt. Tall i mill. kroner, faste priser.

	Utgifter i faste priser. Mill. kroner					Endring i prosent	
	2019	2020	2021	2022	2023	2022-2023	2019-2023
Refusjoner							
Takstrefusjoner	578	603	712	605	607	0,3	5,0
Refusjon frikortegenandeler	88	79	97	94	95	1,0	8,7
Refusjon øvrige egenandeler	132	301	518	226	122	-46,1	-7,7
Refusjon L-takster NAV	2	2	2	2	2	-3,0	-16,0
Sum refusjoner	800	984	1329	928	826	-10,9	3,3
Pasientbetaling							
Egenandeler	259	213	203	232	237	2,2	-8,3
Egenbetaling	19	17	16	15	15	1,5	-16,4
Sum pasientbetaling	277	229	219	247	253	2,2	-8,8
Sum totalt	1077	1214	1548	1175	1079	-8,2	0,1

Kilde: KUHR

Tabeller og figurer til kapittel 8

Tabell V8.1. Aldersfordeling for vikarer og fastleger med vikar. Basert på aktive avtaler i 2023 og januar 2024.

	Vikarer		Fastleger med vikar	
	Antall	Prosent	Antall	Prosent av alle med vikar
Under 31 år	567	22	80	3
31-40	1141	43	925	37
41-50	393	15	739	30
51-60	216	8	404	16
61-66	88	3	210	8
67-75	209	8	134	5
76+	28	1	0	0
Totalt	2642	100	2492	100

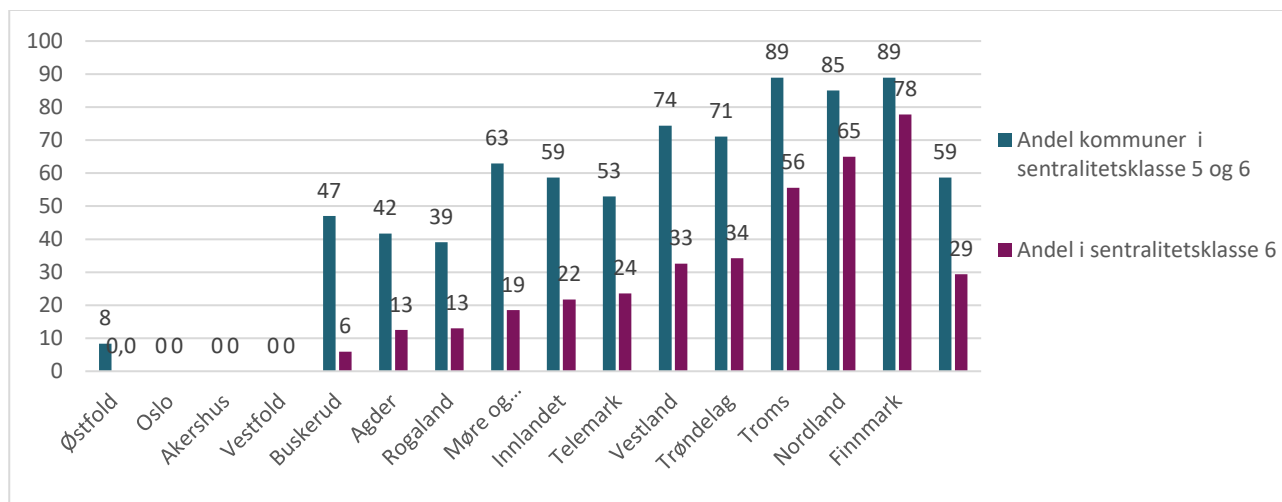
Kilde: FLO

Tabell V8.2. Antall og andel fastlegelister etter driftsform og kommunestørrelse. Ekskl lister uten fast lege.

	Fast ansatt	Næring	Totalt	Andel fastlønn
Under 5000	360	187	547	66
5 000 - 9 999 innb.	202	332	534	38
10 000 - 19 999 innb.	201	486	687	29
20 000 - 49 999 innb.	202	1089	1291	16
50 000 - 99 999 innb.	83	759	842	10
100 000 innb. +	57	1424	1481	4
	1105	4277	5382	21

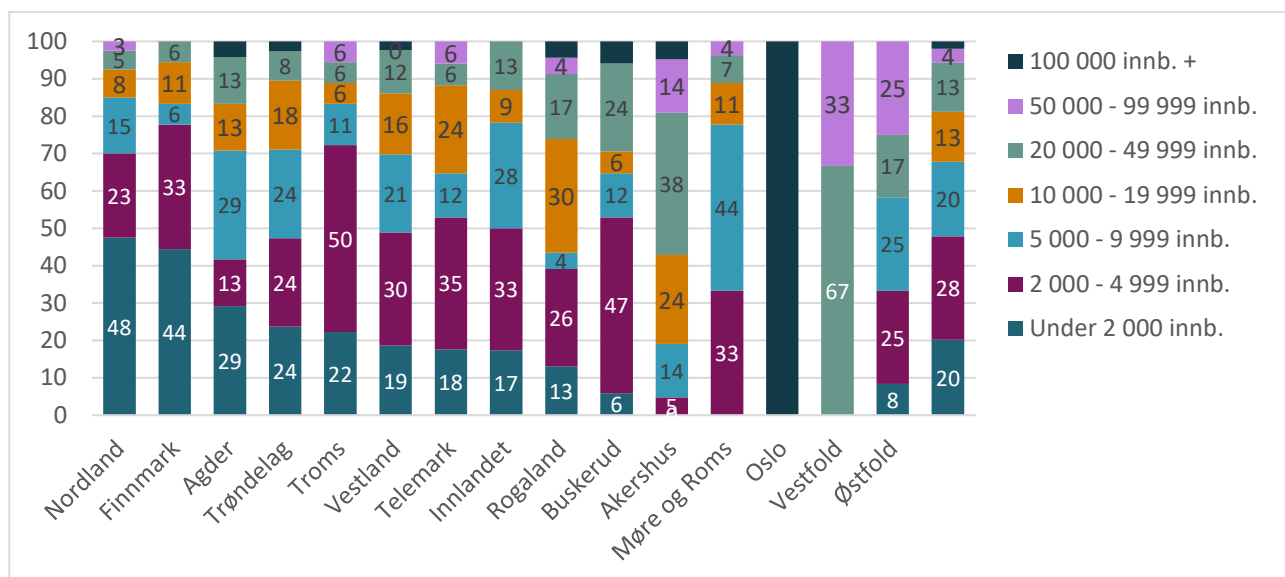
Kilde: FLO

Figur V8.1. Fordeling av kommuner etter sentralitetsklasse 5 og 6 etter fylke. Per 2024. Prosent.



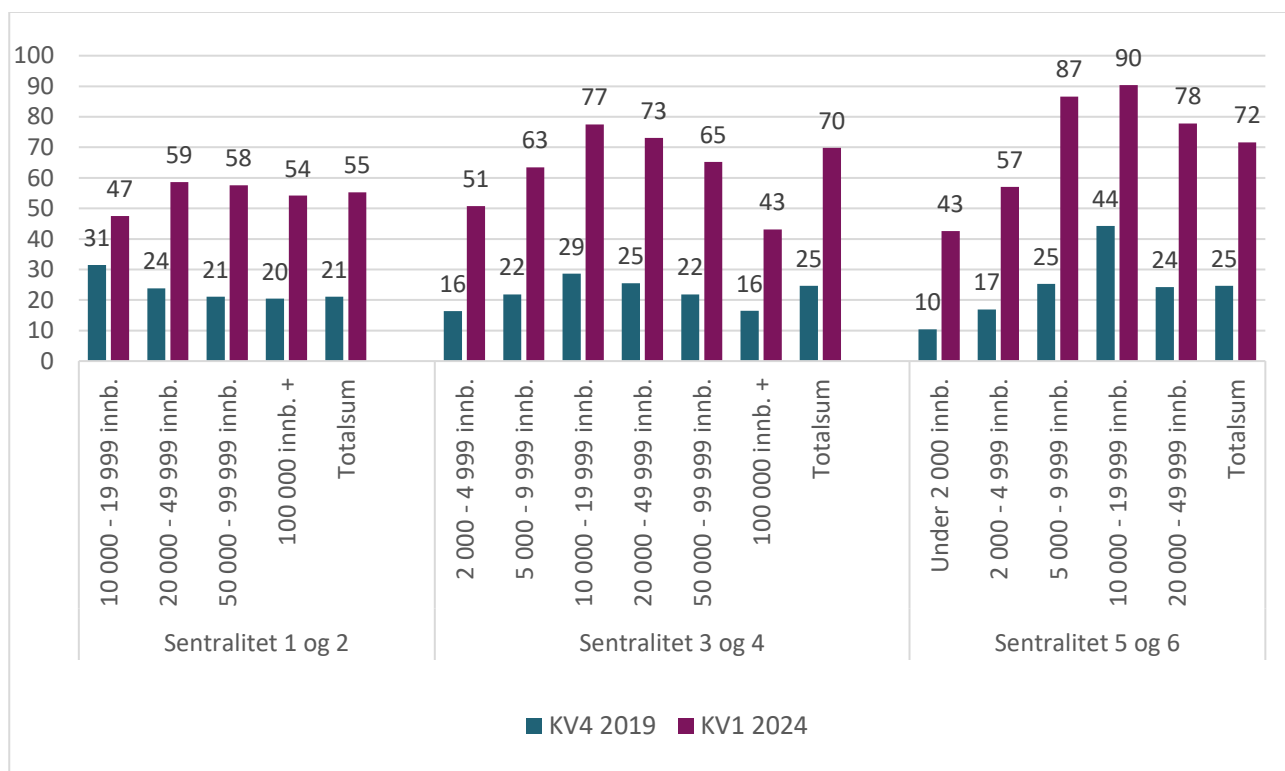
Kilde: FLO

Figur V8.2. Fordeling av kommuner etter kommunestørrelse per fylke 2024. Prosent.



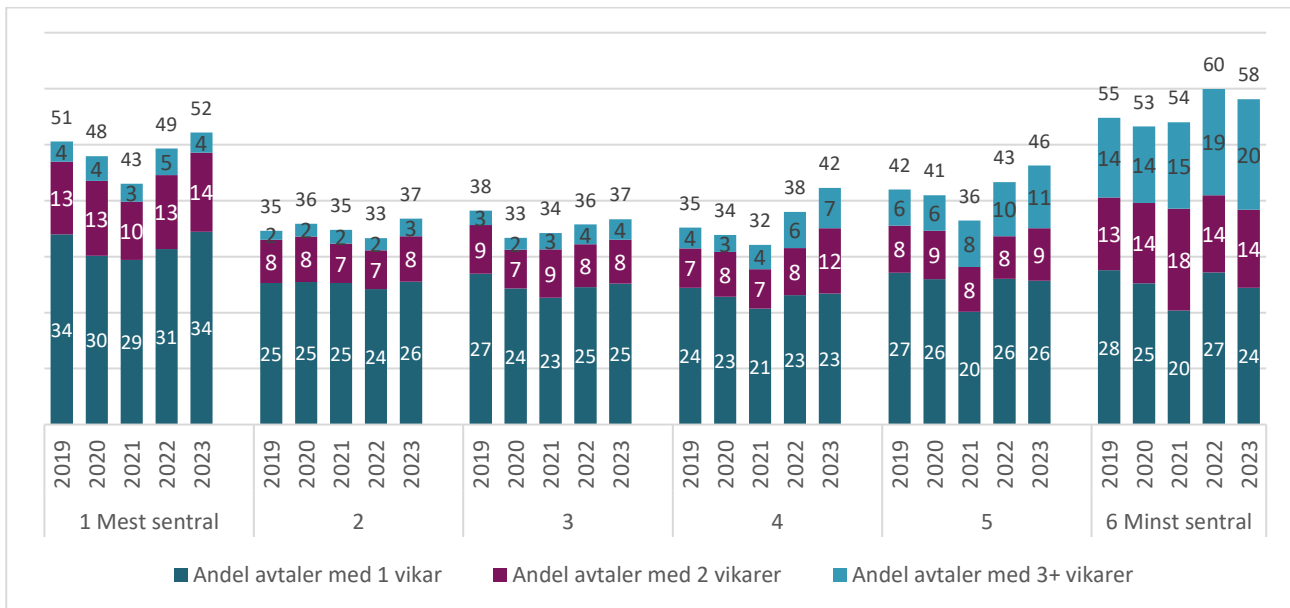
Kilde: FLO

Figur V8.3. Antall innbyggere på venteliste per 1000 listeinnbygger etter sentralitet 4. kvartal 2019 og 1. kvartal 2024.



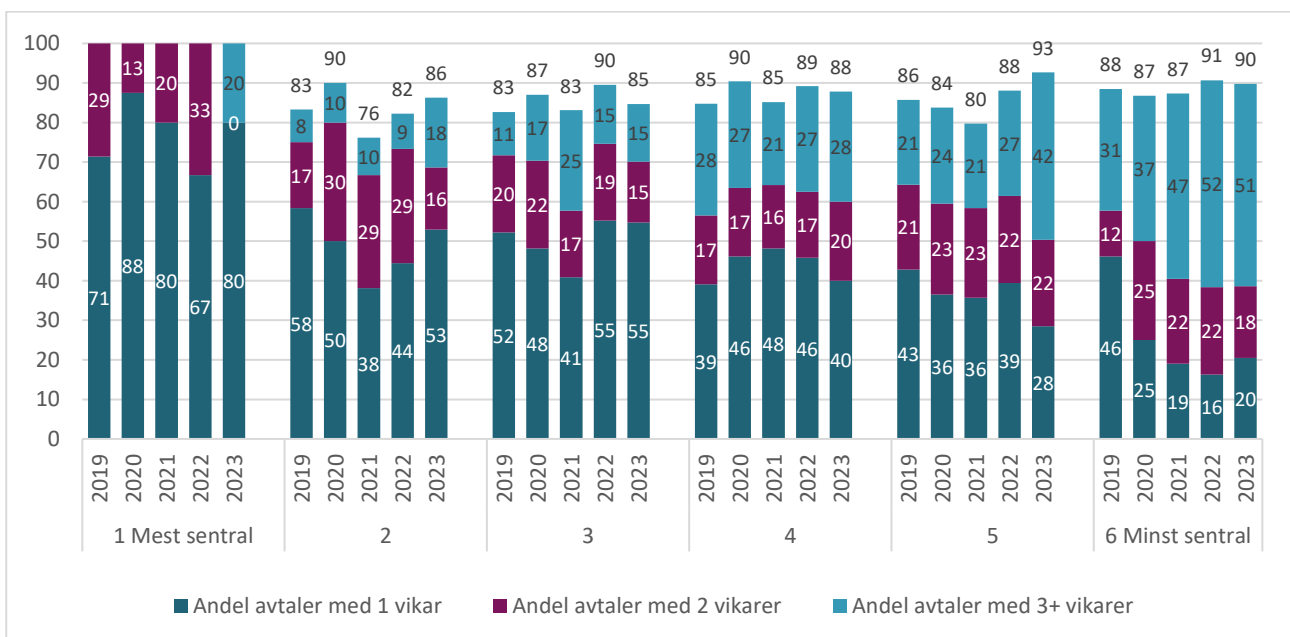
Kilde: FLO

Figur V8.4. Andel fastleger som har hatt vikar siste år fordelt etter sentralitet og antall vikarer. 2019 - til 2023



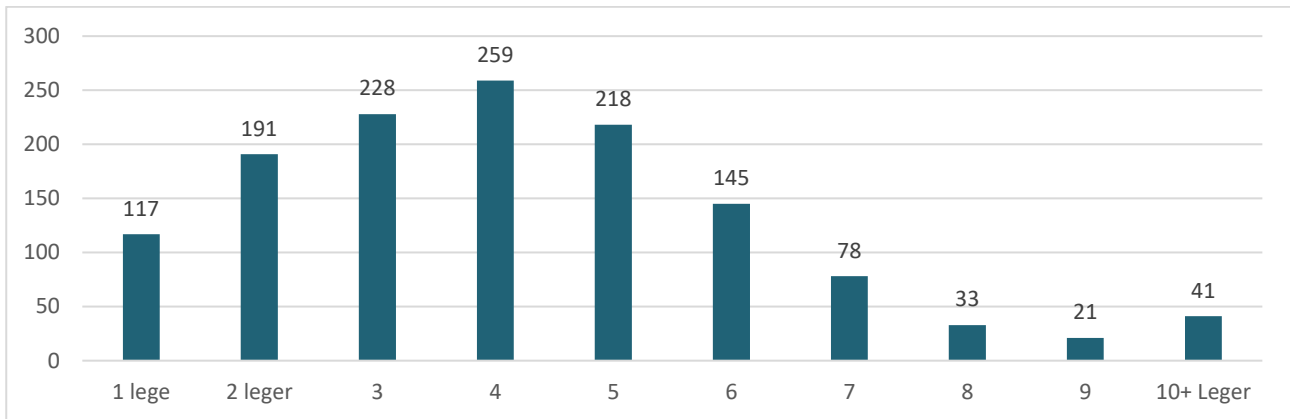
Kilde: FLO

Figur V8.5. Andel lister uten fast lege som har hatt vikar siste år fordelt etter antall vikarer på listen. 2019 til 2023



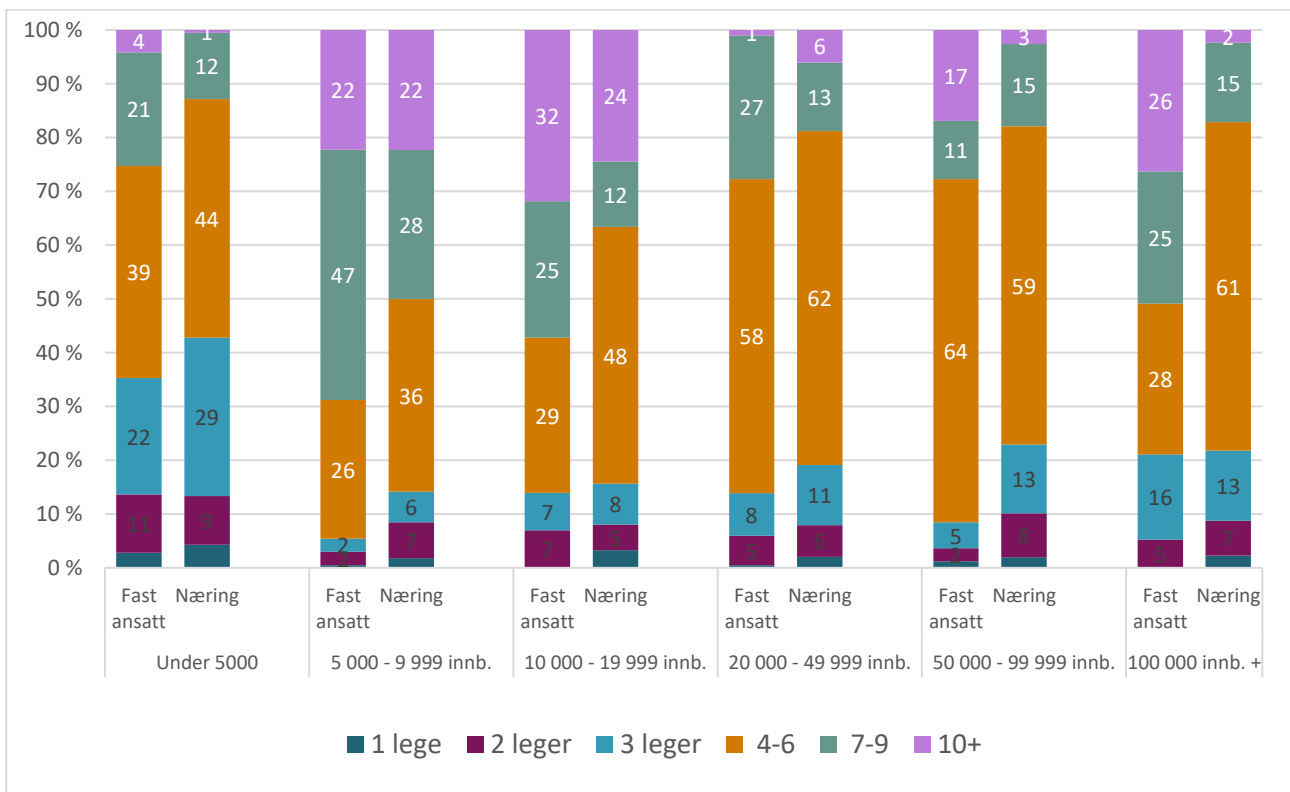
Kilde: FLO

Figur V8.6. Antall legekontor etter størrelse (leger/lister). Per mars 2024.



Kilde: FLO

Figur V8.7. Andel av fast ansatte og av næringsdrivende leger fordelt etter størrelsen på legekontoret. Per mars 2024.



Kilde: FLO

Tabeller 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, 2aef (takst kun for e-konsultasjoner kveld for fastlege), 2aek (takst kun for e-konsultasjoner kveld for legevakt) 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

Kilde: KPR

Tabell V9.2. Antall kontakter med fastlege fordelt på type kontakt, 2018-2023.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	% endring siste år
Konsultasjon med lege							
Fysisk konsultasjon	14 245 671	14 292 722	11 949 567	11 944 753	12 672 635	13 296 097	+ 5
Per 100 innbygger	267	266	222	220	231	240	+ 4
E-konsultasjon	238 374	445 093	3 540 361	4 489 026	4 159 700	3 614 925	- 13
Per 100 innbygger	4	8	66	83	76	65	- 14
Sykebesøk	88 575	88 519	116 501	97 127	81 052	75 127	- 7
Per 100 innbygger	1,7	1,6	2,2	1,8	1,5	1,4	- 8
Totalt antall konsultasjoner	14 572 620	14 826 334	15 606 429	16 530 906	16 913 387	16 986 149	0
Per 100 innbygger	273	276	290	305	308	306	- 1
Enkel kontakt med pasient							
Enkel kontakt brev/tlf/adm/elektronisk	10 962 419	11 229 601	12 332 069	12 382 379	12 185 421	12 710 710	+ 4
Per 100 innbygger	206	209	229	228	222	229	+ 3
Enkel kontakt med pasient til stede	2 378 042	2 344 248	2 353 230	2 813 779	2 397 662	2 258 171	- 6
Per 100 innbygger	45	44	44	52	44	41	- 7
Kontakt med andre instanser om pasient							
Enkel kontakt med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV	1 741 077	1 838 435	2 005 305	2 093 503	2 257 976	2 378 760	
Per 100 innbygger	33	34	37	39	41	43	
Samarbeidsmøter	176 575	153 916	151 835	156 979	143 027	146 421	
Per 100 innbygger	3,3	2,9	2,8	2,9	2,6	2,6	
Adm. kontakt							
Utvalgte takster administrativt arbeid	684 254	730 294	908 316	896 320	972 405	1 017 522	

Kilde: KPR

Tabell V9.3. Antall kontakter med legevakt fordelt på type kontakt, 2018-2023.

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	% endring siste år
Konsultasjon med lege							
Fysisk konsultasjon	1 289 296	1 324 830	1 180 408	1 232 165	1 292 155	1 292 635	0
Per 100 innbygger	24	25	22	23	24	23	- 1
E-konsultasjon	0	0	73 417	45 983	42 707	39 072	- 9
Per 100 innbygger	0	0	1,4	0,8	0,8	0,7	- 10
Sykebesøk	69 725	75 285	87 941	84 211	89 066	95 139	+ 7
Per 100 innbygger	1,3	1,4	1,6	1,6	1,6	1,7	+ 6
Total antall konsultasjoner	1 359 021	1 400 115	1 341 766	1 362 359	1 423 928	1 426 846	0
Per 100 innbygger	25	26	25	25	26	26	- 1
Enkel kontakt med pasient							
Enkel kontakt brev/tlf/adm/elektronisk	677 131	723 419	1 255 345	1 397 551	991 018	713 339	- 28
Per 100 innbygger	13	13	23	26	18	13	- 29
Enkel kontakt med pasient til stede	57 808	63 228	1 347 953	4 447 712	1 344 877	62 298	- 95
Per 100 innbygger	1,1	1,2	25	82	25	1,1	- 95
Kontakt med andre instanser om pasient							
Enkel kontakt med helsepersonell/kommunale tjenester/NAV	91 953	92 881	92 671	86 396	85 005	79 639	- 6
Per 100 innbygger	1,7	1,7	1,7	1,6	1,5	1,4	- 6
Samarbeidsmøter	15 609	15 814	20	40	36	31	- 14
Per 100 innbygger	0,3	0,3	0	0	0	0	
Adm. kontakt							
Utvalgte takster administrativt arbeid	2 699	2 556	2 579	2 839	3 083	2 392	- 12

Kilde: KPR

Tabell V9.4. Antall tverrfaglige samarbeidsmøter per kommunegruppestørrelser og aldersgrupper.

		2019	2020	2021	2022	2023
Under 2 000 innb.	0-19 år	3,1	2,9	2,6	2,1	2,5
	20-39 år	5,3	5,2	5,0	3,6	3,6
	40-59 år	4,7	4,7	3,9	3,8	3,7
	60-79 år	5,9	6,0	5,2	4,4	5,7
	over 80 år	21,3	22,1	21,0	17,7	18,6
	Totalt	5,8	5,9	5,4	4,6	5,0
2 000-4 999 innb.	0-19 år	3,1	2,8	2,8	2,4	2,2
	20-39 år	4,8	4,4	3,8	3,5	3,4
	40-59 år	4,7	4,2	3,9	3,6	3,5
	60-79 år	5,7	5,2	4,9	4,7	4,4
	over 80 år	20,9	18,0	17,5	17,4	15,9
	Totalt	5,6	5,0	4,8	4,5	4,2
5 000-9 999 innb.	0-19 år	2,2	2,0	1,9	1,6	1,7
	20-39 år	3,4	3,0	2,8	2,4	2,5
	40-59 år	2,9	2,6	2,5	2,3	2,2
	60-79 år	2,5	2,3	2,0	1,9	2,1
	over 80 år	9,6	8,7	7,5	7,1	7,5
	Totalt	3,1	2,8	2,6	2,3	2,4
10 000-49 999 innb.	0-19 år	1,2	1,0	1,1	0,9	0,9
	20-39 år	2,7	2,4	2,5	2,2	2,1
	40-59 år	2,3	2,1	2,2	1,8	1,8
	60-79 år	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4
	over 80 år	5,0	5,2	4,6	4,3	4,2
	Totalt	2,1	1,9	2,0	1,7	1,7
50 000 innb.+	0-19 år	0,6	0,5	0,6	0,5	0,6
	20-39 år	1,9	1,6	1,6	1,5	1,5
	40-59 år	2,1	1,8	1,7	1,6	1,6
	60-79 år	1,4	1,4	1,2	1,1	1,3
	over 80 år	3,1	3,4	2,9	2,5	2,8
	Totalt	1,6	1,5	1,4	1,3	1,3

Kilde: KPR